



**ISPA**  
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO  
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE  
VIDA EM MULHERES COM  
CANCRO DA MAMA: ESTUDO  
EXPLORATÓRIO COM 55  
MULHERES ANGOLANAS

Ilda Duarte

**ORIENTADOR DE DISSERTAÇÃO:**

Prof. Dr.<sup>a</sup> Isabel Leal

**COORIENTADOR DE DISSERTAÇÃO:**

Dr.<sup>a</sup> Catarina Ramos

**COORDENADOR DE SEMINÁRIO DA DISSERTAÇÃO:**

Prof. Dr.<sup>a</sup> Isabel Leal

**Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de:**

Mestre em Psicologia

Especialidade em Psicologia da Saúde

**2013**

Dissertação de mestrado, realizado sob orientação da Professora Doutora Isabel Leal, apresentada no ISPA-Instituto Universitário para obtenção do grau de mestre em Psicologia da Saúde.

## **Agradecimentos**

Correndo o risco de deixar algumas pessoas para trás, embora tivessem contribuído para que este trabalho se concretizasse, quero desde já, agradecer a todas as pessoas anónimas, mas merecedoras de explícito agradecimento. Bem-haja a todos.

Quero agradecer a Deus e aos meus filhos: pela força, paciência, compreensão e carinho incondicional.

A Dr.<sup>a</sup> Catarina Ramos, pela paciência, cumplicidade e carinho com que me foi orientado e aconselhando, durante o processo de preparação dessa dissertação e ainda a Dr.<sup>a</sup> Conceição Faria e a Dr.<sup>a</sup> Carmelita Dinis, sem as três, eu não teria sido capaz.

Ao Dr. Fernando Miguel, Diretor Geral do Centro Nacional de Oncologia (CNO) - Luanda/Angola, que autorizou a aplicação dos questionários, a fazer as pesquisas nos arquivos do referido centro e que sempre se manifestou disponível para ajudar-me no que fosse necessário para a conclusão desse mestrado. O meu muito obrigado.

Aos psicólogos, Marlene Costa e Ricardo Feliciano, que sempre se mostraram disponíveis para darem informações sobre os pacientes em tratamento no CNO e pela ajuda na recolha de dados.

Ao Dr. Óscar Paulo, e a Dr.<sup>a</sup> Amparo Mirabal Fariña pela amizade, solidariedade, e disponibilidade para me ouvirem em momentos mais difíceis e importantes dessa jornada e ainda na partilha de etapas relacionadas com esta dissertação.

A Amélia Victoriano, a quem devo a inspiração para esse tema de mestrado e por tudo. Paz a sua alma.

Por fim, mas não menos importante, aos meus colegas de mestrado, e de estágio no Hospital Pulido Valente, pelo apoio e cumplicidade.

## **Resumo**

**Objetivo:** Avaliar a QDV das mulheres angolanas, diagnosticadas com cancro da mama, tratadas no Centro Nacional de Oncologia (CNO)/Luanda e identificar o papel das variáveis sociodemográficas e clínicas, uma vez que as causas da observância desproporcional da morbimortalidade entre mulheres brancas e negras com essa doença, ainda não estão bem definidas, e as desvantagens apontadas na literatura como estando na base dessa desproporção, não estão bem explicadas.

**Método:** A avaliação foi realizada através de um questionário sociodemográfico e o questionário da Organização Europeia para a Pesquisa e Tratamento do Cancro (EORTC QLQ-C30) e o módulo para o cancro da mama (QLQ-BR23). Foram avaliadas 55 mulheres angolanas escolhidas mediante o método da amostragem intencional. As idades variaram entre os 24 e 89 anos, essencialmente viúvas (29,1) maioritariamente da etnia Umbundo (40,0%), e de raça negra (94,5%).

**Resultados:** a maioria das mulheres, avaliou a sua QDV como sendo boa. A avaliação negativa foi mais frequente em pacientes mais velhas, não casadas e que realizaram mastectomia. A “Imagem Corporal” (BRBI) surgiu como uma associação positiva. Encontrou-se, no entanto, uma associação negativa nas subescalas de “Funcionamento Social” (SF), “Fadiga” (FA) e “Prazer Sexual” (BRSEF). Com menor significância, surgiram também a “Diarreia” (DI), e a “Preocupação com a Queda de Cabelo” (BRHL).

**Conclusão:** Embora grande parte das mulheres tenham relatado a sua QDV como sendo boa, o tratamento sistêmico e a mastectomia, surgiram como preditores negativos de QDV, pelo que maiores e mais aprofundados estudos dever-se-á realizar, para a melhoria da assistência médica oncológica.

*Palavras-chave:* cancro da mama, tratamentos, qualidade de vida

## **Abstract**

**Background:** To evaluate the QOL of Angolan women, diagnosed with breast cancer and treated at the National Oncology Centre (CNO)/Luanda and identify the role of sociodemographic and clinical variables, since the causes of compliance disproportionate mortality between white women and black women with this disease are not well defined , nor the disadvantages mentioned in the literature as underpinning this disparity , are well explained .

**Methods:** The evaluation was conducted through a demographic questionnaire and the questionnaire of the European Organization for Research and Treatment of Cancer ( EORTC QLQ - C30 ) and the module for breast cancer ( QLQ - BR23 ) . We evaluated 55 Angolan women chosen by the method of purposive sampling . Their ages ranged between 24 and 89 years , mainly widows ( 29.1 ) mainly ethnic Umbundo ( 40.0 % ) and Blacks ( 94.5 % ) .

**Results:** Most women assessed their QOL as good . The outcome was more frequent in older patients, unmarried and who underwent mastectomy . The " Body Image " ( BRBI ) has emerged as a positive association . It was found , however , a negative association of the subscales of " Social Functioning " ( SF ) , " Fatigue " ( FA ) and " Sexual Pleasure " ( BRSEF ) . Less significance , appeared also " Diarrhea " ( DI ) , and " Concern for Hair Loss " ( BRHL ) .

**Conclusion:** Although most women have reported their QOL as good , systemic therapy and mastectomy , emerged as negative predictors of QOL at that larger and deeper studies duty will perform , for the improvement of medical oncology.

*Key Words:* breast cancer treatment quality of life

## Índice Geral

Introdução-----	1
Método-----	9
Procedimentos-----	10
Participantes-----	11
Material-----	12
Resultados-----	15
Análise Descritiva da Amostra-----	16
Análise de correlação-----	25
Análise Inferencial-----	26
Discussão-----	31
Conclusão -----	35
Referências Bibliográficas-----	38
Anexo A Capa-----	51
Anexo B Revisão teórica do conceito “ O Cancro”-----	52
Anexo C O Cancro da mama-----	54
Anexo D Terapias convencionais para o cancro da mama-----	58
Anexo E Terapias alternativas ou tratamentos não convencionais-----	61
Caraterização do material F-----	63
Caraterísticas dos questionários: Anexos G, H, I-----	64/66/67
Anexo J Autorização dos questionários QLQ-30 e QLQ-BR-23-----	68
Anexo K Consentimento Informado-----	70
Anexo L Folha de Identificação-----	71
Anexo M Questionário sócio-demográfico e clínico-----	72
Anexo N Questionário de qualidade de vida QLQ-C30-----	75
Anexo O Questionário de qualidade de vida QLQ-BR23-----	77
Anexo P Análise estatística- Output.-----	78

## **Lista de Tabelas**

Tabela 1- Instrumentos que avaliam qualidade de vida em cancro da mama-----	12
Tabela 2- Análise Descritiva dos Dados Sociodemográficos-----	17
Tabela 3- Análise Descritiva dos Dados Clínicos-----	20
Tabela 4- Frequências da Qualidade de Vida-----	23
Tabela 5- Relação da Idade e Qualidade de Vida-----	26
Tabela 6-Comparações na Qualidade de Vida entre Mulheres Casadas e Não-Casadas	27
Tabela 7 - Transformação da Variável Tipo de Tratamento-----	29
Tabela 8- Comparações na Qualidade de Vida entre Mulheres com Tratamento Quimioterapêutico e Outro Tratamento-----	29
Tabela 9-Comparações na Qualidade de Vida entre Mulheres Submetidas a Mastectomia e Cirurgia Conservadora da Mama-----	31
Tabela 10- TNM do cancro da mama-----	56

## **Introdução**

O cancro da mama, é o tumor maligno mais comum nas mulheres e já considerado nos nossos dias, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como sendo um problema de saúde pública mundial (Leão et al., 2013; Maluf et al., 2005; Mols et al., 2005; Otto, 2000; Venâncio, 2004). A sua incidência varia com a localização geográfica. Estudos indicam que a incidência é mais baixa na África e na Ásia do que na América e Europa, sendo que a maior incidência, verifica-se na Europa Ocidental e na Europa do Norte, em contraste com os países do leste e do sul da Europa, que evidenciam taxas mais baixas da incidência (Otto, 2000; Patrão & Leal, 2004; Rebelo et al., 2007; Rodrigues, 2010). Para os países da Europa, a cifra aponta para 350.000 novos casos de cancro da mama em 2000, onde 130.000 resultaram em óbito (Northouse et al., 1999; Otto, 2000; Patrão, 2007; Patrão & Leal, 2004). A tendência revela um acentuado aumento da doença nos próximos anos, embora com uma redução da mortalidade, pela implementação de novas técnicas de diagnóstico e terapêutica e pelo diagnóstico precoce, influenciado por programas eficazes sobre a epidemiologia do cancro e do rastreio, com o uso da mamografia (Boyle et al., 2003). Para Portugal, a estimativa é de que uma em cada 10 mulheres irá desenvolver cancro da mama, em algum momento da sua vida e que diariamente 11 em cada 13 mulheres vão ser informadas de que têm a doença, sendo que quatro morrerão do cancro (Patrão, 2007). Anualmente, cerca de 4300 a 4500 novos casos, de cancro da mama são diagnosticados, dos quais cerca de 1500 terminam em óbito (Bastos, Barros, & Lunet, 2007; Macedo, Monteiro, Andrade, Cirrincione, & Ray, 2010). Apesar do índice de mortalidade, os avanços técnicos e científicos com base na prevenção e deteção precoce do cancro da mama, com o uso da mamografia, tem vindo a diminuir significativamente a morbimortalidade, o que, por sua vez, tem vindo a determinar um aumento significativo de sobreviventes de cancro de mama nas últimas décadas. A estimativa revela que Portugal possui cerca de 18.265.00 mulheres sobreviventes, a quem foi diagnosticado cancro da mama nos últimos cinco anos. Este número, funciona como uma lufada de esperança, mas, reforça a necessidade de um maior investimento na avaliação da QDV das mulheres com cancro da mama em todas as etapas da doença, uma vez que se reconhece haver morbilidades nas pacientes, 5 anos após serem tratadas do cancro da mama (Moreira, Silva, & Canavarro, 2008).

O déficit acentuado de informação acerca da realidade oncológica africana, quer por deficiência nos programas estatísticos, quer por escassez nos meios de rastreio, de diagnóstico e de terapêutica, a que obriga a que pacientes africanos com suspeita de doença oncológica, emigrem para a Europa ou para a América em busca de assistência médica oncológica, acabando muitas vezes por falecerem ou não retornarem às suas zonas de origem, por fixarem residência onde haja assistência oncológica adequada (Cá, Agostinho, 2013), parece estar na base da crença da baixa incidência da doença em África. No seu relatório anual sobre a região africana, a Organização Mundial da Saúde (OMS), revelou em 2008 que o cancro constitui um problema grave para a região, onde em 2002, se registaram 582 000 novos casos. Prevê-se ainda, que este número se duplicará até 2020 (OMS, 2008). Por outro lado, Luís Sambo, (2012), revelou no seu relatório em nome da OMS, que, 50% de todos os cancros ocorrem na população mundial que vive em países em vias de desenvolvimento (caso da África) e que possui apenas 5% dos recursos globais necessários para o exercício do serviço oncológico. Essa realidade, aumenta o índice de “fuga” dos pacientes, bem como da morbimortalidade, tornando quase impraticável o exercício fidedigno do programa estatístico africano do cancro. Neste contexto, o cancro está a tornar-se rapidamente num dos principais problemas de saúde pública, causando cerca de 5% a 10% de todas as mortes (Sambo, Luís, 2012). Segundo alguns estudos (Leão et al., 2013; Northouse et al., 1999; Otto, 2000; Patrão, 2007; Patrão & Leal, 2004), a tendência para o aumento do número de casos, está no controlo das doenças infeções, no aumento da esperança média de vida (para África com o fim das guerras), e no avanço das técnicas de diagnóstico e terapêutica na área da medicina oncologia. Em Angola, a realidade oncológica é igualmente pouco conhecida, por um lado, por falta de meios de diagnóstico e terapêuticas acessíveis a toda a população e por outro, por déficit nos programas de rastreio e da base de dados estatísticos. No entanto, segundo um relatório não publicado do Centro Nacional de Oncologia (CNO), dos dez novos casos de cancro diagnosticados diariamente, o cancro de mama lidera as estatísticas e tem sido diagnosticado também em homens (Manaças, 2013). Nos últimos cinco anos houve um total de 987 novos casos de cancro da mama registados naquela unidade sanitária, sendo que, 164, aconteceram em 2008, 212 em 2009, 210 em 2010, 194 em 2011 e 207 foram diagnosticados em 2012. Salienta-se porém que esses dados não correspondem a uma cobertura nacional angolana, mas ao número de casos de indivíduos que acorreram ao CNO em busca de alívio para a sua saúde.

Saúde é, segundo a OMS, um conceito subjetivo, mas que no entanto, revela muito mais que uma simples ausência de doenças ou enfermidade (Farias & Buchalla, 2005; Scliar, 2007; Segre & Ferraz, 1997;). Tem sido nos últimos tempos, relacionada à QDV, chegando mesmo a confundir-se com o próprio conceito de saúde, proclamado pela OMS (Segre & Ferraz, 1997), pois defende, não apenas a ausência de doenças, mas um perfeito bem-estar físico, mental, e social. Além da própria doença, os diversos tratamentos do cancro da mama, podem diminuir a QDV do paciente (Alfano et al., 2007) e provocar no individuo situações desestruturantes. Sendo a QDV um constructo multidimensional, concilia a avaliação subjetiva de bem-estar físico com o bem-estar emocional e o bem-estar social dos individuos por meio da análise de dados obtidos através de questionários psicometricamente validados para cada situação (Stanton, Bernaards, & Ganz, 2005). Dimensões sociodemográficas e médicas, têm sido relacionadas nos estudos que avaliam a QDV, tanto do ponto de vista geral de uma determinada população, como dentro da perspectiva de uma doença específica (QDVRS), tendo em conta a percepção do individuo, sobre o impacto da doença na sua vida e na capacidade de viver uma vida em plenitude (Campolina, Ciconelli, & Ferraz, 2006; Dias & Durá, 2001; Makluf et al., 2005; Pais Ribeiro, 2001).

