

## AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES COM CANCRO DA MAMA: UM ESTUDO EXPLORATÓRIO COM 60 MULHERES PORTUGUESAS

Virgínia Rebelo<sup>1</sup>, Luísa Rolim<sup>2</sup>, Eduardo Carqueja<sup>3</sup>, & Silva Ferreira<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Unidade da Dor, Hospital São João, Porto

<sup>2</sup>Centro de Genética Preditiva e Preventiva, Instituto de Biologia Molecular e Celular, Universidade do Porto

<sup>3</sup>Unidade de Oncologia Médica, Hospital de São João, Porto

---

**RESUMO:** Este estudo visou avaliar a qualidade de vida em 60 mulheres com diagnóstico de cancro da mama, já submetidas a cirurgia (mastectomia ou tumorectomia) e, presentemente, em tratamento de quimioterapia, no Hospital de S. João (Porto, Portugal). Foram administrados o *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire* (EORTC QLQ-C30) e o *Supplementary Questionnaire Breast Cancer Module* (QLQ-BR23). Observou-se que as mulheres submetidas a tumorectomia evidenciavam uma “percepção da imagem corporal” (BRBI) mais negativa e uma maior “preocupação com a queda do cabelo” (BRHL) do que as mulheres mastectomizadas (sub-escalas do QLQ-BR23). O grupo submetido ao esquema de tratamento quimioterapêutico FEC evidenciava mais problemas físicos, em várias sub-escalas do EORTC QLQ-C30 e QLQ-BR23, comparativamente com o grupo que estava a realizar o esquema de tratamento CMF. As mulheres mais velhas apresentavam melhor qualidade de vida que as mais jovens, traduzida pela avaliação do “funcionamento físico” (PF2), do “funcionamento sexual” (BRSEF) e “prazer sexual” (BRSEE). Verificou-se, também que as mulheres casadas revelavam mais problemas ao nível do “funcionamento físico” (PF2) e sintomas como “diarreia” (DI). Por seu lado, as mulheres não casadas apresentavam mais preocupações com a sua saúde no futuro e um melhor “funcionamento sexual” (BRSEF).

*Palavras chave:* Cancro da mama, Efeitos psicológicos do diagnóstico de cancro da mama, Qualidade de vida, Quimioterapia e cancro da mama, Sintomatologia física e psicológica do cancro da mama.

---

### EVALUATION OF THE QUALITY OF LIFE IN WOMEN WITH BREAST CANCER: AN EXPLORATORY STUDY OF 60 PORTUGUESE WOMEN

**ABSTRACT:** Abstract: The aim of this study was to evaluate the quality of life in 60 Portuguese women diagnosed with breast cancer, who were already submitted to surgery (mastectomy or tumorectomy), and are presently undergoing chemotherapy treatment at Hospital de São João (Porto, Portugal). The *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire* (EORTC QLQ-C30) and *Supplementary Questionnaire Breast Cancer Module* (QLQ-BR23) have been administered. It has been observed that women submitted to tumorectomy showed signs of a more negative “perception of body image” (BRBI) and a greater “concern with hair loss” (BRHL) than mastectomized women (subscales of the QLQ-BR23). The group submitted to chemotherapy with FEC showed more physical problems, in different subscales of the EORTC QLQ-C30 and QLQ-BR23, as compared to the group that was undergoing treatment with CMF. Older women revealed a greater

quality of life than younger women when evaluated in their “physical functioning” (PF2), “sexual functioning” (BRSEF) and “sexual enjoyment” (BRSEE). It has been verified that married women revealed more problems in relation to the “physical functioning” (PF2) and symptoms such as “diarrhea” (DI). On the other hand, unmarried women revealed greater concern with their health in the future and with a better “sexual functioning” (BRSEF).

*Key words:* Chemotherapy and breast cancer, Physical and psychological symptoms of breast cancer, Psychologic effects on diagnosis breast cancer, Quality of Life, Breast cancer.

---

Recebido em 21 de Setembro de 2006 / aceite em 20 Janeiro de 2007

O cancro da mama é uma das causas de morte mais frequentes em mulheres dos 35 aos 75 anos de idade, nos Estados Unidos da América e nos Países industrializados da Europa (Baltar et al., 2001; Figueiredo et al., 2001; Ganz et al., 1992; Rodriguez & Sanchez, 1995).

Em Portugal, mais de 3500 mulheres morrem de cancro, por ano, e aproximadamente 1500 apresentam poucas probabilidades de sobreviver, pois o diagnóstico é feito numa fase avançada da doença (Cardoso da Silva, 1998, cit. in Reis & Teixeira, 2000). Nas mulheres, um em cada quatro casos de cancro corresponde a cancro da mama (Dias, 2000, 2002; Figueiredo et al., 2001).

Os protocolos de quimioterapia, utilizados no tratamento, vão depender, essencialmente, do estágio da doença, da análise dos vários exames clínicos realizados, da idade da doente, e também, da sua preferência, após ser informada quanto aos efeitos secundários e à duração do tratamento. É pertinente referir que a forma como o médico comunica a informação clínica à doente e o modo como esta a interpreta vão ser fundamentais no seu processo de adaptação à doença e em futuras decisões terapêuticas que venha a tomar (Studts et al., in press).

De entre os vários esquemas ou ciclos de quimioterapia, os mais utilizados contêm fluorouracilo, epirrubicina e ciclofosfamida (FEC), ciclofosfamida, metotrexato e fluorouracilo (CMF) ou doxorrubicina-ciclofosfamida (AC), sendo os dois últimos considerados similares quanto aos resultados: seis ciclos com CMF correspondem a quatro ciclos com AC. Em casos de tumor avançado tem-se optado pelos taxanos (Crane, 2000; Zamora et al., 1998). De facto, nas mulheres com diagnóstico de cancro da mama, a combinação de quimioterapia de antraciclina e taxanos, demonstraram a sua eficácia (Berruti et al., 2005).

Adlard e Dodwell (2001) referem que o regime de quimioterapia mais utilizado é o CMF, no que se refere aos diferentes efeitos secundários, as várias investigações realizadas sugerem que depende das alterações das doses e do plano terapêutico. No entanto, das muitas experiências realizadas, sugerem que os regimes de quimioterapia adjuvante, numa fase inicial do cancro da mama, os que contêm diferentes antraciclina (doxorrubicina e epirrubicina, que são os mais utilizados) demonstram ser bem mais efectivos do que aqueles que não contêm.

Cirurgicamente, pode ser efectuada uma tumorectomia (cirurgia conservadora da mama) ou uma mastectomia. A tumorectomia consiste na remoção do tumor e de uma pequena porção de tecido saudável circundante e, se necessário, dos gânglios linfáticos da axila do lado afectado (Manuila et al., 2001). A mastectomia radical modificada consiste na remoção da glândula mamária, do mamilo e da auréola, assim como da pele necessária, de acordo com a localização do tumor, e, ainda, dos gânglios linfáticos da axila do lado afectado (Haber, 2000; Manuila et al., 2001; Toledo et al., 1993).

A biopsia ao gânglio sentinela, é agora a técnica mais aceite como alternativa à remoção dos nódulos da axila, demonstrando resultados mais favoráveis e permitindo menores efeitos secundários, nomeadamente ao estado da axila (Goyal et al., 2005; Veronesi et al., 2005; Zgajnar et al., 2005).

A mastectomia radical é uma cirurgia extremamente agressiva e traumática para as mulheres e tem vindo a ser substituída pela cirurgia conservadora da mama ou tumorectomia (Crane, 2000; Duarte & Andrade, 2003).

