



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO DE FISIOTERAPIA

RAFAELLY MARTINS RODRIGUES

IMPACTO DA MASTECTOMIA RADICAL NA SEXUALIDADE
FEMININA

CAMPINA GRANDE – PB
2015

RAFAELLY MARTINS RODRIGUES

**IMPACTO DA MASTECTOMIA RADICAL NA SEXUALIDADE
FEMININA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado sob forma de artigo ao Curso de Graduação de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharel em Fisioterapia.

Orientadora: Prof^a Maria de Lourdes Fernandes de Oliveira

CAMPINA GRANDE – PB
2015

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

R696i Rodrigues, Rafaelly Martins.
Impacto da mastectomia radical na sexualidade feminina.
[manuscrito] / Rafaelly Martins Rodrigues. - 2015.
29 p. : il.

Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia)
- Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas
e da Saúde, 2015.
"Orientação: Profa. Esp. Maria de Lourdes Fernandes de
Oliveira, Departamento de Fisioterapia".

1. Câncer de mama. 2. Mastectomia. 3. Sexualidade. I.
Título.

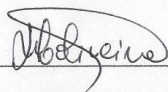
21. ed. CDD 616.994

RAFAELLY MARTINS RODRIGUES

IMPACTO DA MASTECTOMIA RADICAL NA SEXUALIDADE FEMININA

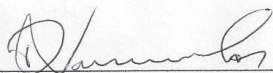
Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)
apresentado sob forma de artigo ao Curso de
Graduação de Fisioterapia da Universidade
Estadual da Paraíba, em cumprimento à
exigência para obtenção do grau de Bacharel
em Fisioterapia.

Aprovada em: 17 / 06 / 2015



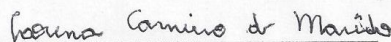
Prof.^a Esp. Maria de Lourdes Fernandes de Oliveira / UEPB

Orientadora



Prof. Dr. Danilo de Almeida Vasconcelos / UEPB

Examinador



Prof.^a Ms. Lorena Carneiro de Macedo / UEPB

Examinador

IMPACTO DA MASTECTOMIA RADICAL NA SEXUALIDADE FEMININA

RODRIGUES, Rafaelly Martins¹

RESUMO

O Câncer de Mama é um grave problema de saúde pública, representando o segundo tipo mais frequente no mundo e o mais comum entre as mulheres, influenciando as taxas de morbidade e mortalidade. A mastectomia é um dos métodos mais utilizados no tratamento dessa doença, tratando-se de uma cirurgia mutiladora, podendo acarretar problemas físicos e psicológicos. O câncer de mama, associado ao processo cirúrgico provoca grande impacto na vida da mulher, tanto no âmbito pessoal, familiar, quanto nos fatores relacionados à qualidade de vida e sexualidade. Nesse sentido, o presente estudo objetiva analisar o impacto da mastectomia radical na sexualidade de mulheres com câncer de mama. Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, com abordagem quantitativa, realizado com sete mulheres atendidas na Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade Estadual. Foram utilizados os questionários de características sociodemográficas e o *EORTC QLQ BR23* que é específico para o câncer de mama. Em relação ao *EORTC QLQ BR23* observou-se que na escala funcional a média do escore da amostra foi de 52,1 e para a escala de sintomas a média foi de 35,5. Ao avaliar as subescalas da escala funcional, observou-se para o domínio imagem corporal uma média de 66,7, para o domínio funcionamento sexual e prazer sexual foi encontrada uma média de 21,4 e 33 respectivamente, no que se refere às perspectivas futuras a média de escore foi de 33,2. Com relação às subescalas da escala de sintomas, observou-se para o domínio efeitos da radioterapia, uma média de 39,4, para os sintomas da mama e do braço foi encontrada uma média de 13 e 55,6 respectivamente, no que se refere à preocupação com a queda de cabelo, a média de escore foi de 38,8. A partir dos resultados, podemos concluir, que a escala de sintomas apresentou um maior grau de comprometimento para o domínio sintomas do braço, já na escala funcional, foi evidenciado um maior comprometimento para os domínios funcionamento sexual, prazer sexual e perspectivas futuras.

PALAVRAS- CHAVE: Câncer de mama. Mastectomia. Sexualidade.

INTRODUÇÃO

O Câncer de Mama é um grave problema de saúde pública, representando o segundo tipo mais frequente no mundo e o mais comum entre as mulheres, com uma estimativa de 57.120 novos casos para 2014, respondendo por 22% dos casos novos a cada ano. No Brasil, as taxas de mortalidade por esse tipo de câncer continuam elevadas, provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estádios avançados (INCA, 2014).

Segundo o Sistema de Informação sobre mortalidade (SIM, 2011) o número de mortes foi de 13.345, sendo 120 homens e 13.225 mulheres. Na população mundial, a sobrevivência média após cinco anos é de 61%, apresentando-se relativamente incomum antes dos 35 anos (aproximadamente 4%), com sua incidência crescendo de forma rápida e gradual em indivíduos que se encontram acima dessa faixa etária (INCA, 2014; ANDRADE, 2014).

Como um dos métodos mais aplicados no tratamento do câncer de mama, a mastectomia, que tem o objetivo de remover todo o tumor, trata-se de uma cirurgia mutiladora e consequentemente pode causar grandes problemas, tanto de ordem física como psicológica (LOPES e ASSIS, 2012).

A mulher sente-se mutilada e vivencia novos aspectos, principalmente em relação ao próprio corpo, tornando a situação delicada. Com o culto ao corpo como padrão da sociedade atual, essa mulher passa a enfrentar diversos transtornos psicossociais, como ansiedade, depressão, de forma que essas sensações ou distúrbios comprometam de forma direta a sua qualidade de vida (LOPES e ASSIS, 2012).

Uma das principais preocupações da mulher após a mastectomia é com relação à sexualidade. Como a mama desempenha para ela um símbolo de feminilidade, a sua perda representa uma limitação estética e funcional, causando danos físicos e psicológicos, resultando numa alteração de sua imagem corporal, influenciando de maneira negativa na sua qualidade de vida e bem estar sexual (BARBOSA, 2008).

A aflição, a dor, a fadiga e problemas com a imagem corporal e com a autoestima, causadas pelo diagnóstico e pelo tratamento do câncer, podem ocasionar prejuízos no âmbito sexual da paciente, mesmo se antes da doença sua vida sexual encontrava-se satisfatória (SOUTO e SOUZA, 2004).

Diante do exposto, este estudo tem como objetivo analisar o impacto da mastectomia radical na sexualidade de mulheres com câncer de mama.