A avaliação da QDV dos pacientes, com base em instrumentos validados para cada doença, é hoje em nossos dias, um exercício necessário, para a melhoria das práticas clínicas e de uma assistência médica oncológica mais eficaz e adequada a cada contexto (Makluf et al., 2006). Para tal, vários instrumentos, foram desenvolvidos em países da Europa e da América, tendo em conta parâmetros comportamentais específicos da população aí existente (Moreira, Silva, & Canavarro, 2008). As escalas de avaliação de QDV, seguem duas perspectivas distintas: as escalas de perspectivas funcionais genéricas, que são todas aquelas que focam aspetos que são comuns a todas as pessoas, doentes ou sem doença (e.g. WHOQOL-100) e as escalas de perspectivas funcionais específicas (e.g. EORTC-QLQ-BR-23), que são todas aquelas utilizadas na avaliação de doenças específicas, como por exemplo o cancro da mama, em que o objetivo é avaliar a funcionalidade do individuo, tendo em conta as limitações que são impostas pelas características da doença e dos vários tratamentos (Pais Ribeiro, 2001). A grande maioria desses instrumentos utilizam a metodologia quantitativa (Makluf, & Barra, 2006) e não existe, um consenso sobre qual o melhor instrumento.

Perante a diversidade de instrumentos de avaliação da QDV, a OMS desenvolveu em 15 línguas diferentes, medidas de avaliação de QDV, pressupondo-se que as mesmas avaliam os

mesmos aspetos em todas as línguas (Dias & Durá, 2001). Os domínios considerados pela OMS para serem avaliados nessas medidas são os seguintes: 1) Saúde física/saúde geral: dor e desconforto, energia e fadiga, atividade sexual, sono e repouso (incluindo medo da doença e incapacidades); 2) Saúde psicológica: afeto positivo, funções sensoriais, pensamento, aprendizagem, memória e concentração, auto estima, imagem pessoal e aparência, afeto negativo; 3) Nível de independência: mobilidade, atividade da vida diária, dependência de substâncias médicas e não médicas (tais como álcool, tabaco, cafeína, entre outras), capacidade de comunicação e capacidade de trabalho; 4) Relações sociais: intimidade (relações amorosas), suporte social prático, atividades de cuidar e fornecer apoio; 5) Ambiente: segurança física, ambiente do lar, satisfação com o trabalho, recursos económicos, acesso e qualidade da segurança social e cuidados de saúde, oportunidades para adquirir informação e novas técnicas, participação e oportunidade de recreação e lazer, poluição, ruído, ambiente automóvel, transporte; 6) Espiritualidade/Religião/ Crenças pessoais: são aspetos filosóficos que estão para além do substantivo (Pais Ribeiro, 2001). Em 2001, a Organização Europeia para Pesquisa e Tratamento do Cancro, também desenvolveu o Questionário de Qualidade de Vida, EORTC QLQ-C30, a partir do qual, surgiram outros módulos para cancros específicos, como é o exemplo do EORTC QLQ-BR23, para o cancro da mama.

O cancro da mama, provoca alterações físicas, psíquicas, emocionais e sociais, afetando a mulher em várias dimensões: bem-estar, imagem corporal, sexualidade e relação interpessoal (Begovic-Juhant, Chmielewski, Iwuagwu, & Chapman, 2012; Bergamasco & Ângelo, 2001; Conde et al., 2006; Makluf et al., 2006; Moreira et al., 2008; Rebelo, et al., 2007). A experiência de cancro da mama, está descrita como tendo três fases distintas: a) A primeira fase (aguda) começa com o diagnóstico do cancro e termina com os tratamentos; b) A segunda fase (intermédia) começa com o fim dos tratamentos; c) A terceira e última fase (permanente) englobam a duração de vida da mulher após os tratamentos (Pinto & Ribeiro, 2006). Todas essas fases têm, por si só, um profundo impacto na QDV da mulher e são muitas vezes caracterizadas por um aumento da perturbação emocional e uma diminuição da QDV, primeiro pela preocupação com os tratamentos e os efeitos colaterais, na primeira fase e pela espera cautelosa, as consultas regulares, e um estado de vigília permanente e o medo da recorrência, na segunda e na terceira fase (Moreira et al., 2008; Patrão & Moura, 2012). O ideal é que a avaliação da QDV, deva ser feita nas distintas fases da doença e do tratamento, pelas variações das respostas inerentes a cada

fase. Na primeira fase por exemplo, embora alguns estudos considerem como resposta normativa esperada em situação de perdas, algumas mulheres apresentam algum grau de perturbação emocional e reações emocionais negativas, como tristeza, ansiedade, culpa, raiva e sentimento de perda de controlo sobre o futuro (Ganz, 2004; Moreira et al. 2008). Porém as reações ao diagnóstico e aos tratamentos do cancro da mama variam de mulher para mulher e dependem das características da personalidade, do estadio da doença, das variáveis do tratamento, dos fatores ambientais e do contexto sociocultural.

Nos últimos anos, diversos estudos (Bloom, Stewart, Chang, & Banks, 2004; Broeckel, Thors, Jacobsen, Small, & Cox, 2002; Conde, Pinto-Neto, Júnior, & Aldrighi, 2006; Fehlaer, Tribius, Mehnert, & Rades, 2005; Ferrell, Grant, Funk, Otis-Green, & Garcia, 1997 Ganz et al., 2004), avaliaram a QDV e os seus respetivos domínios em mulheres com cancro da mama, aferindo a implicação das características sociodemográficas e clínicas na manifestação da QDV, tendo como objetivo a melhoria da qualidade da assistência médica e medicamentosa. As variáveis mais avaliadas são: a idade, o estado civil, a raça e/ou etnia, o tipo e a fase do diagnóstico e o tipo e a duração dos tratamentos (Mandelblatt et al., 2004; Stegmaier, Hartwig, & Brenner, 2006; Tessier, et al., 2012).

A idade, segundo a literatura, é uma variável que pode determinar maior ou menor morbidade, dependendo da fase do ciclo de vida da mulher, e do tipo de tratamentos. Mulheres mais velhas diagnosticadas com cancro de mama, apresentam melhor QDV do que as mais jovens. (King et al., 2000; Maluf et al., 2005; Rebelo et al., 2007; Patrão & Moura, 2011; Rebelo et al., 2007). O impacto negativo é maior, em mulheres que nunca tiveram filhos ou naquelas que não são mais menstruadas (Ganz, Rowland, Desmond, Meyerowitz, & Wyatt, 1998).

O estado civil, também pode influenciar a QDV das pacientes de forma positiva ou negativa. Alguns estudos (Lewis, Hammond, & Woods, 1993; Shimosuma, Ganz, Petersen, & Hirji, 1999) revelam que, no geral, as mulheres casadas, ou com um relacionamento estável, apresentam maiores níveis de QDV e saúde global do que as mulheres não casadas. Aspectos como o nível de escolaridade e o estatuto socioeconómico estável ou elevado, podem moderar a influência do estado civil sobre a QDV (King et al., 2000; Remondes-Costa Jimenez, & Ribeiro, 2011).

A raça e a etnia, também têm sido, nos últimos anos, associadas nos estudos de avaliação da QDV e cancro da mama. Alguns estudos (Elledge, Clark, Chamness, & Osborne, 1994; Newman,

Griffith, Jatoi, Simon, Crowe, & Colditz, 2006; Otto, 2000) que correlacionaram cancro da mama, QDV e a raça e/ou etnia, revelaram que, apesar do cancro da mama ser menos frequente em mulheres negras do que em outras raças e/ou etnias, a mortalidade é superior nas mulheres negras, independentemente da sua etnia (Joslyn & West, 2000; Newman et al., 2002; O'Malley, Le, Glaser, Shema, & West, 2003). A literatura revela ainda que, esta observação desproporcional está associada ao nível socioeconómico baixo, a baixa escolaridade e a deficiência no acesso aos meios de diagnóstico e terapêutica (Newman et al., 2006). Porém, resultados contrários apresentou Theriault, (1997), no seu estudo realizado com mulheres negras, hispânicas e brancas, que, embora tendo reafirmado maior mortalidade para as mulheres afroamericanas, concluiu que, as diferenças ráticas e/ou étnicas, não explicam a sobrevivência das outras raças/etnias, nem os fatores institucionais, como o acesso ao tratamento e/ou estatuto socioeconómico, pelo que, maior investigação dever-se-á realizar a respeito do cancro da mama e a sua relação rática e/ou étnica.

No que diz respeito ao tipo de tratamento, a literatura revela que, as mulheres submetidas a mastectomia, apresentam menor QDV geral e menor saúde global, quando comparadas com as mulheres que realizaram cirurgia conservadora da mama (Alegrance, Souza, & Mazzei, 2010; Ramos & Patrão, 2005; Remondes-Costa, Jimenez, & Pais-Ribeiro, 2012). Entretanto, as mulheres submetidas a cirurgia conservadora da mama, apresentam maiores receios com o futuro da sua saúde por medo da recorrência da doença ou da metastização (King et al., 2000; Maluf et al., 2005; Montazeri, 2004; Rebelo, 2005). Por outro lado, as mulheres submetidas a mastectomia, e a quem foi feito o esvaziamento axilar, relatam pior funcionamento físico, apresentando linfedema do braço, dor, fadiga e pior adaptação ao trabalho (Alegrance, Souza, & Mazzei, 2010; Beaulac, McNair, Scott, LaMorte, & Kavanah, 2002; Carter, 1997). As mulheres sexualmente ativas, apresentam maiores problemas sexuais, associados a uma pior perceção de imagem corporal (Schover, 1994). De forma geral, as cirurgias, apresentam repercussões nos relacionamentos interpessoais, sociais e, em particular, nas relações íntimas e sexuais (Fobair et al., 2006; Montazeri, 2004; Ramos & Patrão, 2005; Rebelo et al., 2007). Ainda no que concerne a sexualidade, estudos (Ganz, Rowland, Desmond, Meyerowitz, & Wyatt, 1998; Karabulut & Erci, 2009; Meyerowitz, Desmond, Rowland, Wyatt, & Ganz, 1999; Rowland et al., 2009;), que avaliaram cancro da mama/tratamentos e a sexualidade, revelaram que a disfunção sexual ocorre mais frequentemente em mulheres que foram submetidas a mastectomia e/ou aquelas que receberam algum tipo de tratamento sistémico.

Em relação ao tratamento sistêmico, a literatura evidencia maior impacto negativo com a quimioterapia, quando comparada as outras terapias, tendo em conta a repercussão física, psicológica e social, embora essa intensidade pareça variar com o tipo de citostáticos usados e a durabilidade do tratamento (Ahles et al., 2002; Ganz et al., 2002; Tchen et al., 2003; Rebelo et al., 2007). A alopecia (queda de cabelo), as náuseas, os vômitos, a secura vaginal, os distúrbios do sono, as dores articulares e musculares intensas e angustiantes estão entre as maiores comorbidades relacionadas aos tratamentos sistêmicos e costumam aparecer como sendo causadora de maior impacto negativo na QDV das mulheres. A fadiga é outro sintoma comum identificado pelas mulheres em tratamento quimioterapêutico e está muitas vezes associada aos tratamentos de quimioterapia mais intensiva (Ganz & Bower, 2007; Bower et al., 2000). É revelada como um dos sintomas mais preocupantes em sobreviventes de cancro da mama e pode persistir muito tempo após os tratamentos (Bower et al., 2006; Cappiello, Cunningham, Knobf, & Erdos, 2007). Porém, apesar dos vários efeitos adversos atribuídos à quimioterapia, durante a última década, as taxas de sobrevivência de portadores de cancro da mama têm aumentado como resultado da detecção precoce e aumento do uso da quimioterapia adjuvante, pelo que se aconselha a uma maior investigação clínica para o tratamento de sintomas adversos comuns associados a quimioterapia, visando uma melhoria QDV dos pacientes oncológicos (Conde et al., 2006; Ganz et al., 2004; Gourgel, 2009; Moreira, Siva & Canavarro, 2008; Mols et al., 2005; Patrão & Moura, 2012; Ramos & Patrão, 2005; Rebelo et al., 2007; Shimosuma, Ganz, Petersen & Hirji, 1999).

Estudos sugerem que, em termos de impacto da doença e dos inúmeros tratamentos, a avaliação credível, sobre a QDV dos pacientes, seria aquela que abrangeria os sobreviventes, pois, alguns sintomas físicos e alterações psicológicas como a depressão e o défice cognitivos, podem persistir por um período que pode ir até cinco anos após o término dos tratamentos. A fadiga, que também é mencionada nos tratamentos quimioterapêuticos, é um dos efeitos colaterais mais mencionados nos estudos sobre os diversos tratamentos, afetando aproximadamente 70% das pacientes submetidas a radioterapia e/ou a quimioterapia (Bakewell & Volker, 2005; Bower et al., 2000; Cappiello, Cunningham, Knobf, & Erdos, 2007; Courneya et al., 2003).

A fadiga e todas as outras morbidades inerentes a doença “cancro da mama” e aos diversos tratamentos, são preditores significativos de avaliação e identificação das práticas clínicas em oncologia, pelo que, estudos sobre os fatores relacionados à QDV e a compreensão da forma

como esses fatores contribuem para a percepção do bem-estar do indivíduo oncológico, justificam a relevância de estudos de avaliação da QDV em mulheres com cancro da mama, tendo como base, as diferenças geográficas, socioculturais e ráticas, tendo em conta que o próprio conceito de QDV apela a um olhar sobre o contexto sociocultural em que o indivíduo está inserido (Conde et al., 2006; Makluf et al., 2006).

Toda esta análise conjunta demonstrou, que raça e/ou etnia, embora sendo um preditor significativo, é independente do reação positiva ou negativa, que as mulheres negras possam apresentar diante do diagnóstico do cancro e ao longo das diversas etapas do tratamento. Porém, os estudos também indicam que, o contexto em que o indivíduo está inserido, poderá ser fator determinado para uma maior ou pior sobrevida, embora esteja mal explicado as causas dessa discrepância. O exercício da oncologia em Angola é relativamente recente e os meios de diagnóstico e terapêuticos são escassos. Para além disso, assiste-se a um número considerável de mulheres com cancro da mama em várias etapas da doença e/ou terapêutica, sem que no entanto se saiba nada sobre o impacto dos mesmos na sua QDV. Este conhecimento, motivou a realização do presente estudo exploratório em mulheres angolanas com cancro da mama, no sentido de se conhecer quais as variáveis sociodemográficas existentes com maior relevância e quais os tipos de tratamentos com maior impacto sobre as dimensões da QDV. Esperamos, que os resultados encontrados, possam ajudar a melhorar as estratégias para a implementação definitiva e abrangente de programas de rastreio, diagnóstico e tratamento de todas as formas de cancro existentes em Angola, com particular atenção para o cancro da mama. Para além da promoção do conhecimento dos parâmetros de QDV das mulheres angolanas com cancro de mama, pretende-se também com o presente estudo, adaptar e validar os instrumentos usados nesta pesquisa, no sentido de posteriormente, disponibilizar aos profissionais de saúde angolanos, informações fiáveis sobre QDV em pacientes com cancro da mama de tal forma, que permita melhorar a avaliação da informação recebida pela paciente nas diferentes fases do ciclo psicooncológico do cancro da mama, de forma a melhorar os serviços oncológicos e a desenvolver políticas mais adequadas a cada necessidade como já o fizeram outros estudos em outros países (Alegrance, Souza & Mazzei, 2010; Anastasiadis et al., 2003; Fehlaue et al., 2005).