As reacções emocionais que as doenças oncológicas produzem nos doentes dependem, entre outras coisas, do órgão que é afectado. Um diagnóstico de cancro de mama provoca reacções e respostas psicológicas específicas, geralmente associadas a mudanças na identidade da mulher, em concreto nos aspectos íntimos da feminilidade, sexualidade, maternidade e imagem corporal, mas também ao medo quanto aos tratamentos, à dúvida e à ansiedade (Bertero, 2002; Melo et al., 2002; Trill & Goyanes, 2003). Este diagnóstico é um factor gerador de *stress* que pode afectar, profundamente, múltiplos aspectos da vida de uma mulher (Dorval et al., 1998; Parker et al., 2003), em particular o seu bem-estar: 30% das mulheres relatam *distress* psicológico, disfunção sexual e alterações na imagem corporal, após a realização da cirurgia e dos tratamentos adjuvantes, numa fase precoce da doença (Bloom et al., 1986; Lindley et al., 1998; Taylor et al., 2002).

O primeiro impacto emocional da doença ocorre com as experiências de perda e a percepção de que a morte está próxima (Hernandez, 2003; Parker et al., 2003). A pessoa inicia um percurso de sofrimento íntimo, incluindo emoções e sentimentos de profundo mal-estar e tristeza, evoluindo, normalmente, para a consciencialização da perda como um facto irreversível, até à sua aceitação. As reacções emocionais provocadas pela doença oncológica foram assim descritas por Holland e Rowland (1989): morte (*death*); dependência (*dependency*); desfiguração (*disfiguration*), incapacidade (*disability*); separação/rotura (*disruption*) e desconforto (*discomfort*).

Os diversos tratamentos e os seus efeitos secundários (e.g., náuseas, vómitos, amenorreia temporária, alterações no estado de ânimo, secura vaginal, diminuição da resistência a infecções, anemia, alopecia, aumento do peso) estão associados, negativamente, à dimensão sexual e à auto-imagem (Bertero, 2002; Hunter et al., in press; Marques, 1994; Parker et al., 2003; Raich, 2000, cit. in Pérez San Gregório & Martín Rodrigues, 2002).

O impacto psicológico de perder uma mama (no caso da mastectomia) ou parte dela (na tumorectomia) produz um efeito devastador na vida de uma mulher (Trill & Goyanes, 2003). Bertero (2002) refere que as mudanças físicas, inerentes à desfiguração, e a dificuldade em adaptar-se às próteses, vão alterar a auto-imagem percebida pelas mulheres com cancro da mama, tendo repercussões nos seus relacionamentos interpessoais e, em particular, nas suas relações íntimas e sexuais.

Ao compararem as reacções psicológicas de mulheres que enfrentavam uma mastectomia com as das que tinham sido submetidas a tumorectomia, Holland e Rowland (1989) verificaram que as primeiras sofriam mais depressões e apresentam mais dificuldades em lidar com a sua sexualidade, sentindo-se menos atractivas. As mulheres tumorectomizadas mantinham a sua imagem corporal e a sua identidade feminina, tendo mais facilidade em falar da sua doença, ainda que permanecessem dúvidas quanto à sua identidade sexual e adaptação à doença. Outros estudos (Bloom et al., 1986; Ganz et al., 1998; Kiebert et al., 1991; Taylor et al., 2002) vieram corroborar que as mulheres submetidas a mastectomia evidenciam mais problemas ao nível da sua imagem corporal e funcionamento sexual, comparativamente com as mulheres tumorectomizadas.

A quimioterapia pode afectar negativamente a função sexual e a libido das mulheres, pois interfere com a produção das hormonas sexuais. Alterações fisiológicas como o coito doloroso e a diminuição da excitação sexual, dificultam à mulher atingir o orgasmo e o prazer numa relação sexual (Gotay et al., 2002; Toledo et al., 1993). Em alguns casos, as mulheres poderão referir a perda de interesse como mecanismo de defesa e forma de auto-protecção, face ao embaraço sentido pela perda da função orgásmica (Shell, 2000). Uma outra consequência deste tratamento, com inevitáveis efeitos psicológicos para a mulher, refere-se à fertilidade. Em alguns casos a infertilidade é permanente, o que para uma mulher jovem e sem filhos é muito problemático (Haber, 2000).

O cancro da mama é a doença oncológica que mais atenção tem recebido por parte da Psicologia, tendo sido realizadas inúmeras investigações para avaliar a qualidade de vida das doentes e seus familiares (Dias, 2002; Terol et al., 2000). Este interesse deve-se, essencialmente, ao facto de esta patologia ser a mais frequente entre as mulheres, e à sua localização e efeitos dos tratamentos, que provocam um impacto psicológico significativo, afectando a mulher em várias dimensões, nomeadamente na imagem corporal, sexualidade e relação interpessoal (Arraras et al., 2000; Silva et al., 2002).

A qualidade de vida pode ser definida como a percepção que o indivíduo tem da sua vida, nas dimensões física, psicológica, social, sexual, da sua independência e crenças pessoais (Antunes & Ribeiro, 2000; Cella & Cherin, 1998, cit. in Sales et al., 2001; Cella, 2003; Cramer, 1994, cit. in Ribeiro, 2002; Ferrell et al., 1997; Ferrell et al., 1998; Silva et al., 2002).

Na perspectiva da Psico-Oncologia, a qualidade de vida está relacionada com a avaliação subjectiva que o doente faz dos diferentes aspectos da sua vida que estão relacionados e são afectados pelo cancro (Rodriguez & Sanchez, 1995).

Num estudo (Kiebert et al., 1991), em que foram comparadas mulheres que foram submetidas a mastectomia e a tumorectomia, observou-se que este último procedimento cirúrgico permitia uma melhor qualidade de vida, a médio e a longo-prazo, comparativamente com o primeiro. O mesmo resultado foi observado por Ribeiro e Santos (2000), ao avaliarem a qualidade de vida de mulheres com cancro da mama, em idênticos graus de desenvolvimento, tendo umas sido submetidas a mastectomia e outras a tumorectomia: a qualidade de vida das mulheres tumorectomizadas era superior. Numa outra investigação (Yeo et al., 2004), foi possível constatar que as reacções dos maridos das mulheres com cancro da mama eram mais positivas, quando as mesmas realizavam uma tumorectomia, os quais referiam uma melhor adaptação à doença das esposas.

Street e Voigt (1997, cit. in Sales et al., 2001) investigaram 60 mulheres com cancro da mama, a fim de estudar a relação entre a decisão pelo tratamento conservador da mama ou pela mastectomia, a percepção de controlo sobre estas decisões e a subsequente qualidade de vida. Seis e doze meses após a decisão sobre o tratamento, as mulheres que acreditavam ter mais escolhas e responsabilidade nessa decisão relataram melhor qualidade de vida, embora não tenham tido esta percepção na altura do tratamento. Estudos de Irwig e Bennets (1997, cited in Sales et al., 2001) e de Yeo et al. (2004), constando de uma revisão da literatura sobre qualidade de vida das mulheres após a realização de uma mastectomia ou tumorectomia, revelaram que a imagem corporal era indicadora de melhor qualidade de vida, em mulheres que tinham optado pela cirurgia conservadora da mama.

Lindley et al. (1998) avaliaram a qualidade de vida de 86 mulheres que realizaram terapia adjuvante. Os resultados apontaram para uma boa qualidade de vida, sendo a fadiga, a insónia, a dormência no local da cirurgia e os problemas sexuais os sintomas mais frequentes. Verificaram, ainda, que 65% das doentes fariam quimioterapia, devido ao aumento da possibilidade de cura.

Dow et al. (1996) relatou que, em mulheres com cancro da mama, a percepção da sua qualidade de vida estava associada à dor, à insónia, aos problemas psicológicos e financeiros e ao receio de recidivas.