REFERENCIAL TEÓRICO

O câncer de mama encontra-se como o segundo tipo de câncer mais frequente no mundo e é o que mais acomete as mulheres. No Brasil, é o tipo de neoplasia mais comum e constitui a principal causa de morte entre as mulheres (PISONI, 2012).

A etiologia do câncer de mama está relacionada com uma série de fatores de risco que vão predispor a população a uma maior possibilidade de desenvolver a doença. Dentre os fatores de risco, podemos destacar a idade, antecedentes familiares, história de doenças benignas proliferativas, exposição prolongada a estrógenos e endógenos, exposição a radiações ionizantes, obesidade pós-menopausa, terapia de reposição hormonal e uso de contraceptivo hormonal (PISONI, 2012; SILVA e RIUL, 2012).

Teoricamente, a prevenção do câncer baseia-se em restringir ou excluir a exposição aos agentes carcinogênicos, diminuindo também a sensibilidade individual dos seus efeitos. Para que isso aconteça a população deve ser informada sobre as políticas públicas de prevenção da doença (OLIVEIRA, 2012).

A prevenção primária objetiva a promoção de saúde e proteção relacionada a um dano, promovendo assim um aumento do bem estar do indivíduo. Atua por meio de ação no meio ambiente e nos seus fatores de risco com o intuito de impedir o aparecimento da doença. Como não há possibilidade de intervir na predisposição genética do indivíduo, ações voltadas para a exposição e os fatores de risco do câncer são determinantes como meio de prevenção (OLIVEIRA et al, 2012).

As intervenções voltadas para o diagnóstico precoce e estadiamento da doença são finalidades da prevenção secundária, promovendo assim um aumento nas chances de cura (OLIVEIRA et al, 2012).

A neoplasia maligna de mama é comumente diagnosticada em estágios avançados (III e IV). No Brasil a detecção do câncer de mama nesses estágios é de cerca de 60%. O seu diagnóstico pode ser clínico, através da anamnese, exame físico e por meio do autoexame, e também por imagens, onde pode ser realizada a mamografia, como método de rastreamento, a ultrassonografia (US) e a ressonância nuclear magnética (RNM), visando o diagnóstico precoce do tumor (OLIVEIRA et al, 2014).

Para tumores mamários pequenos, abaixo de um centímetro de diâmetro, em fase pré-clínica, a mamografia é considerada como exame padrão ouro e a US é usada como um importante complemento a esse exame (OLIVEIRA et al, 2014).

O tratamento do câncer de mama é feito por meio de procedimento cirúrgico e de técnicas coadjuvantes, nas quais se incluem radioterapia, quimioterapia e hormonioterapia.

Esses procedimentos são agressivos e acarreta danos físicos e emocionais que comprometem negativamente a qualidade de vida da mulher (LAHOZ et al, 2010).

Os procedimentos cirúrgicos vão desde os mais conservadores, como a tumorectomia e quadrantectomia, até os radicais, que são as mastectomias, classificadas em radical, onde ocorre a retirada da mama, pelo e complexo aréolo-papilar, e a radical modificada que é quando há preservação de um ou dos dois músculos peitorais (SILVA e MARTINS, 2013).

A mastectomia é o procedimento cirúrgico essencial no tratamento do câncer de mama, porém por ser uma técnica agressiva, gera um grande impacto negativo na vida e na saúde da mulher. Após a mastectomia, a mulher pode apresentar uma série de alterações a nível físico, psicológico, familiar, social e sexual. A mudança na imagem corporal aliada ao psicológico abalado vão influenciar diretamente na vida sexual da mulher (GODOY, 2009; BARBOSA, 2008).

Além dos danos causados pela mastectomia, existem também os efeitos secundários do tratamento, como a quimioterapia, que pode causar queda de cabelo e fadiga, prejudicando ainda mais a qualidade de vida dessa mulher, trazendo sentimentos de vergonha, de medo, influenciando diretamente no seu convívio conjugal, e assim afetando a sua vida sexual (BARBOSA, 2008).

REFERENCIAL METODOLÓGICO

O presente artigo trata-se de um estudo exploratório e descritivo, com abordagem quantitativa, na qual todos os aspectos éticos foram respeitados, levando-se em consideração a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos, sendo este estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba com o número do protocolo 44033015.6.0000.5187.

O estudo foi realizado na Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba, na cidade de Campina Grande/Paraíba, no período de outubro de 2014 a junho de 2015. A amostra foi por acessibilidade, não probabilística e foi composta por sete mulheres, com idades entre 45 e 80 anos, que foram submetidas à mastectomia radical.

Os critérios de inclusão foram: Mulheres submetidas à mastectomia radical atendidas na Clínica Escola de Fisioterapia. Já os critérios de exclusão adotados foram: mulheres submetidas à mastectomia conservadora.

Para a realização do estudo, as participantes foram informadas sobre os objetivos da pesquisa e as que demonstraram interesse em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE I), e então foram submetidas às perguntas contidas no questionário *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality Life Questionnaire* (EORTC) QLQ-BR23 (ANEXO I) e o questionário sociodemográfico (APÊNDICE II).

O questionário EORTC QLQ BR23 pretende avaliar os efeitos resultantes do tratamento em doentes com câncer da mama, sendo constituído por 23 questões, que se subdividem em duas escalas: 1) a escala funcional composta pelas subescalas imagem corporal (BRBI), funcionamento sexual (BRSEF), prazer sexual (BRSEE) e perspectivas futuras (BRFU) como, por exemplo, perspectivas do doente em relação à sua vida após o final do tratamento; 2) a escala sintomática composta pelas subescalas efeitos da radioterapia (BRST), sintomas na mama (BRBS), sintomas no braço (BRAS) como, por exemplo, alteração no movimento do braço e preocupação com a perda de cabelo (BRHL). A pontuação das questões é dada em escalas tipo *Likert* de 4 pontos, obtendo-se valores entre 1 e 4, esses valores correspondem a 0 e 100, respectivamente. O valor próximo de 100 a uma maior qualidade de vida, exceto nas escalas sintomáticas que avaliam a gravidade dos sintomas, ou seja, quanto maior o valor menor será a qualidade de vida (MONSANTO et al, 2013).

A Escala funcional aborda aspectos sobre sexualidade e imagem corporal. As questões sem pontuação reversa incluem os itens: 39, 40, 41, 42 e 43. Já as questões com pontuação

reversa incluem os itens: 44 45 e 46. Dessa forma, suas respostas devem ser recodificadas no sentido reverso, que são as questões 44, 45 e 46: (1=4), (2=3), (3=2), (4=1).