## **Método**

Em seguimento, da revisão de literatura efetuada, sobre a QDV em mulheres com cancro da mama, delimitaram-se os objetivos desta investigação, bem como a sua amostra. Assim sendo, como já foi mencionado anteriormente e se caracterizará mais adiante, a amostra é constituída por 55 mulheres angolanas com cancro da mama e em tratamento no CNO.

O objetivo específico desse estudo é a avaliação da QDV de 55 mulheres angolanas com cancro de mama, tendo como base os seguintes objetivos gerais:

- a) Caracterizar a amostra, relativamente às variáveis sociodemográficas e clínicas;
- b) Avaliar a relação entre a QDV e as variáveis sociodemográficas e clínicas: idade, estado civil e tipos de tratamentos.
- c) Adaptar e validar os questionários EORTC-QLQ-C30 e o EORTC-QLQ-BR-23 para a população angolana.

Com base na revisão bibliográfica e com os objetivos expostos, apresentamos abaixo as seguintes hipóteses orientadoras deste estudo:

- 1- As mulheres angolanas mais velhas, com o diagnóstico de cancro da mama e em tratamento, têm melhor QDV quando comparadas às mulheres mais jovens em igual condição, tendo em conta que alguns estudos (Bakewell & Volker, 2005; Makluf et al., 2006; Rebelo et al., 2007) revelam que as mulheres mais velhas sentem menos os efeitos da doença e dos respetivos tratamentos, apresentando uma melhor QDV, traduzida pela avaliação positiva do funcionamento físico do funcionamento sexual e prazer sexual.
- 2- Existem diferenças na QDV das mulheres angolanas com diagnóstico de cancro da mama e em tratamento, em função do seu estado civil (casadas e não casadas), sendo que mulheres casadas apresentam maior QDV. Esta questão, está fundamentada teoricamente no estudo (Silva, Albuquerque, & Leite, 2010) que revela que as mulheres solteiras, apresentam uma perceção mais negativa da imagem corporal e da função sexual, do que as mulheres casadas. Em contrapartida, as mulheres casadas referem menor prazer sexual e maior preocupação com a queda de cabelo.
- 3- As mulheres angolanas com diagnóstico de cancro da mama e submetidas a tratamento sistémico, como a quimioterapia têm menor QDV, quando comparadas as mulheres que não passaram pela mesma terapia. Esta questão é fundamentada na literatura (Maluf et al.,

2005, Rebelo et al., 2007), que revela que as mulheres submetidas à quimioterapia apresentam pior indicador de QDV global, saúde geral e função física e social.

- 4- As mulheres submetidas a cirurgia conservadora da mama, apresentam valores mais elevados de QDV, quando comparadas com as mulheres submetidas a mastectomia. Questão fundamentada na literatura (Ganz et al., 2004; Silva et al., 2010) que revela que mulheres submetidas a mastectomia, apresentam uma pior QDV, traduzida por uma maior morbidade física (e.g. linfedema do membro) incluindo rigidez muscular, sensibilidade do peito, dores e sofrimentos e ainda disfunção sexual.

### **Procedimentos**

Numa primeira fase, procedeu-se a recolha bibliográfica, através de pesquisas efetuadas em várias bibliotecas disponíveis nas universidades de Lisboa e em bases de dados online (psicINFO e Medline), através dos seguintes descritores: *breast cancer*, *treatment* e *quality of life*. Para a constituição da amostra, contactou-se a Direção Geral do Centro Nacional de Oncologia (CNO), em Luanda/Angola, por ser a única unidade pública angolana, vocacionada para o rastreio, diagnóstico e tratamento do cancro naquele país de África. A recolha de dados, foi conseguida com a aplicação de três questionários e na consulta dos processos individuais de cada paciente questionada, teve início em Dezembro de 2012 e terminou em Janeiro de 2013. As mulheres foram contactadas num espaço adequado para o efeito, durante as consultas de rotina ou durante os exames médicos de controlo. É de referir, que os questionários foram preenchidos pela investigadora, uma vez que algumas mulheres não sabiam ler e outras achavam-se muito intimidadas e ou fatigadas para o fazer, pelo que de forma a unificar o procedimento da aplicação, resolveu-se pelo preenchimento por parte da investigadora com exceção de duas pacientes que auto preencheram os seus próprios questionários, na presença da investigadora.

Na abordagem às mulheres envolvidas nesta investigação, foram sempre respeitados os princípios e questões éticas, pelo que, foi-lhes apresentada a pertinência do estudo e solicitado no início de cada entrevista, que assinassem o consentimento informado, depois de explicados os objetivos da investigação e de garantido o anonimato das respostas. Foi-lhes também explicado, que as respostas de cada questionário, seriam apenas utilizadas para fins estatísticos e não como resultados individuais, garantindo assim a confidencialidade dos dados. O conjunto de

questionários usados para a avaliação da QDV em mulheres angolanas com cancro da mama, está constituído por:

- 1) Carta de consentimento informado (Anexo K);
- 2) Folha de rosto (Anexo L)
- 3) Questionário sociodemográfico e clínico (Anexo M).
- 4) Questionário genérico de avaliação de QDV em pacientes com cancro (EORTC-QLQ-30) (Anexo N).
- 5) Questionário específico para a avaliação da QDV em mulheres com cancro da mama (QLQ-BR-23) (Anexo O).

O tempo de resposta dos questionários variou entre os 20 e os 30 minutos.

### **Participantes**

Participaram neste estudo, 55 mulheres angolanas entre os 25 e 89 anos de idade, com diagnóstico de cancro da mama, escolhidas mediante o método de amostragem intencional. As mulheres, estavam por altura do questionário a serem seguidas no CNO, nas seguintes terapias: 11 estavam em quimioterapia neoadjuvante, 19 estavam em quimioterapia adjuvante, 15 estavam em radioterapia externa e 10 estavam em fase de terapia hormonal. De salientar que, por altura da investigação, as mulheres em avaliação, já tinham sido submetidas a algum tipo de tratamento, sendo que, das 55 mulheres, 72,7% tinham realizado quimioterapia neoadjuvante, 60,0% tinham realizado quimioterapia adjuvante e 76,4% tinham realizado algum tipo de cirurgia. A recolha de dados foi feita num único momento, dentro da instituição hospitalar e segundo os seguintes critérios: (1) Ser do sexo feminino; (2) Ser angolana ou a residir em Angola, por um período de no mínimo, 1 ano, anterior à data do diagnóstico; (3) Ter um diagnóstico de cancro da mama realizado em Angola; (4) Ter realizado pelo menos dois dos seus tratamentos (cirurgia/quimioterapia), em Angola. Não foram aceites para o presente estudo, todas as mulheres que não preencheram os critérios de inclusão.

## Material

Para a seleção do material a ser usado neste estudo, fez-se uma pesquisa de modo a perceber como se avalia a QDV em pacientes oncológicos. A incursão foi feita aos vários instrumentos adequados a avaliação da QDV em pacientes com cancro de forma geral, e para a avaliação específica de mulheres com cancro da mama. Observou-se que, de fato, alguns instrumentos de avaliação, são gerais a várias doenças crónicas e outros específicos a determinados tipos de cancros. Embora não haja consenso sobre qual o melhor instrumento, observou-se que a maioria dos instrumentos de avaliação segue um perfil quantitativo e foram maioritariamente desenvolvidos em países de expressão inglesa (Arndt, Stegmaier, Ziegler & Brenner, 2006; Marluf & Barra, 2005). Apresenta-se abaixo na Tabela 1, uma relação dos instrumentos mais usados na avaliação da QDV em pacientes com cancro e os seus respetivos autores.

Tabela 1

*Instrumentos que avaliam qualidade de vida em cancro da mama*

Instrumento	Autor	Data de publicação	Tipo de instrumento	Objetivo
QLQ-C30 MHI	Cohen et. al.	2001	Auto Preenchimento	Avaliar o impacto psicológico dos tratamentos
EORTC-QLQ-C30+BR23 FACT	Kenny et al.; Janni et al	2000; 2001	Auto Preenchimento	Avaliar o impacto de 2 variáveis cirúrgicas sobre a QDV e de 3 diferentes terapias
MUIS POMPS FACT	Nissen et al.	2001	Auto Preenchimento	Avaliar a QDV após cirurgia
SLDS-BC, FACT-B	Spagnola et al.	2003	Através de entrevista	Avaliar QDV em pacientes com cancro da mama
FACT, FACT-B	Sandgren et al.	2004	Através de entrevista	Avaliar a QDV do paciente e de um familiar próximo

Para avaliar a QDV, nestes estudos seleccionou-se o questionário EORTC-QLQ-C30 e o seu módulo EORTC-QLQ-BR-23, para o cancro da mama da Organização Europeia para a Pesquisa da Qualidade de Vida (EORTC). Foram contactados por correio eletrónico os autores para a solicitação da necessária autorização de utilização. Obteve-se a respetiva autorização (Anexo 78), assim como um manual com as respetivas normas de aplicação, cotação e validação. A seleção destes instrumentos foi efetuada com base nos seguintes critérios:

- 1) Por estar validado para a população portuguesa, a qual mantém um idioma (português) partilhado com a população angolana.
- 2) Porque a maioria dos instrumentos analisados, foram desenvolvidos em países de expressão inglesa e poucos estão traduzidos, adaptados e validados a língua portuguesa, com resultados tão comprovados e aceites como medindo os mesmos constructos em outras línguas e culturas, como o EORTC QLQ-C30 e o seu módulo para o cancro da mama (EORTC QLQ-BR23) (Alegrance, Souza, & Mazzei, 2010); Arndt, Stegmaier, Ziegler, & Brenner, 2006; Fehlaue, Tribius, Mehnert, & Rades, 2005)
- 3) Por não se ter conhecimento da existência da sua adaptação e validação à população angolana nem de algum estudo idêntico realizado em Angola.
- 4) Por fim e mais importante, é o fato das questões linguísticas do questionário com validação para a população portuguesa, estarem acessíveis à compreensão angolana. Outro critério particularmente relevante é o fato da literatura confirmar que EORTC QLQ-C30 e o seu suplemento para o cancro da mama (EORTC-QLQ-BR23), possuem boas propriedades métricas, e que medem, os mesmos constructos, do mesmo modo, que as versões noutras línguas e culturas e que são apropriados para serem aplicados em pessoas com cancro (Alegrance, Souza, & Mazzei, 2010; Anastasiadis et al., 2003; Arndt, Stegmaier, Ziegler, & Brenner, 2006; Fehlaue, Tribius, Mehnert, & Rades, 2005; Kontodimopoulos, Ntinoulis, & Niakas, 2011; Pais Ribeiro, 2008; Sprangers, et al., 1996).

O Questionário EORTC-QLQ-C30, desenvolvido pelo Cancer Study Group on Quality of Life da European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC, 2001), é considerado um questionário de avaliação da QDV em pacientes com cancro, e está constituído por 30 itens, divididos por três escalas: uma escala para avaliação do estado global de saúde e QDV (QL2), cinco subescalas funcionais e nove subescalas sintomáticas associadas ao cancro e

ao tratamento, e seis subescalas que avaliam os sintomas relatados pelos pacientes com cancro. As subescalas funcionais (QL2) são: funcionamento físico (PF2), limitações funcionais (RF2), funcionamento emocional (EF), funcionamento cognitivo (CF) e funcionamento social (SF); As escalas sintomáticas estão compostas pelas subescalas 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 formato de resposta é do tipo Likert de quatro pontos (do «não» ao «muito») para as escalas funcionais, e para a escala global de saúde as respostas são de sete possibilidades de respostas (do «péssima» a «ótima»). Os valores elevados nas escalas funcionais e na escala global de saúde, indicam um melhor nível de funcionamento e uma melhor QDV, ao contrário, os valores elevados nas escalas sintomáticas indicam uma maior sintomatologia e uma menor QDV. Os valores do questionário, são transformados de 0 a 100, conforme a indicação no manual de cotação do EORTC (2001).

O EORTC-QLQ-BR23 (EORTC, 2001), é um questionário suplementar do EORTC-QLQ-C30, para o cancro da mama. O módulo, que é específico para pacientes com cancro da mama, durante o processo de doença e tratamentos, está constituído de 23 itens, que avaliam sintomas e efeitos colaterais relacionados a diferentes modalidades de tratamento, sobre a imagem corporal, a sexualidade e a perspetiva de futuro. Está dividido por duas escalas: A primeira está constituída por quatro subescalas funcionais que avalia o funcionamento físico do paciente durante e após o diagnóstico e tratamento do cancro e a segunda está igualmente constituída por quatro subescalas de sintomas, onde se avaliam sintomas da doença, e efeitos secundários do tratamento relatados pelos pacientes. As subescalas funcionais são: imagem corporal (BRBI), funcionamento sexual (BRSEF), prazer sexual (BRSEE) e perspetivas futuras (BRFU); As subescalas sintomáticas são: efeitos da quimioterapia (BRST), sintomas na mama (BRBS), sintomas no braço (BRAS) e preocupação com a queda do cabelo (BRHL). A semelhança do questionário anterior (EORTC-QLQ-C30), o formato de resposta é do tipo Likert de quatro pontos (do «não» ao «muito»). Os valores elevados nas escalas de funcionamento, indicam um melhor nível de funcionamento e uma melhor QDV, ao contrário, os valores elevados nas escalas sintomáticas indicam uma maior sintomatologia e por isso uma menor QDV. Idêntico ao EORTC-QLQ-C30, os valores do EORTC-QLQ-BR23, são transformados de 0 a 100, conforme a indicação no manual de cotação (EORTC, 2001).

Os questionários sociodemográfico e o clínico, foram concebidos e selecionados, com base no que se fez em outros estudos do género (Alegrance et al., 2010; Anastasiadis et al., 2003; Arndt et al., 2008; Fehlaue et al., 2005), e estão constituídos das seguintes variáveis:

1) A parte sociodemográfica (Anexo 81), está construída para avaliar a idade, a nacionalidade, a naturalidade, a etnia, a raça, a habilitação literária, a profissão, a situação profissional, o rendimento mensal, o estado civil e o número de filhos. Algumas destas variáveis foram ordenadas segundo distintas dimensões, tendo-se optado por deixar em aberto as variáveis, idade, nacionalidade, naturalidade, etnia, raça e número de filhos.