Fialho e Silva (1993) concluíram que a quimioterapia com antraciclina (AC), por ser mais tóxica e aversiva, se reflectia negativamente na qualidade de vida das pessoas, o que não ocorria com as doentes submetidas a outros esquemas de quimioterapia. Outros autores (Blasco & Rodrigues, 1995; Bloom et al., 2004; Silva et al., 2002): verificaram que a qualidade de vida das mulheres com cancro da mama diminui, quando submetidas a quimioterapia de altas doses.

Ganz et al. (1998) e Bloom et al. (2004) registaram diferenças acentuadas no funcionamento sexual de mulheres jovens com cancro da mama, após a menopausa precoce induzida pela quimioterapia. Estas mulheres evidenciavam, também, muita dificuldade em verbalizar temas relacionados com a doença e relatavam sofrer com o estigma associado ao cancro.

O objectivo central deste estudo é o de avaliar a qualidade de vida em 60 mulheres com cancro da mama, já submetidas a cirurgia (mastectomia/tumorectomia) e em tratamento quimioterapêutico. Pretende-se avaliar, especificamente, de que forma a qualidade de vida, destas mulheres, é influenciada pelo tipo de cirurgia e pelo tratamento específico de quimioterapia, bem como por algumas variáveis sócio-demográficas.

Com base na literatura revista, enunciámos 5 hipóteses orientadoras do nosso estudo:

- (H1) As mulheres com cancro da mama, submetidas a tumorectomia, apresentam uma percepção da imagem corporal mais positiva, tradutora de melhor qualidade de vida, comparativamente com as mulheres mastectomizadas.

Fundamentação teórica (Azevedo et al., 1995; Kiebert, de Haes, & Van de Velde, 1991; Ribeiro & Santos, 2000; Yeo et al., 2004): estes autores referem que a imagem corporal mais positiva é indicadora de uma melhor qualidade de vida em mulheres tumorectomizadas, em comparação com as mulheres submetidas a mastectomia.

- (H2) As mulheres com cancro da mama, submetidas a tumorectomia, apresentam uma avaliação mais positiva do seu funcionamento sexual, em comparação com as mulheres que realizaram mastectomia.

Fundamentação teórica (Azevedo et al., 1995; Ganz et al., 1998; Taylor et al., 2002): segundo estes autores, as mulheres submetidas a mastectomia evidenciam mais problemas ao nível da sexualidade, do que as mulheres tumorectomizadas.

- (H3) A qualidade de vida das mulheres com cancro de mama, submetidas a tratamentos de quimioterapia mais aversivos (FEC), é inferior à das que recebem tratamentos menos tóxicos (CMF).

Fundamentação teórica: Fialho e Silva (1993) verificaram que a quimioterapia com antraciclina (mais tóxica) influenciava, de forma negativa, a qualidade de vida das doentes, ao contrário do que sucedia com os outros esquemas de quimioterapia. Outros autores (Blasco & Rodrigues, 1995; Bloom et al., 2004; Silva et al., 2002) verificaram que em doentes submetidas a altas doses de quimioterapia, havia um decréscimo da sua qualidade de vida.

- (H4) Existem diferenças na qualidade de vida das mulheres com cancro de mama, em função do seu estado civil.

Fundamentação teórica: Fialho e Silva (1993) verificaram que, após a realização da mastectomia, as mulheres que não dispunham de apoio familiar reagem de forma mais negativa, a nível bio-psico-social.

(H5) A qualidade de vida das mulheres com cancro da mama, submetidas a tumorectomia e a mastectomia, varia em função da sua idade.

Fundamentação teórica: Ganz et al. (1998) e Bloom et al. (2004) verificaram existir uma associação entre a qualidade de vida de mulheres com cancro da mama e a idade, pois as doentes mais jovens, submetidas a quimioterapia, e com consequente menopausa precoce, apresentavam mais problemas em termos de funcionamento sexual e na verbalização de temas associados à doença.

## MÉTODO

### Participantes

As 60 participantes neste estudo foram escolhidas mediante o método da amostragem intencional, isto é, foram seleccionadas por possuírem as características da população a estudar (Moreira, 1994): mulheres com cancro de mama, já submetidas a intervenção cirúrgica e, presentemente, em tratamento quimioterapêutico.

### Material

Nesta investigação foram utilizados os seguintes instrumentos de avaliação: (1) Questionário para recolha de informação sócio-demográfica; (2) *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire* – EORTC QLQ-C30 (Fayers et al., 1999) e (3) *Supplementary Questionnaire Breast Cancer Module* – QLQ-BR23 (Fayers et al., 1999).

O EORTC QLQ-C30 é constituído por 30 questões, que se subdividem em 3 grupos de escalas: (1) o estado global de saúde e qualidade de vida (QL2); (2) a escalas funcionais composta pelo funcionamento físico (PF2), limitações funcionais (RF2), funcionamento emocional (EF), funcionamento cognitivo (CF) e funcionamento social (SF); (3) as itens/escalas sintomáticas compostas pelas sub-escalas fadiga (FA), náuseas e vômitos (NV), dor (PA), falta de ar (DY), insónia (SL), falta de apetite (AP), obstipação (CO), diarreia (DI) e dificuldades financeiras (FI).

O QLQ-BR23 é constituído por 23 questões, que se subdividem em 2 escalas: (1) a escala funcional composta pelas sub-escalas imagem corporal (BRBI), funcionamento sexual (BRSEF), prazer sexual (BRSEE) e perspectivas futuras (BRFU); (2) a escala sintomática composta pelas sub-escalas efeitos da quimioterapia (BRST), sintomas na mama (BRBS), sintomas no braço (BRAS) e preocupação com a queda do cabelo (BRHL).

A pontuação das questões é dada em escalas de tipo Likert, de forma a que, quanto mais elevado o valor obtido, menor é a qualidade de vida, excepto

nas questões 44, 45 (BRSEF) e 46 (BRSEE) do QLQ-BR23 em que, quanto maior a pontuação, melhor a qualidade de vida avaliada.

### Procedimentos

Após a obtenção da autorização, por parte das entidades hospitalares responsáveis, e do consentimento informado das participantes neste estudo, foram administrados os questionários. Em alguns casos, as doentes pediram ajuda para ler as questões e as possíveis opções de resposta.

O plano de investigação seguiu uma abordagem transversal e metodologia quantitativa, de natureza descritiva, correlacional e diferencial. Os dados foram recolhidos entre Outubro de 2003 e Janeiro de 2004. Depois da administração dos questionários, estes foram cotados de acordo com as indicações dos autores (Fayers et al., 1999) e os dados foram analisados recorrendo ao programa informático *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 11.

Os resultados que se seguem serão apresentados na seguinte ordem: primeiro, as estatísticas descritivas, relativas à amostra e aos itens do EORTC QLQ-C30 e QLQ-BR23; seguidamente, os estudos diferenciais, empreendidos com base no teste *t* de Student e em análises de variância unifactoriais, para testar as hipóteses 1 a 4; e, finalmente, o estudo correlacional (*r* de Pearson), relativo à hipótese 5.

## RESULTADOS

### Estudos descritivos

As características sócio-demográficas, o tipo de cirurgia e os tratamentos de quimioterapia, a que foram submetidas as mulheres incluídas neste estudo, estão descritas no Quadro 1.

A amostra incluiu um total de 60 mulheres com idades compreendidas entre os 29 e os 80 anos ( $M=50,5$ ;  $DP=11,9$ ). Destas 60 participantes, 73,3% são casadas e 83,3% têm filhos. A maioria (51,7%) tem escolaridade igual ou inferior a 4 anos. Foi também tido em conta o tipo de cirurgia: 40% das mulheres foram submetidas a tumorectomia e 60% foram mastectomizadas. Em termos do tratamento de quimioterapia, a maioria (61,7%) das mulheres estava a ser tratada com FEC e 20% com CMF.