A Escala de sintomas se refere aos sintomas na mama, no braço e os efeitos do tratamento. As questões pertencentes a essa escala incluem os itens: 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53 e não possui pontuação reversa. As questões 35 e 46 só devem ser respondidas se as questões anteriores (34 e 45, respectivamente) não tiverem 1 como resposta (ou seja, a paciente deve referir que teve queda de cabelo e/ou é sexualmente ativa). Caso estas questões tenham não como resposta, as questões 35 e 46 não devem ser respondidas, pois não se aplicam. Nesse caso, não entram no cálculo do escore, diminuindo então o número de questões que entram no cálculo da média (ALEXANDRE, 2012).

Os escores são calculados separadamente para cada escala, todos variando de 0 – 100. Para o cálculo de cada escala, primeiramente é feita a média de pontuação para cada uma delas. Tomando-se por base essa média tira-se um ponto e divide-se pela amplitude máxima da pontuação. No caso da escala funcional, para ter a direção positiva, antes de multiplicar por 100, a escala é revertida (1-escala). Assim, após os cálculos, quanto maior a escala funcional, melhor é a qualidade de vida (Tabela 1) (ALEXANDRE, 2012).

As escalas funcional e sintomática se subdividem em quatro domínios, referentes à BRBI, BRSEF, BRSEE, BRFU e BRST, BRBS, BRAS, BRHL, respectivamente. O cálculo para cada domínio seguirá a mesma regra da escala a qual pertence, porém a média da pontuação incluirá apenas as suas questões específicas (Tabela 2).

Os dados do questionário sociodemográfico foram agrupados e ordenados em planilhas do *Software Excel 2010* e tratados por análise descritiva das variáveis. Para análise dos dados do *EORTC QLQ-BR23*, todos os itens do questionário foram transformados linearmente através de equação em valores situados entre 0 e 100, de acordo com o exposto no *EORTC QLQ-30 Scoring Manual*, que descreve as regras para a conversão dos itens. Em seguida, foi realizado o agrupamento e a ordenação dos dados em planilhas do *Software Excel 2010* e realizada a análise em estatística descritiva para tais variáveis.

TABELA 1 - Fórmulas para o cálculo dos escores do questionário EORTC QLQ-BR23.

Escala	Questões	Fórmulas	Valores da soma dos escores		
			Mínimo	Máximo	Amplitude
Funcional	39 a 46	$\{1 - \{[(Q_{39}+Q_{40}+Q_{41}+Q_{42}+Q_{43}+Q_{44}+Q_{45}+Q_{46}) / 8^{\dagger}] - 1\} / 3\} * 100$	1	4	3
Sintomas	31 a 38 e 47 a 53	$\{[(Q_{31}+Q_{32}+Q_{33}+Q_{34}+Q_{35}+...+Q_{38}+Q_{47}+Q_{48}+...+Q_{53})/15^{\dagger}] - 1\} / 3\} * 100$	1	4	3

(ALEXANDRE, 2012).

TABELA 2 - Fórmulas para o cálculo dos escores das subescalas do questionário EORTC QLQ-BR23.

Escala	Questões	Fórmulas	Valores da soma dos escores		
			Mín.	Máx.	Amp.
BRBI	39-42	$\{1 - \{[(Q_{39}+Q_{40}+Q_{41}+Q_{42})/4^{\dagger}] - 1\} / 3\} * 100$	1	4	3
BRSEF	44, 45	$\{1 - \{[(Q_{44}+Q_{45})/2^{\dagger}] - 1\} / 3\} * 100$	1	4	3
BRSEE	46	$\{1 - \{[(Q_{46})/1^{\dagger}] - 1\} / 3\} * 100$	1	4	3
BRFU	43	$\{1 - \{[(Q_{43})/1^{\dagger}] - 1\} / 3\} * 100$	1	4	3
BRST	31-34, 36, 37, 38	$\{[(Q_{31}+Q_{32}+Q_{33}+Q_{34}+Q_{36}+Q_{37}+Q_{38})/7^{\dagger}] - 1\} / 3\} * 100$	1	4	3
BRBS	50-53	$\{[(Q_{50}+Q_{51}+Q_{52}+Q_{53})/4^{\dagger}] - 1\} / 3\} * 100$	1	4	3
BRAS	47, 48, 49	$\{[(Q_{47}+Q_{48}+Q_{49})/3^{\dagger}] - 1\} / 3\} * 100$	1	4	3
BRHL	35	$\{[(Q_{35})/1^{\dagger}] - 1\} / 3\} * 100$	1	4	3

† Número de questões

(EORTC QLQ-C30 SCORING MANUAL, 2001).

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Após a aceitação de participação da pesquisa, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foram entrevistadas dez mulheres que realizaram tratamento de câncer de mama. Destas, sete apresentaram cirurgia por mastectomia radical, sendo incluídas na presente pesquisa. Três foram excluídas por não apresentarem mastectomia radical.

Através do questionário sociodemográfico foi realizada a caracterização da amostra. Observou-se que 71,4% das mulheres apresentaram idade entre 45-65 anos e 28,6% entre 65-85 anos, resultado semelhante ao encontrado no estudo de Silva e Riul (2011) realizado com 18 pacientes atendidas em um hospital de Minas Gerais onde a média de idade foi de 49,66 anos, variando de 30 a 66 (desvio padrão de 11,42, de 38,24 a 61,08), sendo que a grande maioria, 15 pacientes (83,33%), possuía 40 anos ou mais. O estudo de Santos e Araújo (2012) revela que na amostra estudada, a idade mínima e máxima observada foi de 27 anos e 96 anos com a idade de média de 54, 4 anos. A idade da mulher deve ser considerada como fator de risco para o desenvolvimento do câncer de mama, sendo no Brasil sua faixa etária mais marcante em média de 52 anos (GONÇALVES et al, 2010).

Com relação à raça, 57,1% apresentaram raça parda, seguida pela negra (28,6%) e branca (14,3%) corroborando com o estudo de Moura, Castro e Costa (2013) realizado através da avaliação de 114 prontuários de mulheres em tratamento de câncer de mama atendidas em um hospital do Piauí, onde aproximadamente 72% são de raça parda. Já o estudo de Pinheiro et al, (2013) revelou que em relação à raça, a maior parte das mulheres jovens com câncer de mama relatou ser branca (54,5%) ou parda (37,7%). Porém, o autor considera a classificação da raça como fator limitante devido à miscigenação do povo brasileiro.