2) A parte clínica do questionário (Anexo 82), intrínseca à patologia do cancro da mama, está constituída, pelas variáveis: “Como foi detetado o cancro”, a “Data do diagnóstico”, o “Tipo de Tratamento”, o “Tipo de Cirurgia” a Modalidade quimioterapêutico (e.g. neo/adjuvante),” a “Psicopatologia Prévia, os “Antecedentes Familiares e Pessoais de Cancro da Mama” a “Patologia Psiquiátrica” o “Acompanhamento Psicológico” e “Acontecimentos de Vida Negativos/Positivos”.

Para avaliar os acontecimentos de vida negativa com forte impacto na vida da mulher, foi apresentada uma questão com duas possibilidades de resposta “Sim ou Não “, seguido de uma tipificação “Por favor, refira qual ou quais o (s) acontecimento (s) com forte impacto na sua vida” com quatro possibilidades “Muito negativo”, “Negativo”, “Positivo” e “Muito positiva”. Esta variável foi relacionada com separação e perda, mudanças de vida, doença do próprio e de outros, os quais são apontados frequentemente na literatura como tendo grande impacto positivo/negativo na vida dos indivíduos (Patrão, 2007).

Acrescenta-se ainda que, a avaliação do “Estadio do cancro da Mama”, realizou-se baseado na Classificação TNM – Estadio I, II , III e IV (Bower & Waxman, 2006. p. 80, Otto, 2000).

## **Resultados**

Os dados foram tratados pelo Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 18. Foi criada uma base de dados onde foram introduzidos todos os inquiridos da amostra. Todas as análises estatísticas derivam apenas do tratamento informático dos dados.

As características sociodemográficas, o tipo de cancro e a fase da doença e o tipo e a fase de tratamento, a que foram submetidas as mulheres que participaram deste estudo, estão descritas nas tabelas 2 a 7.

Foi criada a variável - idade intervalar - elaborada a partir dos quartis encontrados na análise estatística desta amostra.

### **Análise Descritiva da Amostra**

A tabela 2 apresenta todos os resultados dos dados sociodemográficos. A amostra é constituída por 55 mulheres com idades compreendidas entre os 25 e os 89 anos ( $M = 50,69$ ;  $DP = 11,883$ ), sendo que a maior percentagem se situa entre os 25 e os 52 anos. Trata-se de mulheres que estão numa relação com duração entre 1 e 5 anos ( $M = 2$ ;  $DP = 1,244$ ). Relativamente ao estado civil, trata-se duma amostra constituída essencialmente por viúvas (29,1), onde cerca de 99% das mulheres são mães, apresentando um número reduzido de filhos (cerca de 17% referiu apenas 1 filho) ou um número maior de descendentes (cerca de 17% referiu ter 7 filhos). Trata-se de mulheres de nacionalidade essencialmente angolana (98,2%); naturais de Malange (18,2%); maioritariamente da etnia Umbundo (40,0%), e essencialmente de raça negra (94,5%). Ao nível das habilitações literárias, a grande percentagem (29,1%) tem habilitações até ao 4º ano de escolaridade. Ao nível da profissão exercida, a maior frequência registou-se em outras profissões (29,1%) ou em profissões ligadas ao comércio e/ou vendas (Comerciante/Quitandeira/Vendedora) (18,2%). Embora as mulheres inqueridas exerçam uma profissão, metade da amostra (58,2%) está atualmente de baixa médica devido ao diagnóstico de cancro da mama. O rendimento de um terço da amostra (30,9%) situa-se entre os Kz 32.001.00 (323.90 USD) e os Kz 64.000.00 (647.78 USD).

Tabela 2

*Caracterização da Amostra – Análise Descritiva dos Dados Sociodemográficos*

Variáveis	Média ( <i>M</i> )	Desvio-Padrão ( <i>SD</i> )	Mínimo	Máximo
<b>Idade</b>	50,69	11,883	25	89
<b>Duração da relação</b>	2,00	1,244	1	5
			<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Idade_Intervalar</b>				
25-42 anos			14	25,5
43-52 anos			17	30,9
53-59 anos			12	21,8
60-89 anos			12	21,8
<b>Estado civil</b>				
Solteira			10	18,2
Casada			13	23,6
União de fato			11	20,0
Divorciada			4	7,3
Separada			1	1,8
Viúva			16	29,1
<b>Tem filhos</b>				
Não			1	1,8
Sim			54	98,2
<b>Número de filhos</b>				
0			1	1,8
1			9	16,4
2			6	10,9
3			4	7,3
4			8	14,5
5			6	10,9
6			3	5,5
7			9	16,4
8			6	10,9
9			0	0,0
10 ou mais			3	5,5
<b>Nacionalidade</b>				
Angolana			54	98,2
Congolesa			1	1,8
Outros			0	0,0
<b>Naturalidade</b>				
Bengo			3	5,5
Benguela			5	9,1
Cabinda			3	5,5
Huambo			5	9,1
Huila			3	5,5

Luanda	7	12,7
Malange	10	18,2
Uíge	5	9,1
Kuanza Norte	6	10,9
Kuanza Sul	4	7,3
K. Kubango	1	1,8
Zaire	3	5,5
<b>Etnia</b>		
Bakongo	7	12,7
Cuanhama	0	0,0
Fiote	3	5,5
Tchocwes	11	20,0
Umbundo	22	40,0
Kimbundo	12	21,8
<b>Raça</b>		
Negra	52	94,5
Branca	0	0,0
Mista	3	5,5
Outros	0	0,0
<b>Habilitações literárias</b>		
Sem escolaridade	10	18,2
4ª classe	16	29,1
6º ano	9	16,4
9º ano	5	9,1
12º ano	9	16,4
Bacharelato	1	1,8
Licenciatura	1	1,8
Mestrado	0	0,0
Doutoramento	0	0,0
Outros	4	7,3
<b>Profissão</b>		
Doméstica	9	16,4
Campones/Agricultora	5	9,1
Professora	8	14,5
Kitandeira/ vendedora	10	18,2
Outros	16	29,1
Comerciante	7	12,7
<b>Situação profissional</b>		
Activa	11	20,0
Desempregada	8	14,5
Doméstica	2	3,6
Reformada	1	1,8
Baixa médica	32	58,2
Outros	1	1,8
<b>Rendimento mensal</b>		
Inferior a 16.000 Kz.	14	25,5
Entre 16.001 e 32.000 Kz	9	16,4
Entre 32.001 e 64.000 Kz	17	30,9
Entre 64.001 e 128.000 Kz	12	21,8
Entre 128.001 e 256.000 Kz	3	5,5
Superior a 256.001 Kz	0	0,0

Na tabela 3 são apresentados os resultados dos dados clínicos. Nesta amostra, perto de metade (81,8%) das mulheres tem diagnóstico de Carcinoma Ductal Invasor (CDI), encontram-se em estadio III (70,9%) e cerca de metade da amostra (56,4%) detetou o cancro através do auto-exame da mama.

A quase totalidade da amostra (89,2%) já tinha dado início ao tratamento aquando do inquérito. Cerca de metade da amostra (47,3%) realizou cirurgia e quimioterapia de forma concomitante. No que respeita ao tratamento sistémico, 72,7% realizou quimioterapia neoadjuvante. Mais de três terços da amostra referiu ter realizado cirurgia, sendo que a maior parte das mulheres fez mastectomia (73,8%). Relativamente às terapias alternativas, perto de 85,5% referiu não ter realizado algum tipo de terapia alternativa. Das oito mulheres que seguem algum tipo de terapia alternativa, metade (50,0%) referiu “outros” tipos não referidos na questão. Cerca de 95% das mulheres da amostra revelou não ter concluído ainda o último tratamento aquando do inquérito.

Para cerca de 95% das mulheres este é o seu primeiro diagnóstico de cancro da mama, a mesma percentagem referiu não ter, nem ter tido doença benigna da mama. Apenas 13 mulheres referiram ter uma doença física, sendo que as doenças mais referidas são o Carcinoma contra lateral (Ca) (15,4%) e “outras doenças” (23,1%) não mencionadas na questão. Apenas nove mulheres, representando 18,4% da amostra, referiram ter tido um familiar com cancro, salientando-se uma maior percentagem de familiares femininos mais chegados (mãe, irmã ou tia). Perto de 97% referiram não ter nem ter tido qualquer doença psiquiátrica e apenas sete mulheres referiram ter ou ter tido acompanhamento psicológico, sendo que metade (50,0%) teve acompanhamento antes e a outra metade (50,0%) teve acompanhamento depois do diagnóstico do cancro da mama.

Todas as mulheres referiram ter tido um acontecimento de vida negativo, tendo sido os mais referidos o “diagnóstico de cancro da mama” (54,5%), seguido de “a morte de um familiar” (20,0%).

Tabela 3

*Caracterização da Amostra – Análise Descritiva dos Dados Clínicos*

Variáveis	N	%
<b>Qual o seu Diagnóstico</b>	6	10,9
CDIS	45	81,8
CDI	0	0,0
CLIS	0	0,0
CLI	3	5,5
CD-bilateral	0	0,0
CL-bilateral	1	1,8
Outros		
<b>Estadio do cancro</b>		
0	0	0,0
I	2	3,6
II	9	16,4
III	39	70,9
IV	5	9,1
<b>Como foi detectado o sue cancro</b>		
Auto-exame da mama	31	56,4
Exame médico de restreio	9	16,4
Consulta clínica	15	27,3
Durante higiene pessoal	0	0,0
Outros	0	0,0
<b>Já iniciou o tratamento?</b>		
Não	1	1,8
Sim	54	98,2
<b>Que tratamentos realizou</b>		
Mastectomia	6	10,9
Cirurgia conservadora	6	10,9
Quimioterapia	8	14,5
Radioterapia	5	9,1
Terapêuta hormonal	0	0,0
Cirurgia/Quimioterapia	26	47,3
Cirurgia/Radioterapia	2	3,6
Quimioterapia/Radioterapia	2	3,6
<b>Fez quimioterapia Neoadjuvante</b>		
Não	15	27,3
Sim	40	72,7
<b>Fez quimioterapia Adjuvante</b>		
Não	22	40,0
Sim	33	60,0
<b>Fez cirurgia</b>		
Não	13	23,6
Sim	42	76,4
<b>Que tipo de cirurgia realizou</b>		
Mastectomia	31	73,8
Cirurgia conservadora	11	26,2
<b>Qual a fase de tratamento atual</b>		
Cirurgia	0	0,0
Quimioterapia neo adjuvante	11	20,0
Quimioterapia adjuvante	19	34,5
Radioterapia	15	27,3

Terapia hormonal	10	18,2
Pausa na medicação	0	0,0
<b>Terminou o último tratamento?</b>		
Não	52	94,5
Sim	3	5,5
<b>Fez terapia alternativa?</b>		
Não	52	94,5
Sim	3	5,5
<b>Faz terapia alternativa?</b>		
Não	47	85,5
Sim	8	14,5
<b>Qual é o tipo de terapia?</b>		
Produtos naturais	2	25,0
Espirituais	1	12,5
Religiosos	1	12,5
Outros	4	50,0
<b>Este é o seu primeiro diagnóstico de cancro?</b>		
Não	3	5,5
Sim	52	94,5
<b>Tem ou teve doença benigna da mama?</b>		
Não	52	94,5
Sim	3	5,5
<b>Teve ou tem outra doença física?</b>		
Não	42	76,4
Sim	13	23,6
<b>Se teve ou tem outra doença física? Cite qual, por favor.</b>		
Asma brônquica	1	7,7
Metástases pulmonares	1	7,7
Mioma uterino	1	7,7
HIV	1	7,7
Ca contra lateral	2	15,4
Diabetes	1	7,7
Hipertensão arterial	1	7,7
Tuberculose pulmonar	1	7,7
Outro tipo de cancro	1	7,7
"Outras"	3	23,1
<b>Tem ou teve algum familiar com cancro?</b>		
Não	40	81,6
Sim	9	18,4
<b>Se teve ou tem algum familiar com cancro, site por favor o grau de parentesco</b>		
Mãe	3	33,3
Irmã	2	22,2
Tia	2	22,2
Avó	1	11,1
Filha	0	0,0
Outros	1	11,1
<b>Se teve ou tem alguma doença psiquiátrica, por favor cite qual.</b>		
Não	53	96,4
Sim	2	3,6

<b>Teve ou tem acompanhamento psicológico?</b>		
Não	48	87,3
Sim	7	12,7
<b>Se teve ou tem acompanhamento psicológico indique por favor quando</b>		
Antes do diagnóstico	3	50,0
Depois do diagnóstico	3	50,0
<b>Teve algum acontecimento de vida negativo?</b>		
Não	0	0,0
Sim	55	100,0
<b>Cite, por favor, qual é o acontecimento de vida negativo</b>		
Morte de um familiar	11	20,0
"Morte do marido	0	0,0
Morte de filho(s)	4	7,3
Diagnóstico de cancro	30	54,5
Outra doença física	6	10,9
Outros	4	7,3

A tabela 3 apresenta os resultados da avaliação da QDV, medida por duas escalas distintas. O QLQ-C30 apresentou valores totais entre 37 e 82 ( $M = 53,72$ ;  $DP = 10,84$ ). Nas subescalas funcionais, o valor médio mais baixo ocorreu na escala Funcionamento Social e o mais alto na escala Estado Global de Saúde e Qualidade de Vida. Nas subescalas sintomáticas, o valor médio mais baixo verificou-se na escala Diarreia e o mais alto na escala Fadiga.

Para a escala QLQ-BR23, os valores totais oscilaram entre 23 e 54 ( $M = 40,80$ ;  $DP = 7,79$ ). Quanto às suas subescalas funcionais, os valores médios mais baixos verificaram-se na escala Prazer Sexual e os valores médios mais elevados verificaram-se na escala Imagem Corporal. Nas suas subescalas sintomáticas, os valores mais baixos verificaram-se na escala Preocupação com a Queda do Cabelo e os valores mais altos na escala Efeitos da Quimioterapia.