No Quadro 2 estão patentes os dados descritivos (médias, desvios-padrão, valores mínimos e máximos) relativos aos resultados obtidos nas diversas sub-escalas do EORTC QLQ-C30 e QLQ-BR23.

Podemos observar que as pontuações das várias sub-escalas variam entre um mínimo de zero e um máximo de 100.

A sub-escala função sexual (BRSEF) é a que assume um valor médio mais elevado ( $M=85,84$ ) e a sub-escala falta de ar (DY) a média mais baixa ( $M=6,12$ ).

## Quadro 1

Caracterização sócio-demográfica e clínica da amostra ( $N=60$ )

<b>Idade</b> $M=50,47$ anos; Min.=29; Máx.=80		N	%
<b>Estado Civil</b>	Não Casadas	16	26,7
	Casadas	44	73,3
<b>Grau de Instrução</b>	Até ao 4º ano (inclusive)	31	51,7
	Do 5º ao 9º anos (inclusive)	11	18,3
	Do 10º ao 12º anos (inclusive)	9	15,0
	Licenciatura/Mestrado/Doutoramento	9	15,0
<b>Profissão</b>	Doméstica	19	31,7
	Reformada	5	8,3
	No activo	31	51,7
	Desempregada	5	8,3
<b>Filhos</b>	Com filhos	50	83,3
	Sem filhos	10	16,7
<b>Cirurgia</b>	Tumorectomia	24	40,0
	Mastectomia	36	60,0
<b>Tratamento de Quimioterapia</b>	FEC	37	61,7
	AC	2	3,3
	EC	4	6,7
	Taxoides / Taxanos	1	1,7
	CMF	12	20,0
	EC + Taxoides	2	3,3
	Taxoides	2	3,3

## Quadro 2

Estatística descritiva dos resultados obtidos nas diversas sub-escalas do EORTC QLQ-C30 e QLQ-BR23 ( $N=60$ )

Sub-Escalas	Mínimo	Máximo	<i>M</i>	<i>DP</i>
<b>QLQ-C30</b>				
QL2	0,00	100,00	54,30	24,57
PF2	33,33	100,00	77,23	15,44
RF2	0,00	100,00	58,62	29,51
EF	8,33	100,00	54,30	22,52
CF	0,00	100,00	77,23	23,16
SF	0,00	100,00	79,45	24,80
FA	,00	100,00	52,41	24,13
NV	0,00	100,00	42,78	34,49
PA	0,00	83,33	22,50	26,54
DY	0,00	33,33	6,12	13,00
SL	0,00	100,00	55,56	35,61
AP	0,00	100,00	42,78	40,75
CO	0,00	100,00	30,56	35,94
DI	0,00	66,67	7,78	17,75
FI	0,00	100,00	22,23	28,57
<b>QLQ-BR23</b>				
BRBI	0,00	100,00	69,58	26,44
BRSEF	50,00	100,00	85,84	16,76
BRSEE	0,00	100,00	65,38	25,79
BRFU	0,00	100,00	17,78	27,76
BRST	0,00	90,48	43,02	20,07
BRBS	0,00	91,67	23,06	17,18
BRAS	0,00	66,67	23,70	21,88
BRHL	0,00	100,00	52,83	41,05

*Nota.* QL2: Saúde e Qualidade de Vida Global; PF2: Funcionamento Físico; RF2: Limitações Funcionais; EF: Funcionamento Emocional; CF: Funcionamento Cognitivo; SF: Funcionamento Social; FA: Fadiga; NV: Náuseas e Vômitos; PA: Dor; DY: Falta de Ar; SL: Insónia; AP: Perda de Apetite; CO: Obstipação; DI: Diarreia; FI: Dificuldades Financeiras; BRBI: Imagem Corporal; BRSEF: Função Sexual; BRSEE: Prazer Sexual; BRFU: Perspectiva Futura de Saúde; BRST: Efeitos Físicos da Quimioterapia; BRBS: Sintomas na Mama; BRAS: Sintomas no Braço; BRHL: Preocupação com a Queda de Cabelo.

### Estudos diferenciais

*Qualidade de vida em mulheres mastectomizadas e tumorectomizadas.* Para testar as hipóteses 1 e 2, realizámos o teste *t* de Student, comparando o grupo de mulheres com cancro da mama submetidas a tumorectomia e as mulheres mastectomizadas, relativamente aos dados obtidos nas sub-escalas do QLQ-C30 e do QLC-BR23, cujos resultados são apresentados no quadro seguinte:

#### Quadro 3

*Comparação da qualidade de vida em mulheres submetidas a tumorectomia (n=24) e mulheres mastectomizadas (n=36)*

Variáveis	Grupo de mulheres tumorectomizadas (n=24)		Grupo de mulheres mastectomizadas (n=36)		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>S.D.</i>	<i>M</i>	<i>S.D.</i>			
DY	2,78	9,41	8,33	14,64	-1,79	58	0,04
BRBI	79,51	19,19	62,96	28,69	2,68	58	0,005
BRSEF	86,81	15,53	85,19	17,72	0,36	58	0,35
BRSEE	63,64	27,71	66,67	25,20	-,29	58	0,38
BRHL	68,42	35,96	44,12	41,62	2,14	58	0,01

É possível verificar a existência de diferenças significativas entre os dois grupos, na sub-escala funcional do QLQ-BR23 “percepção da imagem corporal” (BRBI), sendo que as mulheres submetidas a tumorectomia avaliam a sua imagem corporal de modo mais negativo ( $M=79,51$ ) que as mulheres mastectomizadas ( $M=62,96$ ),  $t(58)=2,68$ ,  $p<0,01$ , o que se reflecte em menor a qualidade de vida. Podemos concluir que a  $H_1$  foi infirmada.

Relativamente ao funcionamento (BRSEF) e prazer sexual (BRSEE), não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, pelo que também a  $H_2$  foi infirmada.

Como informação adicional, acrescenta-se que os dois grupos diferem, significativamente, na sub-escala sintomática do QLQ-C30 “falta de ar” (DY): as mulheres submetidas a tumorectomia apresentam menos falta de ar ( $M=2,78$ ) que as mulheres mastectomizadas ( $M=8,33$ ). Observou-se, ainda, que as doentes tumorectomizadas se preocupam mais com a queda de cabelo (BRHL, sub-escala sintomática do QLQ-BR23) ( $M=68,42$ ) que as mulheres mastectomizadas ( $M=44,12$ ).

*Qualidade de vida e tipos de tratamento por quimioterapia.* No Quadro 4 são apresentados os resultados do teste *t* de Student, realizado para testar a  $H_3$ , isto é, para verificar se a qualidade de vida das mulheres com cancro da mama submetidas ao tratamento de quimioterapia mais aversivo (FEC) é inferior à das doentes que recebem tratamentos menos tóxicos (CMF).

## Quadro 4

*Qualidade de vida, em função do tipo de quimioterapia: Mais aversivo (FEC) e menos aversivo (CMF)*

Variáveis	Grupo de mulheres submetidas a FEC (n=37)		Grupo de mulheres submetidas a CMF (n=12)		t	df	p
	M	S.D.	M	S.D.			
FA	57,96	24,45	40,74	20,29	2,20	47	0,01
NV	53,15	34,88	19,44	21,12	4,03	47	0,0001
DY	8,11	14,50	0	0	3,40	47	0,001
BRSEE	60,00	25,82	79,17	17,25	-1,88	47	0,03
BRST	50,06	19,36	24,21	14,98	4,23	47	0,0001

A análise do quadro supra-apresentado permite constatar que existem diferenças estatisticamente significativas, em algumas sub-escalas funcionais e sintomáticas do QLQ-C30 e do QLQ-BR23.