Em relação a escolaridade, foi verificado que 42,8% das mulheres têm ensino fundamental incompleto e porcentagens equivalentes para as que apresentaram ensino médio e superior completo (28,6%). Este resultado também foi observado em estudos semelhantes, como o de Gonçalves et al (2010), onde sua amostra, constituída por 58 mulheres atendidas em uma clínica oncológica de Aracaju revela que 24 (41,37%) não completaram o primeiro grau.

Com relação ao estado civil, 57,1% das mulheres eram casadas, 28,6% solteiro e 14,3% viúvo. Acompanhando a maior porcentagem para o estado civil de casado, 71,4% das mulheres afirmaram ter filhos, resultado equivalente ao encontrado no estudo de Aguiar et al, (2008), em que foram entrevistadas 62 pacientes portadoras de neoplasia mamária, onde a maioria era casada (79%) e referiram ter filhos (81%). O estudo de Leite et al, (2010) relata que a maioria das participantes (64%) é casada ou vivem como casadas. Esse dado é de

grande relevância, uma vez que o cônjuge tem fundamental importância no apoio à mulher frente ao diagnóstico e tratamento da doença.

Com relação à renda mensal, 57,1% apresentaram renda de um salário mínimo, seguido por 28,6% com renda de até três salários mínimos e 14,3% com renda acima de três salários mínimos, corroborando com o estudo de Gonçalves et al (2010) onde 36 (62,07%) possuem renda familiar entre 1 a 3 salários mínimos. (Tabela 3).

De acordo com os dados acima citados, pode-se observar que a baixa renda familiar associada ao baixo nível de escolaridade constitui fator de risco para o desenvolvimento de câncer de mama. Estes fatores podem influenciar no acesso destas mulheres a serviços de saúde, práticas de autocuidado e adoção de medidas de detecção precoce para o câncer de mama (GONÇALVES et al, 2010; BIM et al, 2010; LEITE et al, 2010).

TABELA 3– Caracterização da amostra através do questionário sociodemográfico.

VARIÁVEIS	F	%
Faixa etária (anos)		
45-65	5	71,4
65-85	2	28,6
Raça		
Parda	4	57,1
Branca	2	28,6
Negra	1	14,3
Escolaridade		
Ensino fundamental incompleto	3	42,8
Ensino médio completo	2	28,6
Ensino superior completo	2	28,6
Estado civil		
Casado	4	57,1
Solteiro	2	28,6
Viúvo	1	14,3
Filhos		
Sim	5	71,4
Não	2	28,6

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

TABELA 3– Caracterização da amostra através do questionário sociodemográfico.

CONTINUAÇÃO

VARIÁVEIS	F	%
Renda Mensal		
1 salário mínimo	4	57,1
Até 3 salários mínimos	2	28,6
> 3 salários mínimos	1	14,3

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Com relação à caracterização quanto ao câncer (Tabela 4), observou-se que 57,1% da amostra apresenta histórico familiar de tal doença, semelhante ao estudo de Sebastião et al (2014), realizado através da análise de prontuários de 21 mulheres com câncer de mama, onde verificou-se que 66,6% (14 casos) das mulheres tinha história familiar positiva para algum tipo de câncer. A história familiar de câncer de mama é um dos fatores mais importantes, o risco eleva-se principalmente quando parentes de primeiro grau já tiveram este tipo de doença antes dos 50 anos de idade (SANTOS e ARAÚJO, 2012). Dentre as mulheres participantes do presente estudo 85,7% apresentou procedimento cirúrgico de mastectomia pelo método Patey, e apenas 14,3% por Madden. A mama direita foi afetada pelo câncer em 57,1% da amostragem e a esquerda em 42,9%.

O tratamento adjuvante mais incidente constituiu a combinação da quimioterapia, radioterapia e reposição hormonal (57,1%). Observou-se porcentagens menores para os tratamentos adjuvantes com a quimioterapia isoladamente (28,6%) e para combinação de quimioterapia e radioterapia (14,3%). Em contrapartida o estudo de Calegari, Feldens e Sakae (2011) realizado com 33 pacientes com câncer de mama atendidas em um hospital de Santa Catarina, revela que o tipo de terapia mais incidente foi cirurgia e quimioterapia (63,6%), (24,2%) das pacientes passaram apenas por quimioterapia e (12,1%) cirurgia, quimioterapia e radioterapia. O câncer atualmente é tratado como uma terapia sistêmica, portanto, muitas vezes, o tratamento cirúrgico é seguido de uma terapia adjuvante (RAMOS, LUSTOSA, 2009).

TABELA 4 – Caracterização da amostra quanto à história do câncer de mama.

VARIÁVEIS	F	%
História familiar de câncer de mama		
Sim	4	57,1
Não	3	42,9
Procedimento cirúrgico		
Mastectomia Patey	6	85,7
Mastectomia Madden	1	14,3
Mama afetada		
Direita	4	57,1
Esquerda	3	42,9
Tratamento adjuvante		
Quimioterapia + radioterapia + reposição hormonal	4	57,1
Quimioterapia + radioterapia	2	28,6
Quimioterapia	1	14,3

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

No que diz respeito à aplicação do EORTC QLQ BR23 observou-se que na escala funcional a média do escore da amostra foi de 52,1 ($\pm 22,2$), com escore mínimo de 24 e máximo de 87 (Gráfico 1). Já para a escala sintomática, evidenciou-se uma média de escore amostral de 35,3 ($\pm 14,0$), com escore mínimo de 13 e máximo de 50 (Gráfico 1).

Ao avaliar os domínios da escala funcional, observou-se que para o BRBI, que corresponde a avaliação da imagem corporal, a média de escore amostral foi de 66,7 ($\pm 27,4$). Foi possível evidenciar que 57,1% das mulheres afirmaram não sentir-se menos atraente e 42,8% afirmaram sentir-se bastante menos atraente devido o câncer a o tratamento do mesmo; 71,4% afirmaram não sentir-se menos feminina; 57,1% não apresentaram dificuldade para olhar para o corpo quando nua; e porcentagens equivalentes (28,6%) afirmaram sentir-se satisfeita, bastante ou muito pouco satisfeita com o próprio corpo (Tabela 5). Em uma pesquisa que utilizou o instrumento *EORTC QLQ BR23*, realizado com 21 mulheres com câncer de mama atendidas em um hospital do Rio de Janeiro, foi encontrado resultados semelhantes, onde a média de escore para o domínio BRBI foi de 70,02 (SILVA, ALBUQUERQUE, LEITE, 2010), indicando que elas mantiveram a autoimagem, mesmo após vivenciar o câncer de mama.