Tabela 4

*Caraterização da amostra-Frequências da Qualidade de Vida*

	M	DP	Min.	Max.
<b>QLQ_total</b>	53,72	10,84	37,00	82,00
<b>Funcionais</b>				
QL2	8,07	2,90	2,00	14,00
PF2	7,61	2,64	5,00	14,00
RF2	3,09	1,32	2,00	7,00
EF	7,22	2,48	4,00	14,00
CF	2,98	1,28	2,00	7,00
SF	2,55	1,09	2,00	6,00
<b>Sintomáticas</b>				
FA	5,33	2,52	3,00	12,00
NV	2,91	1,31	2,00	8,00
PA	3,71	1,44	2,00	7,00
DY	1,40	,74	1,00	4,00
SL	1,65	,93	1,00	4,00
AP	1,82	1,00	1,00	4,00
CO	1,49	,84	1,00	4,00
DI	1,27	,68	1,00	4,00
FI	2,44	1,36	1,00	7,00
<b>QLQ_BR23_TOTAL</b>	40,80	7,79	23,00	54,00
<b>Funcionais</b>				
BRBI	6,13	2,74	4,00	16,00
BRSEF	3,33	1,84	2,00	8,00
BRSEE	1,55	,90	1,00	4,00
BRFU	2,20	1,01	1,00	4,00
<b>Sintomáticas</b>				
BRST	16,09	4,88	7,00	24,00
BRBS	5,71	1,91	4,00	11,00
BRA	4,38	1,62	3,00	10,00
BRHL	1,42	,83	1,00	4,00

Tabela 4

*Caraterização da amostra-Frequências da Qualidade de Vida*

	M	DP	Min.	Max.
<b>QLQ_total</b>	53,72	10,84	37,00	82,00
<b>Funcionais</b>				
QL2	8,07	2,90	2,00	14,00
PF2	7,61	2,64	5,00	14,00
RF2	3,09	1,32	2,00	7,00
EF	7,22	2,48	4,00	14,00
CF	2,98	1,28	2,00	7,00
SF	2,55	1,09	2,00	6,00
<b>Sintomáticas</b>				
FA	5,33	2,52	3,00	12,00
NV	2,91	1,31	2,00	8,00
PA	3,71	1,44	2,00	7,00
DY	1,40	,74	1,00	4,00
SL	1,65	,93	1,00	4,00
AP	1,82	1,00	1,00	4,00
CO	1,49	,84	1,00	4,00
DI	1,27	,68	1,00	4,00
FI	2,44	1,36	1,00	7,00
<b>QLQ_BR23_TOTAL</b>	40,80	7,79	23,00	54,00
<b>Funcionais</b>				
BRBI	6,13	2,74	4,00	16,00
BRSEF	3,33	1,84	2,00	8,00
BRSEE	1,55	,90	1,00	4,00
BRFU	2,20	1,01	1,00	4,00
<b>Sintomáticas</b>				
BRST	16,09	4,88	7,00	24,00
BRBS	5,71	1,91	4,00	11,00

Nota: QL2= Estado Global de Saúde e Qualidade de vida; PF2=F

uncionamento 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= Falta de Appetite; CO= Obstipação; DI= Diarréia; FI= Dificuldades Financeiras; BRBI= Imagem Corporal; BRSEF= Funcionamento Sexual; BRSEE= Prazer Sexual; BRFU= Perspetivas Futuras; BRST= Efeitos da Quimioterapia; BRBS= Sintomas na Mama; BRAS= Sintomas no Braço; BRHL= Preocupação com a Queda do Cabelo.

## **Análise de Correlação**

Na análise da correlação foram analisadas as variáveis da QDV quanto à sua distribuição. As variáveis QLQ-C30 Total, EF, EORTC-QLQ-BR23Total e BRST apresentaram distribuição normal pelo que se aplicou o coeficiente de correlação de Pearson, para as restantes aplicou-se uma alternativa não paramétrica: O coeficiente de correlação de Spearman.

Para testar a hipótese das mulheres angolanas jovens, com diagnóstico de cancro da mama, terem menor qualidade de vida do que as mulheres mais velhas (hipótese 1), procedeu-se a uma análise de correlação entre as variáveis da qualidade de vida e a idade (tabela 5). Foram encontradas relações negativas fracas da Idade com o total da Qualidade de Vida avaliada pela EORTC-QLQ-BR23 ( $r = -0,292$ ;  $p = 0,031$ ), com o Funcionamento Sexual ( $r = -0,270$ ;  $p = .046$ ) e com a Preocupação com a Queda do Cabelo ( $r = -0,313$ ;  $p = 0,020$ ) (tabela 5). Podemos concluir que quanto mais jovem é a mulher, maior é a sua Qualidade de Vida total, a sua percepção de Funcionamento Sexual é mais elevada, assim como a Preocupação com a Queda do Cabelo.

Tabela 5

*Relação da Idade e Qualidade de Vida*

Variáveis	Idade	
	Correlation	Sig.
QLQ_total	0,026	.854
QL2	0,128	.351
PF2	-0,144	.299
RF2	-0,156	.257
EF	0,072	.604
CF	0,124	.369
SF	-0,075	.584
FA	0,119	.388
NV	0,095	.490
PA	0,010	.943
DY	0,071	.606
SL	-0,122	.373
AP	0,157	.252
CO	0,248	.068
DI	-0,256	.059
FI	-0,177	.196
QLQ_BR23_TOTAL	<b>-0,292*</b>	<b>.031</b>
BRBI	-0,302*	.025
BRSEF	<b>-0,270*</b>	<b>.046</b>
BRSEE	-0,155	.259
BRFU	-0,022	.873
BRST	-0,085	.538
BRBS	-0,036	.793
BRAS	-0,169	.219
BRHL	<b>-0,313*</b>	<b>.020</b>

Nota: \*=  $p \leq 0.05$  level.

Nota: QL2= Estado Global de Saúde e Qualidade de vida; 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= Insônia; AP= Falta de Apetite; CO= Obstipação; DI= Diarréia; FI= Dificuldades Financeiras; BRBI= Imagem Corporal; BRSEF= Funcionamento Sexual; BRSEE= Prazer Sexual; BRFU= Perspetivas Futuras; BRST= Efeitos Físicos da Quimioterapia; BRBS= Sintomas na Mama; BRAS= Sintomas no Braço; BRHL= Preocupação com a Queda do Cabelo.

**Análise Inferencial**

Para testar as hipóteses de investigação que envolviam testes de diferenças de médias, realizou-se a análise da distribuição das variáveis em estudo para a escolha do teste mais adequado a aplicar. Para as variáveis sem distribuição normal foi aplicado o teste não paramétrico de Mann-Whitney e para as variáveis QLQ Total, EF, EORTC-QLQ-BR23Total e BRST foi aplicado o teste paramétrico  $t$  de Student de diferenças de médias, por terem apresentado distribuição normal.

Pretendeu-se testar a hipótese 2 que considera que as mulheres angolanas casadas e com diagnóstico de cancro da mama têm menor QDV, em comparação com mulheres não-casadas (viúvas, divorciadas, solteiras). Para tal tornou-se necessário criar uma nova variável com dois níveis de resposta: casada e não casada, transformada a partir da variável Estado Civil.

Para testar esta hipótese (2), foi realizada uma análise de diferenças de médias para duas amostras independentes, cujos resultados são apresentados na tabela 6. As únicas diferenças na Qualidade de Vida, com significância estatística, foram encontradas entre as mulheres casadas e não casadas residem no Prazer Sexual ( $M-W= 175,0$ ;  $p=0,021$ ), sendo que as mulheres casadas apresentam valores médios mais elevados. Também se verificaram diferenças estatisticamente significativas ao nível dos Efeitos da Quimioterapia ( $t= -2,719$ ;  $p=0,013$ ), sendo que as mulheres não casadas evidenciaram valores médios mais elevados.

Tabela 6

*Comparações na Qualidade de Vida entre Mulheres Casadas e Não-Casadas*

	Estado civil				Teste	Sig.
	Casada		Não casada			
	M	DP	M	DP		
QLQ_total	54,33	10,021	53,55	11,171	0,233	.818
QL2	9,15	3,579	7,74	2,614	230,0	.375
PF2	8,33	2,640	7,40	2,632	191,5	.200
RF2	2,77	1,301	3,19	1,330	218,5	.246
EF	6,85	3,158	7,33	2,260	-0,517	.612
CF	3,00	1,155	2,98	1,334	252,5	.660
SF	2,54	1,330	2,55	1,017	246,5	.492
FA	5,62	1,938	5,24	2,694	213,0	.225
NV	2,46	0,660	3,05	1,431	222,5	.271
PA	3,77	1,739	3,69	1,352	265,5	.878
DY	1,15	0,376	1,48	0,804	220,0	.187
SL	1,38	0,870	1,74	0,939	206,5	.137
AP	1,62	0,961	1,88	1,017	228,5	.339
CO	1,77	1,092	1,40	0,734	222,0	.222
DI	1,00	0,000	1,36	0,759	208,0	.055
FI	2,15	1,772	2,52	1,215	202,5	.147
QLQ_BR23_TOTAL	39,69	8,087	41,14	7,770	-0,570	.575
BRBI	6,15	3,579	6,12	2,481	247,5	.587
BRSEF	4,00	2,160	3,12	1,699	207,0	.152
BRSEE	2,00	1,080	1,40	0,798	<b>175,0</b>	<b>.021</b>
BRFU	2,38	1,121	2,14	0,977	241,5	.515
BRST	13,15	4,375	17,00	4,711	<b>-2,719</b>	<b>.013</b>
BRBS	5,85	2,410	5,67	1,762	263,5	.845
BRAS	4,69	1,251	4,29	1,715	200,5	.133
BRHL	1,46	0,877	1,40	0,828	257,5	.687

Tabela 6

*Comparações na Qualidade de Vida entre Mulheres Casadas e Não-Casadas*

	Estado civil				Teste	Sig.
	Casada		Não casada			
	M	DP	M	DP		
QLQ_total	54,33	10,021	53,55	11,171	0,233	.818
QL2	9,15	3,579	7,74	2,614	230,0	.375
PF2	8,33	2,640	7,40	2,632	191,5	.200
RF2	2,77	1,301	3,19	1,330	218,5	.246
EF	6,85	3,158	7,33	2,260	-0,517	.612
CF	3,00	1,155	2,98	1,334	252,5	.660
SF	2,54	1,330	2,55	1,017	246,5	.492
FA	5,62	1,938	5,24	2,694	213,0	.225
NV	2,46	0,660	3,05	1,431	222,5	.271
PA	3,77	1,739	3,69	1,352	265,5	.878
DY	1,15	0,376	1,48	0,804	220,0	.187
SL	1,38	0,870	1,74	0,939	206,5	.137
AP	1,62	0,961	1,88	1,017	228,5	.339
CO	1,77	1,092	1,40	0,734	222,0	.222
DI	1,00	0,000	1,36	0,759	208,0	.055
FI	2,15	1,772	2,52	1,215	202,5	.147
QLQ_BR23_TOTAL	39,69	8,087	41,14	7,770	-0,570	.575
BRBI	6,15	3,579	6,12	2,481	247,5	.587
BRSEF	4,00	2,160	3,12	1,699	207,0	.152
BRSEE	2,00	1,080	1,40	0,798	<b>175,0</b>	<b>.021</b>
BRFU	2,38	1,121	2,14	0,977	241,5	.515
BRST	13,15	4,375	17,00	4,711	<b>-2,719</b>	<b>.013</b>
BRBS	5,85	2,410	5,67	1,762	263,5	.845
BRAS	4,69	1,251	4,29	1,715	200,5	.133

Nota: QL2= Estado Global de Saúde e Qualidade de vida; 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= Insônia; AP= Falta de Apetite; CO= Obstipação; DI= Diarréia; FI= Dificuldades Financeiras; BRBI= Imagem Corporal; BRSEF= Funcionamento Sexual; BRSEE= Prazer Sexual; BRFU= Perspetivas Futuras; BRST= Efeitos Físicos da Quimioterapia; BRBS= Sintomas na Mama; BRAS= Sintomas no Braço; BRHL= Preocupação com a Queda do Cabelo.

Procedeu-se de seguida aos procedimentos necessários para testar a hipótese 3, que considera que as mulheres angolanas com diagnóstico de cancro da mama e submetidas a tratamento quimioterapêutico têm menor QDV, quando comparadas com mulheres que não passaram pela mesma terapia. Foi criada uma nova variável, a partir da variável Tipo de Tratamento, com dois níveis de resposta: Fez tratamento quimioterapêutico e não fez (tabela7).

Tabela 7

*Transformação da Variável Tipo de Tratamento*

<b>Variável Tipo de tratamento</b>	<b>Variável Fez tratamento quimioterapêutico</b>
Mastectomia	Não
Cirurgia conservadora	Não
Quimioterapia	Sim
Radioterapia	Não
Terapeuta hormonal	Não
Cirurgia/Quimioterapia	Sim
Cirurgia/Radioterapia	Não
Quimioterapia/Radioterapia	Sim

Procedeu-se à análise de diferenças entre médias para duas amostras independentes, cujos resultados, apresentados na tabela 8, permitem concluir que não se verificaram quaisquer diferenças com significância estatística.

Tabela 8

*Comparações na Qualidade de Vida entre Mulheres com Tratamento Quimioterapêutico e Outro Tratamento*

	<b>Tratamento quimioterapêutico</b>				<b>Teste</b>	<b>Sig.</b>
	<b>Sim</b>		<b>Não</b>			
	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>		
<b>QLQ_total</b>	52,0571	10,020	56,79	11,872	-1,475	.150
<b>QL2</b>	7,8611	2,282	8,47	3,850	-,442	.658
<b>PF2</b>	7,4286	2,649	7,95	2,656	-,867	.386
<b>RF2</b>	3,2222	1,436	2,84	1,068	-,761	.447
<b>EF</b>	7,0000	2,111	7,63	3,077	-,801	.430
<b>CF</b>	2,8611	1,313	3,21	1,228	-1,369	.171
<b>SF</b>	2,4444	.969	2,74	1,284	-,833	.405
<b>FA</b>	4,8889	2,135	6,16	3,023	-1,474	.140
<b>NV</b>	2,9722	1,341	2,79	1,273	-,720	.471
<b>PA</b>	3,5278	1,253	4,05	1,715	-1,016	.310
<b>DY</b>	1,3889	.766	1,42	.692	-,334	.739
<b>SL</b>	1,6389	.798	1,68	1,157	-,579	.563
<b>AP</b>	1,7222	.849	2,00	1,247	-,384	.701
<b>CO</b>	1,3889	.599	1,68	1,157	-,321	.748
<b>DI</b>	1,1389	.351	1,53	1,020	-1,319	.187
<b>FI</b>	2,3333	1,195	2,63	1,640	-,523	.601
<b>QLQ_BR23_TOTAL</b>	41,0000	7,863	4.42	7,862	.260	.797

Tabela 8

*Comparações na Qualidade de Vida entre Mulheres com Tratamento Quimioterapêutico e Outro Tratamento*

	Tratamento quimioterapêutico				Teste	Sig.
	Sim		Não			
	M	DP	M	DP		
<b>BRBI</b>	6,1944	2,436	6,00	3,317	-.866	.386
<b>BRSEF</b>	3,0833	1,610	3,79	2,175	-1,262	.207
<b>BRSEE</b>	1,4167	.732	1,79	1,134	-1,093	.274
<b>BRFU</b>	2,2778	.914	2,05	1,177	-1,071	.284
<b>BRST</b>	16,9722	4,861	14,42	4,586	1,921	.062
<b>BRBS</b>	5,5556	1,629	6,00	2,380	-.247	.805
<b>BRAS</b>	4,1944	1,582	4,74	1,661	-1,353	.176
<b>BRHL</b>	1,3056	.710	1,6316	1,012	-1,415	.157

Nota: QL2= Estado Global de Saúde e Qualidade de vida; 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= Insônia; AP= Falta de Apetite; CO= Obstipação; DI= Diarreia; FI= Dificuldades Financeiras; BRBI= Imagem Corporal; BRSEF= Funcionamento Sexual; BRSEE= Prazer Sexual; BRFU= Perspetivas Futuras; BRST= Efeitos Físicos da Quimioterapia; BRBS= Sintomas na Mama; BRAS= Sintomas no Braço; BRHL= Preocupação com a Queda do Cabelo.