Na sub-escala funcional do QLQ-BR23 “prazer sexual” (BRSEE), as mulheres submetidas ao tratamento por FEC apresentam uma média ( $M=60,00$ ) significativamente inferior à das mulheres que seguem o tratamento por CMF ( $M=79,17$ ),  $t(47)=-1,88$ ,  $p<0,05$ . Relativamente à avaliação das sub-escalas sintomáticas do QLQ-C30, observou-se que as mulheres submetidas ao tratamento por FEC se sentem mais fatigadas (FA) ( $M=57,96$ ) do que as que seguem o protocolo de quimioterapia por CMF ( $M=40,74$ ),  $t(47)=2,20$ ,  $p<0,05$ ; sentem falta de ar (DY) ( $M=8,11$ ) ao contrário do outro grupo ( $M=0$ ) e apresentam mais náuseas e vômitos (NV) ( $M=53,15$ ) que as mulheres submetidas ao tratamento por CMF ( $M=19,44$ ). Finalmente, na sub-escala sintomática do QLQ-BR23, “efeitos físicos da quimioterapia” (BRST), as mulheres que seguem o tratamento quimioterapêutico com FEC têm uma média que é muito superior ( $M=50,06$ ) à das mulheres submetidas ao tratamento por CMF ( $M=24,21$ ).

Pelo exposto, pode concluir-se que a hipótese 3 se confirma para as sub-escalas descritas.

*Qualidade de vida em função do estado civil.* Realizou-se uma análise da variância unifactorial, para verificar se existem diferenças na qualidade de vida das mulheres com cancro da mama, em função do seu estado civil ( $H_4$ ).

## Quadro 5

*Qualidade de vida em função do estado civil (N= 60)*

Variáveis	Casadas (n=37)		Não casadas (n=12)		t	df	p
	M	S.D.	M	S.D.			
PF2	79,24	14,46	71,67	17,13	-1,707	58	0,05
DI	9,85	19,79	2,08	8,33	-2,134	58	0,02
BRSEF	83,33	16,47	92,71	16,07	1,962	58	0,03
BRFU	13,64	26,24	29,17	29,50	1,962	58	0,03

Os resultados mostram existirem diferenças estatisticamente significativas na sub-escala funcional, do QLQ-C30, “funcionamento físico” (PF2), sendo que o grupo das mulheres casadas evidenciou uma média ( $M=79,24$ ) superior à das mulheres não casadas ( $M=71,67$ ),  $t(58)=-1,70$ ,  $p<0,05$ . Na sub-escala “diarreja” (DI), as mulheres casadas evidenciaram uma média ( $M=9,85$ ) significativamente superior à das mulheres não casadas ( $M=2,08$ ),  $t(58)=-2,13$ ,  $p<0,05$ .

Na sub-escala funcional, do QLQ-BR23, “funcionamento sexual” (BRSEF), observaram-se diferenças estatisticamente significativas, entre os dois grupos em comparação, apresentando as mulheres casadas uma média ( $M=83,33$ ) inferior à das não casadas ( $M=92,71$ ),  $t(58)=1,962$ ,  $p<0,05$ . Na sub-escala “perspectivas futuras” (BRFU), as mulheres casadas evidenciaram uma média ( $M=13,64$ ) significativamente mais baixa que a do outro grupo ( $M=29,17$ ),  $t(58)=1,96$ ,  $p<0,05$  (cf. Quadro 5).

A hipótese 4 foi confirmada, apenas, no que respeita às sub-escalas citadas.

### Estudo correlacional

*Qualidade de vida em função da idade.* Para testar a hipótese 5, procedemos a uma análise correlacional entre a qualidade de vida das doentes, submetidas quer a mastectomia quer a tumorectomia, e a sua idade, utilizando o teste estatístico de correlação,  $r$  de *Pearson*, conforme se pode observar no Quadro 6.

#### Quadro 6

*Qualidade de vida das mulheres com cancro da mama, submetidas a mastectomia ou tumorectomia, em função da idade (N=60)*

Qualidade de vida/Idade		Grupo total (N=60)
PF2	$r$	-0,27
	$p$	0,01
DI	$r$	0,26
	$p$	0,02
BRSEF	$r$	-0,54
	$p$	0,0001
BRSEE	$r$	0,33
	$p$	0,04

Observou-se uma correlação negativa e estatisticamente significativa [ $r(60)=-0,27$ ,  $p<0,05$ ] entre a sub-escala funcional, do QLQ-C30, “funcionamento físico” (PF2) e a variável idade. Na sub-escala sintomática “diarreja” (DI) registou-se uma correlação positiva e estatisticamente significativa [ $r(60)=0,26$ ,  $p<0,50$ ] com a idade.

Encontrámos uma correlação negativa e estatisticamente significativa [ $r(60)=-0,54$ ,  $p<0,01$ ] entre a sub-escala funcional, do QLQ-BR23, “funcionamento sexual” (BRSEF) e a idade. Finalmente, entre a sub-escala funcional

“prazer sexual” (BRSEE) e a idade das doentes há uma correlação positiva e estatisticamente significativa [ $r(60)=0,33, p<0,05$ ].

A hipótese 5 foi confirmada, apenas, no que respeita às sub-escalas citadas.

No grupo das mulheres com cancro da mama submetidas a tumorectomia, verificou-se uma correlação negativa e estatisticamente significativa [ $r(24)=-0,36, p<0,05$ ] entre a sub-escala funcional do QLQ-C30 “funcionamento físico” (PF2) e a variável idade. Na sub-escala funcional do QLQ-BR23 “funcionamento sexual” (BRSEF) observou-se também uma correlação positiva e estatisticamente significativa [ $r(24)=0,52, p<0,01$ ] com a variável idade. Na sub-escala sintomática do QLQ-C30 “insónia” (SL) verificou-se uma correlação negativa e estatisticamente significativa [ $r(24)=-0,42, p<0,05$ ] com a variável idade.

Para as mulheres com cancro da mama, submetidas a mastectomia, foi detectada uma correlação positiva e altamente significativa [ $r(36)=0,54, p<0,001$ ] entre a sub-escala funcional do QLQ-BR23 “funcionamento sexual” (BRSEF) e a variável idade. Entre a sub-escala funcional “prazer sexual” (BRSEE) e a idade, há uma correlação positiva e estatisticamente significativa [ $r(36)=0,56, p<0,05$ ]. E, finalmente, entre a sub-escala sintomática do QLQ-C30 “náuseas e vômitos” (NV) e a idade verificou-se uma correlação negativa e estatisticamente significativa [ $r(36)=-0,30, p<0,05$ ]. A hipótese 5 foi confirmada, apenas, no que respeita às sub-escalas citadas.

## DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo exploratório são baseados nas respostas, de 60 mulheres portuguesas com cancro da mama, a dois questionários de avaliação da qualidade de vida. Para efeitos deste estudo, consideraram-se as diversas sub-escalas funcionais e sintomáticas do QLQ-C30 e do QLQ-BR23 como indicadoras da qualidade de vida das participantes.

Apesar de termos encontrado base teórica para a hipótese que supunha que as mulheres tumorectomizadas apresentavam uma auto-imagem física mais favorável e, como tal, melhor qualidade de vida, que as doentes mastectomizadas, o facto é que os nossos resultados apontam em sentido contrário, ou seja, as primeiras avaliam a sua imagem corporal de modo mais negativo. Uma explicação para estes resultados, poderá ser a de que a auto-avaliação que as mulheres mastectomizadas fazem do seu corpo é influenciada pela crença de que este procedimento cirúrgico fará a *limpeza das células malignas*, sendo, como tal, considerado uma medida mais segura, pois permite um maior controlo da doença e a prevenção de recidivas (Trill & Goyanes, 2003).