Um fato importante é que todas as mulheres entrevistadas no presente estudo estavam sendo submetidas a tratamento fisioterapêutico e esta intervenção desempenha um papel fundamental no processo de tratamento, intervindo na recuperação física e psicossocial dessas mulheres, melhorando assim autoestima e qualidade de vida.

Para o BRSEF, correspondente ao nível de funcionamento sexual, a média foi de 21,4 ($\pm 24,9$); Para esse domínio, Silva, Albuquerque e Leite (2010) encontraram resultados similares, onde a média de escore foi de 28,57. O BRSEE, que indica o nível de prazer sexual apresentou uma média amostral de 33 (± 0). O estudo de Panobianco et al (2011) realizado com 20 mulheres atendidas em um núcleo de ensino, pesquisa e assistência na reabilitação de mastectomizadas de São Paulo, corroborou com o presente estudo, onde foi relatado uma média de 37,5. Com relação às questões correspondentes aos domínios BRSEF e BRSEE, observou-se ainda que 42,8% afirmaram não sentir desejo sexual; 57,1% se dizem pouco ativa quanto às relações sexuais e em porcentagem equivalente (57,1%) evidenciou-se a afirmação de sentir pouco prazer nas relações sexuais (Tabela 5).

O papel sexual é um importante aspecto de qualidade de vida. A mama costuma ser associada a um símbolo de feminilidade e quando se deparam com a necessidade do processo cirúrgico, isso pode acarretar consequências dolorosas para sua autoestima que poderá resultar na disfunção sexual. Além da cirurgia, o tratamento quimioterápico produz efeitos colaterais, como a perda do cabelo e ganho de peso, contribuindo para a diminuição da libido, interferindo nas suas relações afetivas. Esse aspecto deve ser tratado com a paciente juntamente com a discussão sobre a doença. Deve ser feito o elo entre saúde e função sexual, enfatizando a importância de manter a atividade sexual durante o tratamento e a recuperação (LOPES e ASSIS, 2012).

TABELA 5 – Distribuição da frequência e porcentagem de respostas para as questões 39,40,41,42,44,45 e 46 dos domínios BRBI, BRSEF e BRSEE, respectivamente, obtidos na amostra através da escala funcional do questionário EORTC QLQ BR23.

DOMÍNIO	QUESTÃO	Não	Um pouco	Bastante	Muito
		F/%	F/%	F/%	F/%
BRBI	Sentiu-se menos atraente				
	fisicamente devido à doença e ao tratamento?	4/57,1	-	3/42,8	-

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

- Siglas convencionais utilizadas: BRBI se refere à Imagem Corporal.

TABELA 5 – Distribuição da frequência e porcentagem de respostas para as questões 39,40,41,42,44,45 e 46 dos domínios BRBI, BRSEF e BRSEE, respectivamente, obtidos na amostra através da escala funcional do questionário EORTC QLQ BR23.

CONTINUAÇÃO

DOMÍNIO	QUESTÃO	Não	Um pouco	Bastante	Muito
		F/%	F/%	F/%	F/%
BRBI	Sentiu-se menos feminina por causa da doença e do tratamento?	5/71,4	-	2/28,6	-
	Teve dificuldade em olhar para o seu corpo, nua?	4/57,1	1/14,3	1/14,3	1/14,3
	Sentiu-se pouco satisfeita com o seu corpo?*	2/28,6	-	2/28,6	2/28,6
BRSEF	Até que ponto sentiu desejo sexual?	3/42,8	2/28,6	-	2/28,6
	Até que ponto esteve sexualmente ativa? (com ou sem relações sexuais)	2/28,6	4/57,1	-	1/14,3
BRSEE	Até que ponto as relações sexuais deram-lhe prazer?*	-	4/57,1	-	-

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

- Sinais convencionais utilizados: * indica que houveram participantes da amostra que não responderam essa questão. BRBI, BRSEF e BRSEE se referem à Imagem corporal, funcionamento sexual e prazer sexual, respectivamente.

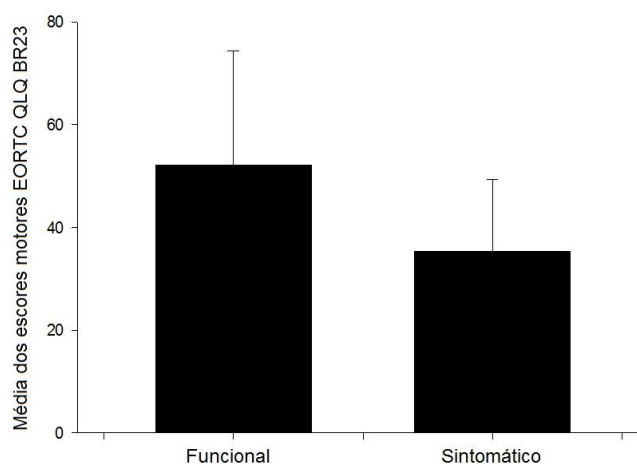


GRÁFICO 1 – Média e desvio padrão da escala funcional e sintomática, obtidos na amostra através do questionário EORTC QLQ BR23.

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

O BRFU, que se relaciona com as perspectivas futuras de cada mulher, apresentou uma média de 33,2 ($\pm 38,5$) para o grupo considerado (Gráfico 2 e Tabela 6). Em um estudo realizado com 42 mulheres atendidas em um núcleo de ensino, pesquisa e assistência na reabilitação de mastectomizadas de São Paulo, foram encontrados resultados equivalentes, onde a média de escore para esse domínio foi de 36,1 (VENDRUSCULO, 2011).

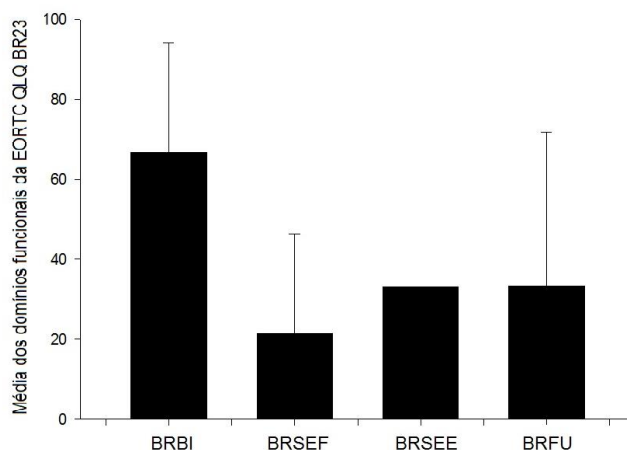


GRÁFICO 2 – Média e desvio padrão dos domínios BRBI, BRSEF, BRSEE e BRFU da escala funcional, obtidos na amostra através do questionário EORTC QLQ BR23.