Para testar a hipótese 4 e comparar o grupo de mulheres que realizou mastectomia com o grupo de mulheres que realizou cirurgia conservadora da mama, recorreu-se para tal a uma análise de diferenças de médias para duas amostras independentes. Mais uma vez, aplicou-se o teste t de diferenças para as variáveis com distribuição normal e o teste de Mann-Whitney para as variáveis sem distribuição normal.

Apenas se verificaram diferenças com significância estatística, na variável Efeitos da Quimioterapia ( $t = 3,274$ ;  $p = 0,005$ ), sendo que as mulheres que realizaram cirurgia conservadora da mama apresentaram valores médios mais baixos do que as mulheres que realizaram mastectomia (tabela 9).

Tabela 9

*Comparações na Qualidade de Vida entre Mulheres Submetidas a Mastectomia e Cirurgia Conservadora da Mama*

	Tipo de cirurgia				Teste	Sig.
	Mastectomia		Cirurgia conservadora			
	M	DP	M	DP		
<b>QLQ_total</b>	55,97	11,580	5,64	9,069	1,552	.135
<b>QL2</b>	8,00	2,978	8,82	3,920	137,0	.350
<b>PF2</b>	8,06	2,720	7,18	2,601	132,0	.282
<b>RF2</b>	3,35	1,473	2,64	1,206	12,0	.155
<b>EF</b>	7,65	2,317	6,36	2,541	1,470	.161
<b>CF</b>	3,13	1,500	2,73	,786	161,0	.800
<b>SF</b>	2,71	1,189	2,64	1,286	162,5	.822
<b>FA</b>	5,77	2,578	4,73	2,149	128,0	.233
<b>NV</b>	3,13	1,477	2,36	,674	119,5	.146
<b>PA</b>	3,94	1,389	3,36	1,804	123,0	.181
<b>DY</b>	1,45	,810	1,09	,302	13,0	.257
<b>SL</b>	1,58	,807	1,91	1,221	152,5	.612
<b>AP</b>	2,00	1,095	1,64	1,027	134,5	.308
<b>CO</b>	1,68	,979	1,18	,405	125,0	.201
<b>DI</b>	1,26	,631	1,09	,302	152,5	.612
<b>FI</b>	2,26	1,210	2,91	1,758	138,0	.365
<b>QLQ_BR23_TOTAL</b>	42,42	6,922	37,09	9,439	1,716	.108
<b>BRBI</b>	6,68	2,926	5,82	2,483	144,5	.463
<b>BRSEF</b>	3,35	2,026	3,45	1,968	165,5	.888
<b>BRSEE</b>	1,58	,992	1,73	1,009	151,0	.592
<b>BRFU</b>	2,39	,989	2,09	1,221	14,0	.396
<b>BRST</b>	17,55	<b>4,178</b>	<b>12,18</b>	<b>4,834</b>	<b>3,274</b>	<b>.005</b>
<b>BRBS</b>	4,97	1,354	6,27	2,453	113,0	.104
<b>BRAS</b>	4,52	1,691	4,09	1,136	153,0	.632
<b>BRHL</b>	1,39	,761	1,45	,934	167,5	.933

Nota: QL2= Estado Global de Saúde e Qualidade de vida; 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= Falta de Apetite; CO= Obstipação; DI= Diarréia; FI= Dificuldades Financeiras; BRBI= Imagem Corporal; BRSEF= Funcionamento Sexual; BRSEE= Prazer Sexual; BRFU= Perspetivas Futuras; BRST= Efeitos Físicos da Quimioterapia; BRBS= Sintomas na Mama; BRAS= Sintomas no Braço; BRHL= Preocupação com a Queda do Cabelo.

## Discussão

A discussão deste estudo exploratório, baseia-se nos resultados obtidos através de um questionário sociodemográfico e dois questionários para avaliação de QDV, administrado a 55 mulheres angolanas com diagnóstico de cancro da mama e em tratamento no CNO, Luanda-Angola. Para tal, considerou-se os resultados obtidos no questionário sociodemográfico e nas

diversas subescalas funcionais e sintomáticas do questionário EORTC-QLQ-C30 e do seu módulo EORTC-QLQ-BR23, para o cancro da mama (EORTC, 2001).

Segundo a análise estatística realizada as diversas subescalas funcionais e sintomáticas dos questionários EORTC-QLQ-C30 e EORTC-QLQ-BR23, revelaram que, de forma geral, as mulheres angolanas com cancro da mama, classificam a sua Saúde e a Qualidade de Vida Global (QL2) como sendo boa, apesar de algumas avaliações negativas. O mesmo resultado obteve Mols, Vingerhoets, Coebergh, e van de Poll-Franse, (2005) que utilizaram os mesmos instrumentos para a avaliação de QDV. Avaliações negativas fracas foram encontradas entre a idade e a QDV, sendo que, quanto mais velha é a mulher angolana pior é a sua Saúde e Qualidade de vida Global, traduzida pela perceção negativa da Função Sexual (BRSEF) e uma elevada Preocupação com a Queda do Cabelo (BRHL). O EORTC-QLQ-C30, revelou na sua subescala funcional, que algumas mulheres apresentam um baixo Funcionamento Social (SF) e sintomas de Fadiga (FA). Corroborando esses resultados, vários estudos (Cappiello, Cunningham, Knobf & Erdos, 2007; Ganz & Bower, 2007), revelam que a fadiga é um dos sintomas mais comuns e preocupantes em sobreviventes de cancro da mama e está muitas vezes associada aos tratamentos quimioterapêuticos mais intensivos (neo e adjuvante), embora a sua intensidade seja mais notória, se a mulher já apresentar sintomas antes da doença. O Prazer Sexual (BRSEF), também emergiu como uma avaliação negativa, para algumas mulheres avaliadas nesse estudo, o que se poderá traduzir numa disfunção sexual. Estes dados, são corroborados por alguns estudos (Ganz, Rowland, Desmond, Meyerowitz & Wyatt, 1998; Meyerowitz, Desmond, Rowland, Wyatt & Ganz, 1999) que revelam que a disfunção sexual acontece frequentemente em mulheres com diagnóstico de cancro da mama e que receberam tratamento de quimioterapia, o que poderá estar relacionado com os resultados médios mais altos na subescala sintomática Efeitos Físicos da Quimioterapia (BRST). A Imagem Corporal (BRBI) emergiu como um preditor positivo, ao apresentar valores médios mais elevados. Com menor significância, surgiram também a Diarreia (DI), e a Preocupação com a Queda de Cabelo (BRHL). Nas restantes subescalas, apesar de analisadas, não apresentaram valores significativos do ponto de vista estatístico.

A QDV tem diferentes tipos de precursores: demográficos (e.g. idade, estado civil) médicos (e.g. diagnóstico, tipos de tratamentos: cirurgia e quimioterapia) e psicossociais (e.g. apoio familiar e social) (Gurgel, 2009; Rossi & Santos, 2003; Uzun, Aslan, Selimen, & Koç, 2004) e é com base nestes fatores, que os estudos da QDV e cancro da mama, se têm vindo a

desenvolver, um pouco por todo o mundo, já que o cancro, é hoje considerado uma doença de saúde pública mundial.

Quanto ao estudo das hipóteses anteriormente estabelecidas, a hipótese 1 deste estudo, avaliou as diferenças do impacto do diagnóstico do cancro da mama e os seus tratamentos sobre a QDV, mediante a idade. Avançou-se a probabilidade das mulheres mais velhas, sentirem menos os efeitos da doença e dos respetivos tratamentos quando comparadas às mulheres mais jovens em igual condição. Os resultados obtidos não comprovaram a hipótese inicial, revelando que quanto mais jovem é a mulher angolana com diagnóstico de cancro da mama e em tratamento, tanto maior é a sua QDV, quer global, quer a percecionada na Função Sexual (BRSEF), e na Preocupação com a Queda do Cabelo (BRHL), contrariando, assim, os estudos de Makluf et al. (2006) e Rebelo et al. (2007), que revelaram que as mulheres mais velhas apresentavam maior QDV quando comparadas as mulheres jovens. Por outro lado, diferenças significativas com base na idade foram também observadas em estudos de QDV (Cimprich, Ronis, & Martinez-Ramos, 2002; Sales, Paiva, Scanduzzi, & Anjos, 2001), os quais comprovaram que mulheres que haviam recebido o diagnóstico em uma idade mais avançada, relataram menor bem-estar físico do que as mulheres que tinham recebido um diagnóstico em uma idade mais jovem, resultados que vão de encontro aos resultados obtidos no presente estudo.

O estado civil, foi outra variável relacionada neste estudo (hipótese 2), onde o grupo de mulheres em avaliação, foi dividido entre casadas e não casadas (solteiras, viúvas, separadas e divorciadas). A hipótese levantada dá conta que, existem diferenças na QDV das mulheres com diagnóstico de cancro da mama e em tratamento, em função do seu estado civil, sendo que mulheres casadas apresentam maior QDV. Os resultados obtidos, confirmam a hipótese 2, sendo que as mulheres angolanas casadas com diagnóstico de cancro da mama e em tratamento, apresentam valores mais elevados na subescala Prazer Sexual (BRSEE), comparativamente as mulheres não casadas; Por sua vez, as mulheres não casadas, evidenciam valores médios mais elevados na subescala sintomática Efeitos Físicos da Quimioterapia (BRST) o que se traduz numa pior QDV, comparativamente com as mulheres casadas. Este resultado contraria o que se verificou no estudo de Rebelo et al. (2007), que revelou que as mulheres casadas, submetidas a quimioterapia, apresentam mais problemas ao nível do funcionamento físico e sintomas como a diarreia, quando comparadas as mulheres não casadas.

Com relação aos tipos de tratamentos e seus efeitos colaterais, avaliou-se a hipótese 3, segundo a qual, as mulheres angolanas com diagnóstico de cancro da mama e submetidas ao tratamento quimioterapêutico apresentam, pior QDV, quando comparadas a mulheres que não passaram pelo mesmo tratamento. Os resultados obtidos neste estudo não permitiram verificar quaisquer diferenças com significância estatística, contrariando assim os estudos (Maluf et al., 2005; Rebelo et al., 2007), que revelam que as mulheres submetidas à quimioterapia apresentam um pior indicador de QDV.

Em relação à hipótese 4, que comparou o grupo de mulheres que realizou mastectomia com o grupo de mulheres que realizou cirurgia conservadora da mama, verificou-se que as mulheres que realizaram cirurgia conservadora da mama apresentaram valores médios mais baixos na variável Efeitos Físicos da Quimioterapia (BRST) comparativamente às mulheres que realizaram mastectomia o que se traduz numa menor sintomatologia e morbidade para as mulheres que realizaram cirurgia conservadora da mama. Estes resultados, podem ser comprovados nos estudos (Ganz et al., 2004; Silva et al., 2010) que revelam que mulheres submetidas a mastectomia, apresentam uma pior QDV, traduzida por uma maior morbidade física (e.g. boca seca, queda de cabelo, indisposição, afrontamentos e dores de cabeça). No entanto, os resultados obtidos tanto na relação QDV e quimioterapia, como na relação QDV e os tipos de cirurgia, só são válidos para estes tratamentos específicos, não espelhando na íntegra o impacto dos diversos tratamentos sobre a QDV pelos seguintes motivos:

a) Os serviços de radioterapia no país (Angola) tiveram início há escassos 4 meses do tempo de avaliação deste estudo.

b) Grande parte das pacientes foram diagnosticadas no estadio III da doença, o que requer não só maior agressividade (quimioterapia, neo e adjuvante) nos tratamentos como a combinação dos mesmos em pouco tempo, o que poderá resultar no emparelhamento dos sintomas adversos. Outro emparelhamento importante, poderá ter acontecido, como resultado da compreensão das questões constantes dos questionários EORTC-QLQ-C30 e do seu módulo EORTC-QLQ-BR23. Apesar da adaptação portuguesa dos questionários (Pais-Ribeiro, Pinto, & Santos, 2008), revelar que a tradução e a adaptação dos instrumentos para Portugal, avaliam o mesmo constructo que nas outras línguas e culturas, os questionários apresentaram alguns problemas de compreensão para a população angolana, em avaliação, fato que também foi observado no estudo de Koller, et al., (2007), que, apesar de reafirmar importância do EORTC-QLQ-C30, e revelar que está

validado para mais de 60 idiomas e ainda com mais traduções em desenvolvimento, apresenta problemas na sua tradução, tais como: a falta de expressões para sintomas específicos, o uso do antigo idioma, as reformas ortográficas recentes em vários países europeus e as diferentes prioridades dos problemas sociais entre as culturas ocidentais e orientais. No presente, estudo, o termo “afrontamento” era constantemente indagado, obrigando muitas vezes a que a investigadora revelasse os sintomas intrínsecos ao fenómeno, pelo que poderá de alguma forma, ter influenciado de forma indireta algumas respostas.