Observou-se, ainda, que as mulheres tumorectomizadas apresentavam maior preocupação com a queda do cabelo e menos falta de ar que as doentes que tinham realizado mastectomia. Dado que as mulheres com cancro da mama, submetidas a tumorectomia, conservam as suas mamas, é possível que a percepção da sua imagem corporal esteja mais associada à queda de cabelo,

aspecto dificilmente ocultável aos outros. A salientar ainda, que, do total de 60 mulheres da nossa amostra, 48 mulheres foram submetidas a tratamentos de quimioterapia com antraciclinas, que têm como efeito secundário a alopecia (queda do cabelo), e, destas, 17 realizaram uma tumorectomia.

No entanto, os dois grupos não se diferenciaram em termos da avaliação do funcionamento e do prazer sexual, o que contraria a maioria dos estudos realizados sobre esta temática (Bloom et al., 1986; Ganz et al., 1998; Holland & Rowland, 1989; Kiebert et al., 1991; Taylor et al., 2002), de acordo com os quais as mulheres mastectomizadas apresentam mais dificuldades em lidar com a sua sexualidade e mais problemas ao nível da sua imagem corporal e funcionamento sexual, comparativamente com as mulheres tumorectomizadas.

Comprovou-se, também, que, do ponto de vista funcional, as doentes em tratamento com modalidades de quimioterapia mais tóxica (FEC) sentiam menos prazer sexual e, em termos sintomáticos, apresentavam mais fadiga, mais falta de ar e mais náuseas e vômitos. Em suma, estas doentes sofriam significativamente mais com os efeitos físicos da quimioterapia, do que as que recebiam tratamentos menos aversivos, percebendo uma qualidade de vida inferior. Resultados similares foram encontrados por Fialho e Silva (1993), de acordo com os quais a quimioterapia com antraciclinas, por ser mais tóxica, se reflectia negativamente na qualidade de vida das pessoas estudadas. Outros estudos (Blasco & Rodriguez, 1995; Bloom et al., 2004; Silva et al., 2002, Thors et al., 2001), concluíram que a qualidade de vida das mulheres com cancro da mama, submetidas a altas doses de quimioterapia, decresce ligeiramente durante e após os tratamentos. Também Joly et al (2000) no estudo efectuado, demonstraram resultados negativos como consequência do efeito da quimioterapia no funcionamento sexual, que no entanto vão diminuindo com o tempo. O estudo de Ganz et al. (2004), realizado com mulheres com diagnóstico de cancro da mama, demonstrou que a dimensão do funcionamento sexual é pior no grupo de mulheres que recebem quimioterapia.

Segundo uma revisão da literatura realizada por Gotay et al. (1998) verificaram que após 5 anos de diagnóstico de cancro da mama, muitos dos pacientes referiram experienciar efeitos negativos do cancro ou do seu tratamento na vida diária. O funcionamento e a satisfação sexual bem como o funcionamento psicológico foram referidos como motivo de preocupação por alguns sobreviventes.

As mulheres casadas, na nossa amostra, queixavam-se mais de problemas ao nível do funcionamento físico e diarreia e, conseqüentemente, da sua interferência na realização das actividades diárias, o que evidencia menor qualidade de vida. Por outro lado, o grupo de mulheres não casadas (solteiras, divorciadas ou viúvas) revelava mais preocupação com a sua saúde, no futuro, e um melhor funcionamento sexual.

Também King et al. (2000), no seu estudo com uma amostra de mulheres com diagnóstico de cancro da mama, verificou que as mulheres casadas e

submetidas a mastectomia evidenciavam uma qualidade de vida inferior, quando comparadas com as restantes mulheres da amostra. Outros estudos, nomeadamente Cui et al., 2004 e Vacek et al., 2003, demonstraram que o estado civil como factor sócio demográfico é um importante preditor da qualidade de vida nos sobreviventes de cancro da mama.

Fialho e Silva (1993) destacaram, igualmente, que, após a realização da mastectomia, as mulheres que não possuíam apoio familiar, apresentavam mais problemas a nível bio-psico-social. O apoio social e familiar tem sido identificado como um importante factor de adaptação emocional à doença e bem-estar, contribuindo, conseqüentemente, para uma melhor qualidade de vida (Silva et al., 2003).

Encontrámos, ainda, uma associação estatisticamente significativa entre a qualidade de vida das mulheres com cancro da mama e a sua idade. Assim, as mulheres mais velhas apresentavam, comparativamente com as mais jovens, melhor qualidade de vida, em termos de funcionamento físico e sexual, e mais problemas sintomáticos associados a diarreias. Outros estudos (King et al., 2000; Vacek et al., 2003) concluíram que as mulheres com cancro da mama mais jovens, apresentavam níveis inferiores em várias dimensões da qualidade de vida, quando comparadas com as mais velhas da sua amostra. Da mesma forma, Ganz et al. (1998) e Bloom et al. (2004) verificaram que as mulheres jovens, com cancro da mama, após a menopausa precoce induzida pela quimioterapia, apresentavam mais dificuldades no funcionamento sexual e na verbalização de temas associados à sua doença. Lindley et al (1998) relataram uma interacção entre a idade e a quimioterapia, em que as alterações negativas no funcionamento sexual ocorreram nas mulheres em pré-menopausa ou induzidas pela amenorreia.

## CONCLUSÃO

A qualidade de vida “é uma dimensão cada vez mais estudada no sistema de cuidados de saúde” (Ribeiro, 1994, p. 183), apesar de ser ainda um conceito muito recente. O avanço tecnológico, ao nível das ciências médicas, tem proporcionado um enorme optimismo no tratamento das doenças oncológicas e no aumento da taxa de sobrevivência dos doentes, daí que seja tão pertinente avaliar a qualidade de vida, enquanto importante indicador do seu bem-estar.

Alguns estudos referem mesmo, que deveria ser realizada uma maior avaliação da qualidade de vida nas sobreviventes de cancro, nomeadamente no cancro da mama, avaliando os efeitos das terapias a longo prazo e o impacto que poderá ter em possíveis recidivas ou novos cancros (Gotay & Muraoka, 1998).

Em Portugal, apesar do tema suscitar grande interesse em diversos núcleos, a investigação científica continua ainda a ser insuficiente, havendo um longo caminho a percorrer, com necessidade de mais investimentos nestas

áreas, nomeadamente, em termos de publicações e instrumentos de avaliação psicológica adaptados ao contexto nacional.

Relativamente aos aspectos metodológicos deste estudo exploratório, cabe salientar a devida precaução na análise dos resultados, atendendo ao número reduzido de participantes, não sendo possível, por este motivo proceder a generalizações para a população-alvo.

Consideramos fundamental desenvolver estudos longitudinais, para avaliação da qualidade de vida das doentes antes, durante e após, as cirurgias e os tratamentos de quimioterapia e/ou radioterapia desenvolvidos, avaliando, desta forma, as implicações destes procedimentos em termos funcionais (físicos, emocionais, cognitivos e sociais) e sintomáticos.

Acreditamos que este estudo representa um primeiro passo no sentido da fundamentação empírica sobre o impacto que o cancro da mama tem na qualidade de vida das mulheres afectadas e a influência de potenciais variáveis moderadoras (e.g., tipo de cirurgia, modalidade quimioterapêutica, idade, estado civil). O interesse deste estudo reside, igualmente, nas implicações que os resultados obtidos poderão ter para o desenvolvimento de terapias psicológicas promotoras de uma melhor adaptação à doença oncológica.