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

- Siglas convencionais utilizadas: BRBI, BRSEF, BRSEE e BRFU se referem à Imagem corporal, funcionamento sexual, prazer sexual e perspectivas futuras, respectivamente.

O estudo de Panobianco et al (2011) relata que quando avaliados os domínios da Escala Funcional do instrumento *QLQ- BR23* foram encontrados escores mais próximos de uma pior qualidade de vida para desempenho sexual, satisfação sexual e perspectivas futuras.

Com relação aos domínios da escala sintomática, evidenciou-se que para o BRST, que indica os efeitos da radioterapia sofridos pelas mulheres do grupo, demonstrou uma média de escore amostral de 39,4 ($\pm 19,2$); Silva, Albuquerque e Leite (2010), encontraram os mesmos resultados para esse domínio, que foi uma média de 39,20. Observa-se que poucas pacientes relataram a presença dos efeitos advindos da terapia sistêmica, uma hipótese é o fato das pacientes não estar mais realizando tratamento adjuvante, favorecendo a ausência desses efeitos.

Para o BRBS, que relaciona os sintomas localizados na mama, a média foi de 13 ($\pm 20,8$); Para esse domínio, o estudo de Silva, Albuquerque e Leite (2010) também foi compatível com o presente estudo, onde a média de escore foi de 19,44. O BRAS demonstra

os sintomas sentidos no braço e apresentou uma média de 55,6 ($\pm 32,8$). O estudo de Panobianco (2011), também indicou comprometimento referente aos sintomas nos braços, com uma média de escore de 71,0, evidenciando assim, que as mulheres apresentam um comprometimento no braço, relacionado com dores, inchaço, e dificuldades de levantar ou fazer movimentos laterais com ele. Essas complicações decorrentes do tratamento oncológico requerem atenção, pois podem afetar o retorno as atividades de vida diárias dessas mulheres prejudicando assim a qualidade de vida (SOUSA et al, 2013).

O BRHL, que evidencia sinais de preocupação com a perda de cabelo, exibiu uma média amostral de 38,8 ($\pm 49,1$) (Gráfico 3 e Tabela 6). Para tal domínio foi encontrado resultados equivalentes no estudo de Silva, Albuquerque e Leite (2010), sendo 39,96 a média referente a esse escore. A alopecia traz um forte impacto reacional na mulher porque também afeta a sexualidade. A perda de cabelo pode acarretar mais danos do que a cirurgia, isso se justifica em relação ao contexto social, onde a perda do cabelo mostra o diferente, o não belo, a evidência incontestável da pessoa doente (FERREIRA et al, 2011).

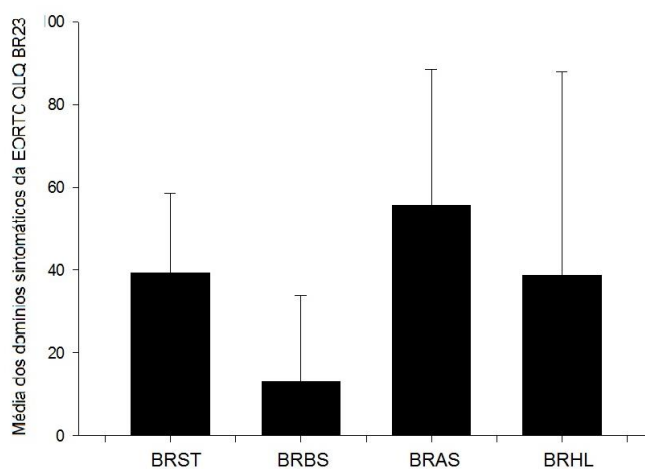


GRÁFICO 3 – Média e desvio padrão dos domínios BRST, BRBS, BRAS e BRHL da escala sintomática, obtidos na amostra através do questionário EORTC QLQ BR23.

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

- Siglas convencionais utilizadas: BRST, BRBS, BRAS e BRHL se referem à Efeitos da radioterapia, sintomas da mama, sintomas do braço e preocupação com a queda de cabelo, respectivamente.

TABELA 6 – Média, desvio padrão, escore mínimo e máximo dos domínios funcionais e sintomáticos da escala funcional e sintomática, obtidos na amostra através do questionário EORTC QLQ BR23.

ESCALA	DOMÍNIOS	MÉDIA	DP (±)	MÍN.	MÁX.
Funcional	Imagem corporal – BRBI	66,1	27,4	34	100
	Funcionamento sexual - BRSEF	21,4	24,9	0	67
	Prazer sexual - BRSEE	33,0	0	33	33
	Perspectiva futura – BRFU	33,2	38,5	0	100
Sintomática					
	Efeitos da radioterapia – BRST	39,4	19,2	19	67
	Sintomas da mama - BRBS	13,0	20,8	0	58
	Sintomas do braço - BRAS	55,6	32,8	0	100
	Preocupação com perda de cabelo – BRHL	38,8	49,1	0	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

- Siglas convencionais utilizadas: DP se refere a desvio padrão da média.

CONCLUSÃO

A partir dos resultados apresentados nesse estudo foi possível verificar que em relação aos escores da escala funcional, os domínios relacionados ao funcionamento sexual e prazer sexual e ainda às perspectivas futuras apresentaram-se comprometidos. O domínio referente a imagem corporal se aproximou de uma melhor qualidade de vida, isso pode ser pelo fato das mulheres entrevistadas nesse estudo estarem realizando tratamento fisioterapêutico e esta intervenção desempenha um papel fundamental no processo de terapia, intervindo na recuperação física e psicossocial dessas mulheres, melhorando assim autoestima e qualidade de vida.

Em relação aos escores da escala de sintomas, o domínio relacionado aos sintomas do braço apresentou um maior grau de comprometimento. Os domínios referentes aos efeitos da radioterapia, sintomas da mama e preocupação com a queda de cabelo não apresentaram grandes comprometimentos, o que pode ser justificado pelo fato das pacientes não estar mais realizando tratamento adjuvante, favorecendo a ausência desses efeitos.