### **Conclusão**

A QDV é cada vez mais uma dimensão a ter-se em conta no sistema de cuidados de saúde a nível mundial (Rebelo et al., 2007), tanto nos países desenvolvidos como nos países em via de desenvolvimento, cuja esperança média de vida vem vindo a aumentar, com o fim das guerras, das doenças infetocontagiosas e com o avanço de novas tecnologias a nível das ciências médicas, onde a oncologia se tem vindo a destacar (Patrão & Leal, 2004). O interesse pelo bem-estar bio-psico-social, enquanto indicador da QDV de uma população saudável no geral e um grupo com uma doença específica, em particular (por exemplo, cancro), tem vindo a suscitar o desenvolvimento de diversos instrumentos de avaliação que apoiam os estudos sobre o impacto físico, psicológico e social, do diagnóstico e do tratamento do cancro da mama, sobre a QDV da mulher. Com base em precursores demográficos e clínicos pré-definidos, estes instrumentos de avaliação, são verdadeiros ecos da repercussão terapêutica do cancro da mama e podem com isso auxiliar na melhoria das condições terapêuticas e de assistência médicas oncológicas dos países em desenvolvimento, onde a prática oncológica ainda é insuficiente. É assim que, os resultados constantes desse estudo, embora empíricos, demonstraram que a maioria das mulheres angolanas com cancro da mama presentes nesta amostra avaliou a sua QDV como sendo boa. No entanto, houve um subgrupo que apresentou uma associação negativa com a fadiga, a diarreia, o prazer sexual e a função social. A identificação dessas características pode ser útil para elucidar os órgãos competentes, na dinamização de esforços de intervenção medico-terapêutica, e alargar o conhecimento mundial sobre o cancro da mama e o impacto entre as diferenças étnicas e/ou raciais, já que vários estudos (Ashing-Giwa, 2000; Giedzinska, Meyerowitz, Ganz, & Rowland, 2004; Northouse et al., 1999; Pikler & Winterowd, 2003; Uzun, Aslan, Selimen, & Koç, 2004) têm

sido desenvolvidos sobretudo na América, visando perceber o porquê de uma maior mortalidade por cancro da mama entre as mulheres afroamericanas e como as mesmas percecionam o diagnóstico do cancro, tendo em conta o impato físico e psicológico dos tratamentos. Esta constatação, representou para a investigadora, um primeiro desafio, no sentido da realização de um estudo da adaptação e validação da adaptação portuguesa do questionário EORTC-QLQ-C30 e o seu suplemento para o cancro da mama EORTC-QLQ-BR23 a realidade angolana. Porém, atendendo ao fato da investigadora não residir por altura do estudo, no contexto da amostra e por conseguinte, não ter sido possível reunir o número necessário de pacientes (máximo de 265 ou um mínimo de 159) para o fazer, esta intensão ficou adiada.

Do ponto de vista metodológico, o qual se considera, também, uma limitação, é o fato de que a recolha de dados para este estudo exploratório, ter sido realizada em apenas um momento, tendo em conta, que, é fundamental que a avaliação da QDV das mulheres com cancro da mama que a mesma seja realizada nas diversas etapas da doença e tratamentos, pois estudos (Bakewell & Volker, 2005; Capiello, Cunningham, Knobf, & Erdos, 2007) revelam que os efeitos tardios dos tratamentos podem posteriormente comprometer a QDV da mulher, por um período que vai até 5 anos após os tratamentos. Todavia, as participantes deste estudo, preencheram os questionários, estando ainda em tratamento, quimioterapêutico e/ou radioterapêutico, com exceção de apenas 3 mulheres, que já tinham terminado os tratamentos, aquando da avaliação. Outra limitação importante, prendeu-se com os instrumentos (EORTC-QLQ-C30, EORTC-QLQ-BR23), pois, considerando, o pouco tempo disponível para a recolha dos dados e o número reduzido da amostra, não foi possível, adaptar e validar antes a versão portuguesa dos questionários: EORTC-QLQ-C30, para à população angolana com cancro e o (EORTC-QLQ-C30) para as mulheres angolanas com cancro da mama (EORTC-QLQ-BR23), pelo que, durante a aplicação dos mesmos, alguns problemas de compreensão foram identificados, forçando a decodificação dos mesmos, ainda que com o risco do emparelhamento das respostas, pelo que se conclui que a adaptação e a validação dos referidos questionários a população angolana, seja um fato essencial para maior acreditação de estudos futuros do género em Angola.

Por fim, conclui-se que, apesar do processo inerente à implementação do estudo e do número reduzido da amostra, considera-se que os resultados obtidos no presente estudo, são pertinentes para a fundamentação empírica sobre o impato do diagnóstico e dos diversos tratamentos do cancro da mama na QDV das mulheres angolanas e poderão, efetivamente, abrir

fóruns de discussão e de monitorização dos efeitos físicos e psicossociais da assistência médica e medicamentosa oncológica em Angola, além de contribuir para o aprofundamento do conhecimento mundial, do cancro da mama entre as diferenças étnicas e/ou rácicas, além de contribuir para a investigação a nível da psicologia clínica e da saúde no país.

## Referências Bibliográficas

- Agostinho Cá (2013, janeiro, 18) Guiné-Bissau vai dispor de uma “mamografia” até final do ano” Retirado de Ahles, T. A., Saykin, A. J., Furstenberg, C. T., Cole, B., Mott, L. A., Skalla, K., ... & Silberfarb, P. M. (2002). Neuropsychologic impact of standard-dose systemic chemotherapy in long-term survivors of breast cancer and lymphoma. *Journal of Clinical Oncology*, 20(2), 485-493.
- Alegance, F. C., Souza, C. B., & Mazzei, R. L. (2010). Qualidade de vida e estratégias de enfrentamento em mulheres com e sem linfedema pós-câncer de mama. *Revista brasileira de cancerologia*, 56(3), 341-351.
- Almeida, R. A. D. (2006). Impato da mastectomia na vida da mulher. *Revista da SBPH*, 9(2), 99-113.
- Alfano, C. M., Smith, A. W., Irwin, M. L., Bowen, D. J., Sorensen, B., Reeve, B. B., ... & McTiernan, A. (2007). Physical activity, long-term symptoms, and physical health-related quality of life among breast cancer survivors: a prospective analysis. *Journal of Cancer Survivorship*, 1(2), 116-128.
- Anastasiadis, A. G., Sachdev, R., Salomon, L., Ghafar, M. A., Stisser, B. C., Shabsigh, R., & Katz, A. E. (2003). Comparison of health-related quality of life and prostate-associated symptoms after primary and salvage cryotherapy for prostate cancer. *Journal of cancer research and clinical oncology*, 129(12), 676-682.
- Araújo, V. S., Dias, M. D., Barreto, C. M. C., Ribeiro, A. R., Costa, A. P., & Bustorff, L. A. C. V. (2010). Conhecimento das mulheres sobre o autoexame de mamas na atenção básica. *Revista de Enfermagem Referência*, (2), 27-34.
- Arisawa, E. A. L. (2008). Efeitos colaterais da terapia antitumoral em pacientes submetidos à químio e à radioterapia. *Revista Biociências*, 11.
- Arndt, V., Stegmaier, C., Ziegler, H., & Brenner, H. (2006). A population-based study of the impact of specific symptoms on quality of life in women with breast cancer 1 year after diagnosis. *Cancer*, 107(10), 2496-2503.
- Avis, N. E., Crawford, S., & Manuel, J. (2004). Psychosocial problems among younger women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 13(5), 295-308.

- Ashing-Giwa, K. (2000). Quality of life and psychosocial outcomes in long-term survivors of breast cancer: a focus on African-American women. *Journal of Psychosocial Oncology*, 17(3-4), 47-62.
- Bakewell, R. T., & Volker, D. L. (2005). Sexual dysfunction related to the treatment of young women with breast cancer. *Clinical journal of oncology nursing*, 9(6), 697-702.
- Bardwell, W. A., Major, J. M., Rock, C. L., Newman, V. A., Thomson, C. A., Chilton, J. A., ... & Pierce, J. P. (2004). Health-related quality of life in women previously treated for early-stage breast cancer. *Psycho-Oncology*, 13(9), 595-604
- Barros, A. C. S. D., Barbosa, E. M., Gebrim, L. H., Pelizon, C., Martella, E., Motta, E., ... & Marques, R. (2001). Diagnóstico e tratamento do câncer de mama. São Paulo: Associação Médica Brasileira/Brasília: Conselho Federal de Medicina.
- Bastos, J., Barros, H., & Lunet, N. (2007). Evolução da mortalidade por cancro da mama em Portugal (1955-2002). *Acta Médica Portuguesa*, 20(2), 139-44.
- Beaulac, S. M., McNair, L. A., Scott, T. E., LaMorte, W. W., & Kavanah, M. T. (2002). Lymphedema and quality of life in survivors of early-stage breast cancer. *Archives of Surgery*, 137(11), 1253.
- Begovic-Juhant, A., Chmielewski, A., Iwuagwu, S., & Chapman, L. A. (2012). Impact of body image on depression and quality of life among women with breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 30(4), 446-460.
- Bergamasco, R. B., & Angelo, M. (2001). Câncer de mama: Como o diagnóstico é experienciado pela Mulher. *Revista brasileira de cancerologia*, 47(3), 277-82.
- Beckjord, E., & Compas, B. E. (2007). Sexual quality of life in women with newly diagnosed breast cancer. *Journal of psychosocial oncology*, 25(2), 19-36.
- Begovic-Juhant, A., Chmielewski, A., Iwuagwu, S., & Chapman, L. A. (2012). Impact of Body Image on Depression and Quality of Life Among Women with Breast Cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 30(4), 446-460.
- Bernardes, A. (2010). Anatomia da mama feminina.
- Boyle, P., Autier, P., Bartelink, H., Baselga, J., Boffetta, P., Burn, J., ... & Zur Hausen, H. (2003). European Code Against Cancer and scientific justification: third version (2003). *Annals of Oncology*, 14(7), 973-1005.
- Bower, J. E., Ganz, P. A., Desmond, K. A., Rowland, J. H., Meyerowitz, B. E., & Belin, T. R. (2000). Fatigue in breast cancer survivors: occurrence, correlates, and impact on quality

- of life. *Journal of Clinical Oncology*, 18(4), 743-743. Bower, J. E., Ganz, P. A., Desmond, K. A., Bernards, C., Rowland, J. H., Meyerowitz, B. E., & Belin, T. R. (2006). Fatigue in long-term breast carcinoma survivors. *Cancer*, 106(4), 751-758.
- Bloom, J. R., Stewart, S. L., Chang, S., & Banks, P. J. (2004). Then and now: quality of life of young breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 13(3), 147-160.
- Broeckel, J. A., Thors, C. L., Jacobsen, P. B., Small, M., & Cox, C. E. (2002). Sexual functioning in long-term breast cancer survivors treated with adjuvant chemotherapy. *Breast cancer research and treatment*, 75(3), 241-248.
- Burstein, H. J., Gelber, S., Guadagnoli, E., & Weeks, J. C. (1999). Use of alternative medicine by women with early-stage breast cancer. *New England Journal of Medicine*, 340(22), 1733-1739.
- Carter, B. J. (1997, June). Women's experiences of lymphedema. *In Oncology Nursing Forum (Vol. 24, No. 5, p. 875)*.
- Conde, D. M., Pinto-Neto, A. M., Júnior, R. F., & Aldrighi, J. M. (2006). Qualidade de vida de mulheres com câncer de mama. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 28(3), 195-204.
- Courneya, K. S., Mackey, J. R., Bell, G. J., Jones, L. W., Field, C. J., & Fairey, A. S. (2003). Randomized controlled trial of exercise training in postmenopausal breast cancer survivors: cardiopulmonary and quality of life outcomes. *Journal of clinical oncology*, 21(9), 1660-1668.
- Campolina, A., Ciconelli, R., & Ferraz, M. (2006). Qualidade de vida e medidas de preferência: contribuições para a avaliação e o gerenciamento de programas em saúde. *Sinopse de Reumatologia [periódico da internet]*, 111-16.
- Cimprich, B., Ronis, D. L., & Martinez-Ramos, G. (2002). Age at diagnosis and quality of life in breast cancer survivors. *Cancer practice*, 10(2), 85-93.
- Cappiello, M., Cunningham, R. S., Knobf, M. T., & Erdos, D. (2007). Breast cancer survivors information and support after treatment. *Clinical Nursing Research*, 16(4), 278-293.
- de Assis Lahoz, M., Nyssen, S. M., Correia, G. N., Garcia, A. P. U., & Driusso, P. (2010). Capacidade funcional e qualidade de vida em mulheres pós-mastectomizadas. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 56(4), 423-430.
- de Abreu, E., & Koifman, S. (2002). Fatores prognósticos no câncer da mama feminina. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 48(1), 113-31.

- da Cruz Bertan, F., & de Castro, E. K. (2010). Qualidade de vida, indicadores de ansiedade e depressão e satisfação sexual em pacientes adultos com câncer. *Salud & Sociedad, 1(2)*, 76-88.) Dias, M., R., & Durá E., (2001). Território da psicologia oncológica; *Climepsi editores*. (p. 76,78).
- da Silva, L. C. (2008). Câncer de mama e sofrimento psicológico: aspetos relacionados ao feminino. *Psicologia em Estudo, 13(2)*, 231-237
- Dias, M., do R., (2005). A esmeralda perdida: a informação prestada ao doente oncológico. Lisboa. *Climepsi Editores*.
- Del Giglio, A., Bendit, I., & Barros, A. (2000). Aconselhamento de mulheres com riscos hereditários de câncer de mama: um guia para o mastologista; Counselling for women with hereditary risks of breast cancer: a guide for breast surgeons. *Rev. bras. mastologia, 10(3)*, 138-47. Elledge, R. M., Clark, G. M., Chamness, G. C., & Osborne, C. K. (1994). Tumor biologic factors and breast cancer prognosis among white, Hispanic, and black women in the United States. *Journal of the National Cancer Institute, 86(9)*, 705-712.
- EORTC (2001). EORTC QLQ-BR23 scoring manual. 3ª ed. EORTC: Brussels
- EORTC (2001). EORTC QLQ-C30 scoring manual. 3ª ed. EORTC: Brussels
- Farias, N., & Buchalla, C. M. (2005). A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas; The international classification of functioning, disability and health: concepts, uses and perspectives. *Rev. bras. epidemiol, 8(2)*, 187-193.
- Fayers, P., & Bottomley, A. (2002). Quality of life research within the EORTC—the EORTC QLQ-C30. *European Journal of Cancer, 38*, 125-133.
- Fehlauer, F., Tribius, S., Mehnert, A., & Rades, D. (2005). Health-related quality of life in long term breast cancer survivors treated with breast conserving therapy: impact of age at therapy. *Breast Cancer Research and Treatment, 92(3)*, 217-222.)
- Ferrell, B. R., 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(6)*, 398-408.
- Fisher, B., Bryant, J., Dignam, J. J., Wickerham, D. L., Mamounas, E. P., Fisher, E. R., ... & Wolmark, N. (2002). Tamoxifen, radiation therapy, or both for prevention of ipsilateral breast tumor recurrence after lumpectomy in women with invasive breast cancers of one centimeter or less. *Journal of clinical oncology, 20(20)*, 4141-4149.