A investigação comportamental, aplicada aos cuidados de saúde primários, tem como mérito principal abrir fóruns de discussão e de monitorização dos efeitos psicológicos das condições médicas e formas de tratamento. Assim, julgamos que as hipóteses formuladas neste estudo podem gerar novas vias de investigação na área da Psicologia da Saúde, a qual tem vindo a assumir um papel fundamental na pesquisa sobre a influência dos factores psicossociais e o seu impacto na doença física.

## REFERÊNCIAS

Adlard, J.W., & Dodwell, D.J. (2001). Optimum anthracycline-based chemotherapy for early breast cancer. *The Lancet Oncology*, 2, 469-474.

Agarwal, T., Kakkos, S.K., Cunningham, D.A., Darzi, A., Lee, D., Rajan, P., Hadjiminis, D.J. (2005). Sentinel node biopsy can replace four-node-sampling in staging early breast cancer. *EJSO the Journal of Cancer Surgery*, 31, 122-127.

Antunes, S.C., & Ribeiro, J. (2000). Qualidade de vida e tuberculose pulmonar. In J. Ribeiro, I. Leal, & M. Dias (Eds.), *Actas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 643-661). Lisboa: ISPA.

Arraras, J., Garrido, E., Pruja, E., Marcos, M., Tejedor, M., & Árias, F. (2000). El cuestionario de calidad de vida de la EORTC QLQ-C30. Estudio psicométrico con pacientes con cáncer de mama. *Clínica y Salud*, 11, 329-349.

Azevedo, C., Ramos, E., Ramos, L., & Oliveira, M. (1995). Mastectomia e sexualidade. *Divulgação*, 36, 1-7.

Baltar, M., Ribeiro, J.P., Lopes, I., Torres, A., & Lourenço, C. (2001). Respostas emocionais, qualidade de vida e estratégias de coping para lidar com a doença em mulheres com cancro ginecológico. *Psicologia: teoria, investigação e prática*, 2, 285-300.

Berruti, A., Bitossi, R., Bottini, A., Bonardi, S., Donadio, M., Nigro, C., Bertetto, O., Danese, S., Bertone, E., Sarobba, S., Mancarella, S., & Dogliotti, L. (2005). Combination regimen of epirubicin, vinorelbine and 5-fluorouracil continuous infusion as first-line chemotherapy in antracycline-naïve metastatic breast cancer patients. *European Journal of Cancer*, *41*, 249-255.

Bertero, C. (2002). Affected self-respect and self-value: The impact of breast cancer treatment on self-esteem and qol. *Psycho-Oncology*, *11*, 356-364.

Blasco, T., & Rodríguez, E. (1995). Calidad de vida y bienestar en pacientes de cáncer que reciben quimioterapia a altas dosis: A pilot study. *Clinica y Salud*, *6*, 331-340.

Bloom, J.R. (Coord.). (1986). Psychological response to mastectomy. *Cancer*, *59*, 189-196.

Bloom, J.R., Stewart, S.L., Chang, S., & Banks, P. (2004). Then and now: Quality of life of young breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, *13*, 147-160.

Cella, D. (2003). Métodos de evaluación de la calidad de vida en psico-oncología. In M. Trill (Ed.), *Psico-Oncología* (pp. 779-787). Madrid: ADES Ediciones.

Crane, R. (2000). Cancro da mama. In S. Otto (Ed.), *Enfermagem em oncologia* (pp. 89-118). Loures: Lusociência-Edições Técnicas e Científicas.

Cui, Y., Shu, X., Gao, Y., Cai, H., Wen, W., Ruan, Z., Jin, F., & Zheng, W. (2004). The long-term impact of medical and socio-demographic factors on the quality of life of breast cancer survivors among Chinese women. *Breast Cancer Research and Treatment*, *87*, 135-147.

Dias, M.R. (2000). "Haja saúde": Os *mass media* como estratégias de prevenção. In J. Ribeiro, I. Leal, M. Dias (Eds.), *Actas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 553-568). Lisboa: ISPA.

Dias, M.R. (2002). Cancro de mama: A (contra) informação dos *mass media*. In M.R. Dias & E. Durá (Coords.), *Territórios da Psicologia Oncológica* (pp. 235-264). Lisboa: Climepsi Editores.

Dorval, M., Maunsell, E., Deschênes, L., & Brisson, J. (1998). Type of mastectomy and quality of life for long term breast carcinoma survivors. *American Cancer Society*, *15*, 2130-2138.

Dow, H., Ferrell, B., Leigh, S., & Gulasekaram, P. (1996). An evaluation of the quality of life among long-term survivors of breast cancer. *Breast Cancer Research Treatment*, *39*, 261-273.

Duarte, T.P., & Andrade, N.A. (2003). Enfrentando a mastectomia: Análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade. *Estudos de Psicologia*, *8*, 155-163.

Ferrell, B., Grant, M., Funk, B., Otis-Green, S., & Garcia, N. (1997). Quality of life in breast cancer. Part I: Physical and social well being. *Cancer Nursing*, *20*, 398-408.

Ferrell, B., Grant, M., Funk, B., Otis-Green, S., & Garcia, N. (1998). Quality of life in breast cancer. Part II: Psychological and spiritual well being. *Cancer Nursing*, *21*, 1-9.

Fayers, P.M., Aaronson, N., Bjordal, K., Curran, D., Groevold, M. (1999). EORTC QLQ-C30 Scoring manual (2nd ed.). Brussels: *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Study group*.

Fialho, A., & Silva, R. (1993). Mastectomia e suas repercussões. *Revista Brasileira Enfermagem*, *46*, 266-270.

Figueiredo, A.P., Ferreira, L., & Figueiredo, P. (2001). Impacto psico-social do cancro da mama. *Enfermagem Oncológica*, *17*, 22-27.

Ganz, P., Schag, A., Lee, J., Polinsky, M., & Tan, S.J. (1992). Breast conservation versus mastectomy. *Cancer*, *69*, 1729-1737.

Ganz, P.A., Rowland, J.H., Desmond, K., Meyerowitz, B.E., & Wyatt, G. (1998). Life after breast cancer: Understanding women's health-related quality of life and sexual functioning. *Journal of Clinical Oncology*, *16*, 501-514.

Ganz, P.A., Kwan, L., Stanton, A.L., Krupnick, J.L., Rowland, J.H., Meyerowitz, B.E., Bower, J.E., & Belin, T.R. (2004). Quality of life at the end of primary treatment of breast cancer: First results from the moving beyond cancer randomized trial. *Journal of the National Cancer Institute*, *5*, 376-387.

Gotay, C., & Muraoka, M. (1998). Quality of life in long-term survivors of adult-onset cancers. *Journal of the National Cancer Institute*, *9*, 656-667.

Gotay, C.C., Holup, J., & Pagano, J. (2002). Ethnic differences in quality of life among early breast and prostate cancer survivors. *Psycho-Oncology*, *11*, 103-113.

Goyal, A., Newcombe, R.G., Mansel, R.E., on behalf of the ALMANAC Trialists Group. (2005). Role of routine preoperative lymphoscintigraphy in sentinel node biopsy for breast cancer. *European Journal of Cancer*, *41*, 238-243.

Haber, S. (Org.) (2000). *Câncer de mama, manual de tratamento psicológico*. Barcelona: Paidós.

Hernández, C.M. (2003). El adulto com câncer. In M. Trill (Ed.), *Psico-Oncologia* (pp. 103-114). Madrid: ADES Ediciones;.