RADICAL MASTECTOMY IMPACT ON FEMALE SEXUALITY

RODRIGUES, Rafaelly Martins²

ABSTRACT

The Breast Cancer is a major public health problem, representing the second most common type in the world and the most common among women, influencing morbidity and mortality rates. Mastectomy is one of the most used methods in the treatment of this disease, in the case of a mutilating surgery and may cause physical and psychological problems. This disease, associated with surgical process causes great impact on the lives of women, whether in personal, family level, as in factors related to quality of life and sexuality. In this sense, this study aims to analyze the impact of radical mastectomy on sexuality of women with breast cancer. This is an exploratory and descriptive study with a quantitative approach, accomplished with seven women treated at the *Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba*. The questionnaires of sociodemographic and the EORTC QLQ BR23 that is specific to breast cancer were used. Regarding the EORTC QLQ BR23 it was observed that the functional range of the sample average score was 52.1 and the average range of symptoms was 35.5. When evaluating the subscales functional scale, was observed for the body image domain an average of 66.7, for sexual function and sexual pleasure area was an average of 21.4 and 33 respectively, with regard to future prospects the average score was 33.2. In relation to subscales of symptoms scale was observed for the effects of radiotherapy field, an average of 39.4 for the symptoms of breast and arm was an average of 13 and 55.6, respectively, in respect the concern with hair loss, the average score was 38.8. From the results it can be concluded that the functional scale showed a greater commitment to the domains sexual functioning, sexual pleasure and future prospects, already the symptom scale the highest degree of commitment was evidenced in the field arm symptoms.

KEYWORDS: Breast cancer. Mastectomy. Sexuality.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, A. D. F, et al; Perfil sociodemográfico e clínico das pacientes em tratamento do câncer mamário; **Revista Instituto Ciência e Saúde**, 26(2):191-5, 2008.

ANDRADE, S. A. F; Câncer de mama: um problema de saúde pública; **Revista UNILUS Ensino e Pesquisa**, Volume 11, Nº. 23, ano 2014.

BARBOSA, J. R. G; **A sexualidade nas mulheres mastectomizadas**; 2008, 103p.; Monografia; Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2008. Acesso em: 08/04/2015; disponível em: <<http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/686/1/Monografia.pdf>>.

BIM, C. R, et al; Diagnóstico precoce do câncer de mama e colo uterino em mulheres do município de Guarapuava, PR, Brasil; **Revista de Enfermagem**, 44(4):940-6, USP, 2010.

CALEGARI, E. G, FELDENS, V. P, SAKAE, T. M; Prevalência de sintomas depressivos em pacientes com câncer de mama submetidos à quimioterapia em um centro de referência terciário em Tubarão/SC; **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Volume 40, número. 3, de 2011.

EVANGELISTA, A. L; **Verificar a associação entre o nível de atividade física e qualidade de vida em mulheres com câncer de mama tratadas com intuito de cura**; Tese (Doutorado), Fundação Antônio Prudente; 97p.; São Paulo, 2012.

EORTC QLQ-C30 SCORING MANUAL; **The EORTC QLQ-C30**; Third Edition, 2001.

FERREIRA, D. B, et al; Nossa vida após o câncer de mama: percepções e repercussões sob o olhar do casal; **Revista Brasileira de Enfermagem**, 64(3): 536-44, Brasília maio/junho, 2011.

LEITE, F. M. C, et al; Mulheres com Diagnóstico de Câncer de Mama em Tratamento com Tamoxifeno: Perfil Sociodemográfico e Clínico; **Revista Brasileira de Cancerologia**, 57(1): 15-21, 2011.

GODOY, A. B. M; et al; Assistência do enfermeiro diante das dificuldades apresentadas por mulheres mastectomizadas; **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, ano VII, nº 20, abril/junho 2009.

GONÇALVES, L. L. C, et al; Fatores de risco para câncer de mama em mulheres assistidas em ambulatório de oncologia; **Revista de Enfermagem**, 18(3):468-72, UERJ, Rio de Janeiro, julho/setembro 2010 .

INCA; Câncer de Mama; 2014. Acesso em: 08/04/2015; disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama>>.

LAHOZ, M.A; et al; Capacidade funcional e qualidade de vida em mulheres pós-mastectomizadas; **Revista Brasileira de Cancerologia**; 56(4): 423-430, 2010.

LOPES, B. T. O; ASSIS, E. P. O; **A sexualidade feminina após a mastectomia**; Ciegesi (conferência internacional de estratégia em gestão, educação e sistemas de informação); P. 673-688; Goiânia, GO, Brasil, Junho de 2012.

MONSANTO, FÁTIMA; Et al; Influência do tratamento de radioterapia na qualidade de vida dos doentes com cancro de mama; **Saúde e tecnologia**; ed.9; P. 40-44; Maio, 2013.

MOURA, N. A. V; CASTRO, V. B; COSTA, M. A. O; Perfil epidemiológico de mulheres com câncer de mama tratadas em hospital filantrópico de referência; **Revista de Enfermagem**, 2(4):35-41, UFPI, Outubro/Dezembro, 2013;

OLIVEIRA, A.M; et al; Ações extensionistas voltadas para a prevenção e o tratamento do câncer ginecológico e de mama: relato de experiência; **Revista Escola Enfermagem**; USP; 46(1):240; 2012.

OLIVEIRA, L.B; et al; A feminilidade e sexualidade da mulher com câncer de mama; **Revista Científica da Escola da Saúde**; Ano 3, nº 1, outubro 2013 / março 2014.

PANOBIANCO, M. S, et al; Depressão e fadiga na qualidade de vida de mulheres com câncer de mama; **Revista da Rede de Enfermagem**, 12(2):247-52, Fortaleza, abril/junho 2011.

PINHEIRO, A. B, et al; Câncer de Mama em Mulheres Jovens: Análise de 12.689 Casos; **Revista Brasileira de Cancerologia**, 59(3): 351-359; 2013.

PISONI, A. C; **Dificuldades vivenciadas por mulheres em tratamento para o câncer de mama**; 2012; 20p.; Monografia; Universidade regional do noroeste do estado do rio grande do sul – Unijuí; Ijuí, 2012. Acesso em: 08/04/2015. Disponível em: <http://bibliodigital.unijui.edu.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/722/ana%20pdf.pdf?sequence=1>>.

RAMOS, B. F, LUSTOSA, M. A; Câncer de mama feminino e psicologia; **Revista SBPH**, volume 12, número 1, Rio de Janeiro, junho 2009.

SANTOS, A. B, ARAÚJO, M. C; Fatores de risco em mulheres com câncer de mama atendidas no centro de diagnóstico nossa senhora do rosário em Santa Maria- RS; **Revista Ciências da Saúde**, Santa Maria, v. 13, n. 1, p. 63-70, 2012.

SEBASTIÃO, C. K, et al; Mortalidade por câncer de mama em mulheres com idade inferior a 40 anos; **Cogitare Enfermagem**, 19(3):459-64, Julho/Setembro 2014.

SILVA, C. B, ALBUQUERQUE V, LEITE J; Qualidade de vida em pacientes portadoras de neoplasia mamária submetidas a tratamentos quimioterápicos; **Revista Brasileira de Cancerologia**, 56(2): 227-236, 2010;

SILVA, P. A; RIUL, S. S; Câncer de mama: fatores de risco e detecção precoce; **Revista Brasileira de Enfermagem**; 64(6): 1016-21; Brasília novembro/dezembro 2011.

SILVA, R.I.T; MARTINS, R.S; **Qualidade de vida das mulheres mastectomizadas: uma revisão bibliográfica**; 2013; Monografia; Faculdade de Ciências da Educação e Saúde- FACES; Brasília, 2013. Acesso em: 08/04/2015. Disponível em: <http://www.repositorio.uniceub.br/bitstream/235/4529/1/TCC_final_%20imprimir%20formatado%20%28Salvo%20Automaticamente%29.pdf>.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO SOBRE MORTALIDADE; Taxas de mortalidade por câncer, brutas e ajustadas por idade, pelas populações mundial e brasileira, por 100.000, segundo sexo, localidade e por período selecionado; 2011. Acesso em: 08/04/2015; disponível em: <<https://mortalidade.inca.gov.br/MortalidadeWeb/pages/Modelo08/consultar.xhtml#panelResultado>>.

SOUSA, E, et al; Funcionalidade de membro superior em mulheres submetidas ao tratamento do câncer de mama; **Revista Brasileira de Cancerologia**, 59(3): 409-417, 2013;

SOUTO, M. D; SOUZA, I. E. O; Sexualidade da mulher após a mastectomia; **Revista de Enfermagem**; vol. 8, núm. 3, p. 402-410, Universidade Federal do Rio de Janeiro - Brasil, dezembro de 2004.

VENDRUSCULO, R. M; **Capacidade funcional e qualidade de vida de mulheres com câncer de mama após o tratamento oncológico**; Dissertação de mestrado; 104p; Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011. Acesso em: 23/05/2015. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-15082012-135511/pt-br.php>>

ANEXOS

ANEXO I



EORTC QLQ - BR23

Às vezes os doentes relatam que tem os seguintes sintomas ou problemas. Por favor, indique em que medida sentiu estes sintomas ou problemas durante a semana passada.

Durante a semana passada:	Não	Um pouco	Bastante	Muito
31. Sentiu secura na boca?	1	2	3	4
32. A comida e a bebida souberam-lhe de forma diferente da habitual?	1	2	3	4
33. Os olhos doeram-lhe, picaram ou choraram?	1	2	3	4
34. Caiu-lhe algum cabelo?	1	2	3	4
35. Só responda a esta pergunta se teve quedas de cabelo: Ficou preocupada com as quedas de cabelo?	1	2	3	4
36. Sentiu-se doente ou indisposta?	1	2	3	4
37. Teve afrontamentos?	1	2	3	4
38. Teve dores de cabeça?	1	2	3	4
39. Sentiu-se menos atraente fisicamente devido à doença e ao tratamento?	1	2	3	4
40. Sentiu-se menos feminina por causa da doença e do tratamento?	1	2	3	4
41. Teve dificuldade em olhar para o seu corpo, nua?	1	2	3	4
42. Sentiu-se pouco satisfeita com o seu corpo?	1	2	3	4
43. Preocupou-se com o seu estado de saúde no futuro?	1	2	3	4
Durante as últimas quatro semanas:				
	Não	Um pouco	Bastante	Muito
44. Até que ponto sentiu desejo sexual?	1	2	3	4
45. Até que ponto esteve sexualmente activa? (com ou sem relações sexuais)	1	2	3	4
46. Só responda a esta pergunta se esteve sexualmente activa: Até que ponto as relações sexuais deram-lhe prazer?	1	2	3	4

Por favor, passe para a página seguinte

Durante a última semana:

	Não	Um pouco	Bastante	Muito
47. Teve dores no braço ou no ombro?	1	2	3	4
48. Teve o braço ou a mão inchados?	1	2	3	4
49. Teve dificuldade em levantar o braço ou fazer movimentos laterais com ele?	1	2	3	4
50. Sentiu dores na área da mama afectada?	1	2	3	4
51. A área da mama afectada inchou?	1	2	3	4
52. Sentiu a área da mama afectada muito sensível?	1	2	3	4
53. Teve problemas de pele na área ou à volta da área da mama afectada? (por exemplo, comichão, pele seca, pele a escamar)	1	2	3	4

APÊNDICES

APÊNDICE I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa **“Impacto da mastectomia radical na sexualidade feminina”**.

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

O trabalho Impacto da mastectomia radical na sexualidade feminina terá como objetivo geral: Analisar o impacto da mastectomia radical na sexualidade de mulheres com câncer de mama atendidas na Clínica Escola de Fisioterapia da Uepb, município de Campina Grande- Paraíba.

- Ao voluntário só caberá à autorização para: Responder o questionário EORTC QLQ-BR23 e o questionário sociodemográfico.

- Minha participação é voluntária, tendo eu a liberdade de desistir a qualquer momento sem risco de qualquer penalização.

- Será garantido o meu anonimato e guardado sigilo de dados confidenciais.

- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.

- Caso sinta necessidade de contatar o pesquisador durante e/ou após a coleta de dados, poderei fazê-lo pelo telefone (083) 96186675 com Rafaelly Martins Rodrigues e (083) 33224156 com Maria de Lourdes Fernandes de Oliveira.

- Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.

- Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do Participante

APÊNDICE II – QUESTIONÁRIO

I) Nome: _____

II) Endereço: _____

III) Faixa etária:

☐ 25 - 45

☐ 45 - 65

☐ 65 - 85

☐ > 85

IV) Etnia

☐ Branco

☐ Negro

☐ Amarelo

☐ Pardo

V) Escolaridade

☐ Nenhuma

☐ Ensino Fundamental incompleto

☐ Ensino Fundamental completo

☐ Ensino Médio

☐ Ensino Superior incompleto

☐ Ensino Superior completo

VI) Estado civil

☐ Solteiro

☐ Casado

☐ Viúvo

☐ Separado

☐ União consensual

VII) Filhos

☐ Sim

☐ Não

VIII) Renda mensal

☐ 1 salário mínimo

☐ até 3 salários mínimos

☐ > 3 salários mínimos

IX) História familiar de câncer

☐ Sim

☐ Não

X) Mama afetada

☐ Direita

☐ Esquerda

XI) Tratamento adjuvante

☐ Não realizou

☐ Quimioterapia

☐ Radioterapia

☐ Reposição hormonal