Holland, J.C., & Rowland, J.H. (1989). *Handbook of Psychooncology: Psychological cure of the patient with cancer*. Oxford University Press: New York.

Hunter, M., Grunfeld, E., Mittal, S., Sikka, P., Ramirez, A., Fentiman, J., & Hamed, H. (in press). Menopausal symptoms in women with breast cancer: prevalence and treatment preferences. *Psycho-Oncology*.

Joly, F., Espié, M., & Marty, M. (2000). Long-term quality of life in premenopausal women with node-negative localized breast cancer treated with or without adjuvant chemotherapy. *Breast Journal Cancer*, *83*, 577-582.

Kiebert, G., Haes, J., & van de Velde, C. (1991). The impact of breast-conserving treatment and mastectomy on the quality of life of early-stage breast cancer patients: A review. *Journal of Clinical Oncology*, *9*, 1059-1070.

King, M.T., Kenny, P., Shiell, A., Hall, J., & Boyages, J. (2000). Quality of life three months and year after first treatment for early stage breast cancer: Influence of treatment and patient characteristics. *Quality of Life Research* *6*, 789-800.

Lindley, C., Vasa, S., Sawyer, W.T., Winer, E.P. (1998). Quality of life and preferences for treatment following systemic adjuvant therapy for early-stage breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, *16*, 1380-1387.

Manuila, L., Manuila, A., Lewalle, P., & Niculin, M. (2001). *Dicionário Médico*. Lisboa: Climepsi Editores.

Marques, A. (1994). *Reações emocionais à doença grave: Como lidar*. Coimbra: Edições de Psiquiatria Clínica.

Melo, E., Araújo, T.L., Oliveira, T., & Almeida, D. (2002). Mulher mastectomizada em tratamento quimioterapêutico: Um estudo dos comportamentos na perspectiva do modelo adaptativo de Roy. *Revista Brasileira de Cancerologia*, *48*, 21-28.

Moreira, C.D. (1994). *Planeamento e estratégias da investigação social*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

Northouse, L., Caffey, M., Deichelbohrer, L., Schmidt, L., Trojniak, L., West, S., Kershaw, T., & Mood, D. (1999). The quality of life of African women with breast cancer. *Research in Nursing & Health*, *22*, 449-460.

Parker, P.A., Baile, W.F., Moor, C., & Cohen, L. (2003). Psychosocial and demographic predictors of quality of life in a large sample of cancer patients. *Psycho-Oncology*, *12*, 183-193.

Pérez San Gregório, M.A., & Martín Rodríguez, A. (2002). Variables psicológicas relacionadas con la percepción de la imagen corporal en los pacientes transplantados. *Revista de Psicología*, 55, 439-453.

Reis, M.A., & Teixeira, J.A. (2000). Rastreio oncológico: Adesão das mulheres ao auto-exame da mama. In J. Ribeiro, I. Leal, & M. Dias (Eds.), *Actas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 505-520). Lisboa: ISPA.

Ribeiro, J.P. (1994). A importância da qualidade de vida para a saúde. *Análise Psicológica*, 2-3, 179-191.

Ribeiro, J.P. (2002). Qualidade de vida e doença oncológica. In M. Dias & E. Durá (Coords.), *Territórios da Psicologia Oncológica* (pp. 75-98). Lisboa: Climepsi Editores

Ribeiro, J.P., & Santos, T. (2000). *Impact of radical mastectomy versus tumorectomy of the quality of life early breast cancer*. Communication presented at XXVII International Congress of Psychology, Stockholm, Sweden.

Rodríguez, J.A., & Sanchez, M.M. (1995). Valoración subjetiva de la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama metastásico durante el tratamiento con quimioterapia. *Clinica y Salud*, 6, 83-92.

Sales, C., Paiva, L., Scanduzzi, D., & Anjos, A. (2001). Qualidade de vida de mulheres tratadas de câncer de mama: Funcionamento social. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 47, 263-272.

Shell, J. (2000). Impacto do cancro na sexualidade. In S. Otto (Ed.), *Enfermagem em oncologia* (pp. 913-938). Loures: Lusociência-Edições Técnicas e Científicas.

Silva, P., Gracitelli, M., Soares, H., Camargo, V., Corrêa, T., Gonçalves, M., & Giglio, A. (2002). Qualidade de vida, depressão e câncer de mama: Um estudo piloto da Faculdade de Medicina do ABC. *Revista Brasileira de Mastologia*, 12, 17-22.

Silva, I., Ribeiro, J.P., & Cardoso, H. (2003). Efeitos do apoio social na qualidade de vida, controlo metabólico e desenvolvimento de complicações crónicas em indivíduos com diabetes. *Psicologia Saúde & Doenças*, 4(1), 21-32.

Studts, J.L., Abell, T.D., Roetzer, L.M., Albers, A.N., McMasters, K.M., & Chao, C. (in press). Preferences for different methods of communicating information regarding adjuvant chemotherapy for breast cancer. *Psycho-Oncology*.

Taylor, K.L., Lamdan, R.M., Siegel, J.E., Shelby, R., Hrywna, M., & Moran-Klimi, K. (2002). Treatment regimen, sexual attractiveness concerns and psychological adjustment among African American breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, 11, 505-517.

Terol, M.C., López-Roig, S., Rodríguez-Marín, J., Pastor, M., Mora, M., Martín-Aragón, M., Leyda-Menéndez, J., Neipp, M.C., & Lizón, J. (2000). Diferencias en la calidad de vida: un estudio longitudinal de pacientes de cáncer recibiendo tratamiento de quimioterapia. *Anales de Psicología*, 16, 111-122.

Thors, C.L., Broeckel, J.A., & Jacobsen, P.B. (2001). Sexual functioning in breast cancer survivors. *Cancer Control*, 5, 442-448.

Toledo, M., Barreto, M.P., Pascual, A., & Ferrero, J. (1993). Adaptación del cuestionario de calidad de vida de la E.O.R.T.C. para cancer de mama. *Revista de Psicología de la Salud*, 5, 29-40.

Trill, M.D., & Goyanes, A.D. (2003). El cáncer de mama. In M. Trill (Ed.), *Psico-Oncologia* (pp. 165-184). Madrid: ADES Ediciones.

Yeo, W., Kwan, P.M., Teo, S., Wong, L., Hin, Y., & Johnson, P.J. (2004). Psychosocial impact of breast cancer surgeries in Chinese patients and their spouses. *Psycho-Oncology*, 13, 132-139.

Vacek, P.M., Winstead-Fry, P., Secker-Walker, R.H., & Hooper, G.J. (2003). Factors influencing quality of life in breast cancer survivors. *Quality of Life Research, 12*, 527-537.

Veronesi, U., Galimberti, V., Mariani, L., Gatti, G., Paganelli, G., Viale, G., Zurrada, S., Veronesi, P., Intra, M., Gennari, R., Vento, A.R., Luini, A., Tullii, M., Bassani, G., & Rotmensz, N. (2005). Sentinel node biopsy in breast cancer: early results in 953 patients with negative sentinel node biopsy and no axillary dissection. *European Journal of Cancer, 41*, 231-237.

Zamora, P., Espinosa, E., Cornide, M. (1998). Quimioterapia adyuvante y neoadyuvante. In M.G. Baron (Coord.), *Oncologia Clínica* (pp. 419-434). Madrid: McGraw-Hill.

Zgajnar, J., Besic, N., Podkrajsek, M., Hertl, K., Frkovic-Grazio, S., & Hocevar, M. (2005). Minimal risk of macrometastases in the non-sentinel axillary lymph in breast cancer patients with micrometastatic sentinel lymph nodes and preoperatively ultrasonically uninvolved axillary lymph nodes. *European Journal of Cancer, 41*, 244-248.