- Fobair, P., Stewart, S. L., Chang, S., D'Onofrio, C., Banks, P. J., & Bloom, J. R. (2006). Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, *15*(7), 579-594.
- Ganz, P. A., Rowland, J. H., Meyerowitz, B. E., & Desmond, K. A. (1998). Impact of different adjuvant therapy strategies on quality of life in breast cancer survivors. In *Adjuvant Therapy of Primary Breast Cancer VI* (pp. 396-411). Springer Berlin Heidelberg.
- Ganz, P. A., Rowland, J. H., Desmond, K., Meyerowitz, B. E., & Wyatt, G. E. (1998). Life after breast cancer: understanding women's health-related quality of life and sexual functioning. *Journal of Clinical Oncology*, *16*(2), 501-514.
- Ganz, P. A., Desmond, K. A., Leedham, B., Rowland, J. H., Meyerowitz, B. E., & Belin, T. R. (2002). Quality of life in long-term, disease-free survivors of breast cancer: a follow-up study. *Journal of the National Cancer Institute*, *94*(1), 39-49.
- Ganz, P. a., Kwan, L., Stanton, a. L., Krupnick, J. L., Rowland, J. H., Meyerowitz, B. 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. *JNCI Journal of the National Cancer Institute*, *96*(5), 376-387.
- Ganz, P. A., & Bower, J. E. (2007). Cancer related fatigue: a focus on breast cancer and Hodgkin's disease survivors. *Acta Oncologica*, *46*(4), 474-479.
- Garófolo, A., Avesani, C. M., Camargo, K. G., Barros, M. E., Silva, S. R. J., Taddei, J. A. D. A. C., & Sigulem, D. M. (2004). Dieta e câncer: um enfoque epidemiológico; Diet and cancer: an epidemiological view. *Rev. nutr*, *17*(4), 491-505.
- Giedzinska, A. S., Meyerowitz, B. E., Ganz, P. A., & Rowland, J. H. (2004). Health-related quality of life in a multiethnic sample of breast cancer survivors. *Annals of behavioral medicine*, *28*(1), 39-51.
- Gobatto, C. A., & Araujo, T. C. C. F. D. (2010). Coping religioso-espiritual: reflexões e perspectivas para a atuação do psicólogo em oncologia. *Revista da SBPH*, *13*(1), 52-63.
- Guerra, M. R., Gallo, C. D. M., Mendonça, G. A. S., & Silva, G. A. (2005). Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. *Rev bras cancerol*, *51*(3), 227-34.
- Gurgel, M. S. C. (2009). Qualidade de vida e sexualidade de mulheres tratadas de câncer de mama. *Rev bras ginecol Obstet*, *31*(2), 61-7.

- Hébert-Croteau, N., Brisson, J., & Pineault, R. (2000). Review of Organizational Factors Related to Care Offered to Woman with Breast Cancer. *Epidemiologic reviews*, 22(2), 228-238.
- Hoffmann, F. S., Muller, M. C., & Frasson, A. L. (2006). Repercussões psicossociais, apoio social e bem-estar espiritual em mulheres com câncer de mama. *Psicologia, saúde & doenças*, 7(2), 239-254.
- Jaconodino, C. B., Amestoy, S. C., & Thofehn, M. B. (2008). A utilização de terapias alternativas por pacientes em tratamento quimioterápico. *Cogitare Enfermagem*, 13(1).
- Joslyn, S. A., & West, M. M. (2000). Racial differences in breast carcinoma survival. *Cancer*, 88(1), 114-123.
- Karabulut, N., & Erci, B. (2009). Sexual desire and satisfaction in sexual life affecting factors in breast cancer survivors after mastectomy. *Journal of psychosocial oncology*, 27(3), 332-343.
- Koller, M., Aaronson, N. K., Blazeby, J., Bottomley, A., Dewolf, L., Fayers, P., ... & West, K. (2007). Translation procedures for standardised quality of life questionnaires: The European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC) approach. *European Journal of Cancer*, 43(12), 1810-1820.
- Kontodimopoulos, N., Ntinoulis, K., & Niakas, D. (2011). Validity of the Greek EORTC QLQ-C30 and QLQ-BR23 for measuring health-related quality of life in breast cancer patients. *European Journal of Cancer Care*, 20(3), 354-361.
- Koller, M., Aaronson, N. K., Blazeby, J., Bottomley, A., Dewolf, L., Fayers, P., ... & West, K. (2007). Translation procedures for standardised quality of life questionnaires: The European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC) approach. *European Journal of Cancer*, 43(12), 1810-1820.
- Leão, C. R., Teixeira, U. F., Lima, E. K. P., Lima, V. M. C., Fernandes, G. B., & Rêgo, M. A. V. (2013). Tendência da mortalidade por câncer de mama feminina no Estado da Bahia, Brasil, de 1980 a 2007. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 36(2).
- Lewis, F. M., Hammond, M. A., & Woods, N. F. (1993). The family's functioning with newly diagnosed breast cancer in the mother: The development of an explanatory model. *Journal of Behavioral Medicine*, 16(4), 351-370.
- Lotti R. C. B., Barra, A. A., Dias, R., C., & Makluf, A., S., D. (2007); Impacto do tratamento do câncer da Mama na qualidade de vida; *Edição revista brasileira de cancerologia*.

- Macedo, A., Monteiro, I., Andrade, S., Cirrincione, A., & Ray, J. (2010). Custo-efectividade de trastuzumab no tratamento de doentes com cancro da mama em estádios iniciais em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 23(3), 475-82.
- Manaça, Albertina (2013, Abril, 9) Oncologia regista 10 novos casos de cancro por dia. Portal de Angola. Retirado de <http://www.portaldeangola.com>
- Machado, S. M., & Sawada, N. O. (2008). Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico adjuvante. *Texto & contexto enferm*, 17(4), 750-757.
- Mackillop W. J., Groome P. A., Gospodarowicz M. K. & O'Sullivan B. (2006) O papel do estadiamento do câncer na medicina baseada em evidências. *In Manual de oncologia clínica da UICC. Edit Pollock R. E, Doroshov J. H., Khayat D., Nakao A. & O'Sullivan;* (p.p 191-196)
- Maluf, M. F. D. M., Mori, L. J., & Barros, A. C. S. D. (2005). O impacto psicológico do câncer de mama. *Revista brasileira de cancerologia*, 51(2), 149-154.
- Makluf, A. S. D., Dias, R. C., & Barra, A. D. A. (2006). Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer da mama.
- Medeiros, V. C. R. D., Medeiros, R. C., Moraes, L. M., Menezes Filho, J. B., Ramos, E. S. N., & Saturnino, A. C. R. D. (2005). Câncer de colo de útero: análise epidemiológica e citopatológica no estado do Rio Grande do Norte. *Rev bras anal clín*, 37(4), 227-31.
- Melo, E. M., Araújo, T. D., Oliveira, T. D., & Almeida, D. D. (2002). Mulher mastectomizada em tratamento quimioterápico: um estudo dos comportamentos na perspectiva do modelo adaptativo de Roy. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 48(1), 21-28.
- Meyerowitz, B. E., Desmond, K. A., Rowland, J. H., Wyatt, G. E., & Ganz, P. A. (1999). Sexuality following breast cancer. *Journal of sex & marital therapy*, 25(3), 237-250.
- Miguel, F. (2012, Junho 19). Estratégia de controlo do cancro da mama em Angola. *Revista África Today*. Retirado de [www.africatoday.co.ao](http://www.africatoday.co.ao)
- Minayo, M. D. S., Hartz, Z. D. A., & Buss, P. M. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência e saúde coletiva*, 5(1), 7-18.
- Mistura, C., Mistura C., Perlini. G. O. M. N., Santos, D. C. V., Bruinsma, L. J., Rosa, C. V. B., (2011), Enfrentando o desconhecido: mulheres mastectomizadas em tratamento de quimioterapia. *Revista contexto & saúde editora Unijui* (p.929-932)

- Moadel, A. B., Shah, C., Wylie-Rosett, J., Harris, M. S., Patel, S. R., Hall, C. B., & Sparano, J. A. (2007). Randomized controlled trial of yoga among a multiethnic sample of breast cancer patients: effects on quality of life. *Journal of Clinical Oncology*, *25*(28), 4387-4395.
- (Mosher, C. E., & Danoff-Burg, S. (2006). A review of age differences in psychological adjustment to breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, *23*(2-3), 101-114.)
- Mols, F., Vingerhoets, A. J., Coebergh, J. W., & van de Poll-Franse, L. V. (2005). Quality of life among long-term breast cancer survivors: a systematic review. *European Journal of Cancer*, *41*(17), 2613-2619.
- Montazeri, A. (2008). Health-related quality of life in breast cancer patients: a bibliographic review of the literature from 1974 to 2007. *Journal of experimental & clinical cancer research*, *27*(1), 32
- Moreira, H., Silva, S., & Canavarro, C. (2008). Qualidade de vida e ajustamento psicossocial da mulher com cancro da mama: Do diagnóstico à sobrevivência. *Psicologia, saúde & doenças*, *9*(1), 165-184.
- Moreira, H., Crespo, C., Paredes, T., Silva, S., Canavarro, M. C., & Dattilio, F. M. (2011). Marital relationship, body image and psychological quality of life among breast cancer patients: the moderating role of the disease's phases. *Contemporary family therapy*, *33*(2), 161-178.
- Mota, M. C. (2011). Cancro da Mama no Homem.
- Morgan, P. D., Fogel, J., Rose, L., Barnett, K., Mock, V., Lane, B., ... & Brown-Davis, C. (2005, January). African American couples merging strengths to successfully cope with breast cancer. In *Oncology nursing forum* (Vol. 32, No. 5, pp. 979-987). *Oncology Nursing Society*.
- Northouse, L. L., Caffey, M., Deichelbohrer, L., Schmidt, L., Guziatek-Trojniak, L., West, S., ... & Mood, D. (1999). The quality of life of African American women with breast cancer. Newman, L. A., Mason, J., Cote, D., Vin, Y., Carolin, K., Bouwman, D., & Colditz, G. A. (2002). African-American ethnicity, socioeconomic status, and breast cancer survival. *Cancer*, *94*(11), 2844-2854.
- Newman, L. A., Griffith, K. A., Jatoi, I., Simon, M. S., Crowe, J. P., & Colditz, G. A. (2006). Meta-analysis of survival in African American and white American patients with breast

- cancer: ethnicity compared with socioeconomic status. *Journal of clinical oncology*, 24(9), 1342-1349.
- Yanez, B., Thompson, E. H., & Stanton, A. L. (2011). Quality of life among Latina breast cancer patients: a systematic review of the literature. *Journal of Cancer Survivorship*, 5(2), 191-207.
- O'Malley, C. D., Le, G. M., Glaser, S. L., Shema, S. J., & West, D. W. (2003). Socioeconomic status and breast carcinoma survival in four racial/ethnic groups. *Cancer*, 97(5), 1303-1311.
- OMS, (5 de Setembro de 2008). Prevenção e Controlo do Cancro: Estratégia Para a Região Africana da OMS, *AFR/RC58/4*
- Onate-Ocana, L. F., Alcántara-Pilar, A., Vilar-Compte, D., García-Hubard, G., Rojas-Castillo, E., Alvarado-Aguilar, S., ... & Aiello-Crocifoglio, V. (2009). Validation of the Mexican Spanish version of the EORTC C30 and STO22 questionnaires for the evaluation of health-related quality of life in patients with gastric cancer. *Annals of surgical oncology*, 16(1), 88-95.
- Panobianco, M. S., & Mamede, M. V. (2002). LINFEDEMA E CÂNCER DE MAMA. *Rev Latino-am Enfermagem*, 10(4), 544-51.
- Paiva, C. E., Ribeiro, B. S., Godinho, A. A., Meirelles, R. D. S. P., Silva, E. V. G. S., Marques, G. D., & Rossini Júnior, O. (2002). Fatores de risco para câncer de mama em Juiz de Fora (MG): um estudo caso-controle. *Rev Bras Cancerol*, 48(2), 231-7.
- Patrão, I., & Leal, I. (2004). Abordagem do impacto psicossocial no adoecer da mama. *Psicologia, saúde & doenças*, 5(1), 53-73.
- Patrão, I. A. M. (2007). O Ciclo psico-oncológico no cancro da mama: Estudo do Impacto psicossocial do diagnóstico e dos tratamentos.
- Park, C. C., Mitsumori, M., Nixon, A., Recht, A., Connolly, J., Gelman, R., ... & Schnitt, S. J. (2000). Outcome at 8 years after breast-conserving surgery and radiation therapy for invasive breast cancer: influence of margin status and systemic therapy on local recurrence. *Journal of Clinical Oncology*, 18(8), 1668-1675.
- Pennery, E., Speechley, V., & Rosenfield, M. (2010). Cancro da mama: respostas sempre à mão.
- Pestana, J. P., Estevens, D., & Conboy, J. (2007). O papel da espiritualidade na qualidade de vida do doente oncológico em quimioterapia.

- Pikler, V., & Winterowd, C. (2003). Racial and body image differences in coping for women diagnosed with breast cancer. *Health Psychology, 22(6), 632.*
- Pinto, C., & Ribeiro, J. L. (2010). Avaliação da espiritualidade dos sobreviventes de cancro: implicações na qualidade de vida. *Revista portuguesa de saúde pública, 28(1), 49-56.*
- Portal da Oncologia Portuguesa (POP), (2012). Cancro de mama. Tratamentos disponíveis. Retirado de [www](http://www.pop.pt).
- Porock, D., & Kristjanson, L. (1999). Skin reactions during radiotherapy for breast cancer: the use and impact of topical agents and dressings. *European journal of cancer care, 8(3), 143-153.*
- Ragaz, J., Jackson, S. M., Le, N., Plenderleith, I. H., Spinelli, J. J., Basco, V. E., ... & Olivotto, I. A. (1997). Adjuvant radiotherapy and chemotherapy in node-positive premenopausal women with breast cancer. *New England Journal of Medicine, 337(14), 956-962.*
- Ramos, A. S., & Patrão, I. (2005). Imagem corporal da mulher com cancro de mama: Impacto na qualidade do relacionamento conjugal e na satisfação sexual. *Análise Psicológica, 23(3), 295-304.*
- Ramos, B. F., & Lustosa, M. A. (2009). Câncer de mama feminino e psicologia. *Revista da SBPH, 12(1), 85-97.*
- Rebelo, V., Rolim, L., Carqueja, E., & Ferreira, S. (2007). Avaliação da qualidade de vida em mulheres com cancro da mama: um estudo exploratório com 60 mulheres portuguesas. *Psicologia, saúde & doenças, 8(1), 13-32.*
- Rezende, H. A., & Cocco, M. I. M. (2002). A utilização de fitoterapia no cotidiano de uma população rural. *Rev Esc Enferm USP, 36(3), 282-288.*
- Remondes-Costa, S., Jimenez, F., & Pais-Ribeiro, J. L. (2012). Imagem corporal, sexualidade e qualidade de vida no cancro da mama. *Psicologia, Saúde & Doenças, 13(2), 327-339.*
- Remondes-Costa, S., Jimenez, F., & Ribeiro, J. L. P. (2011). Avaliação da qualidade de vida em mulheres com cancro da mama transmontanas.
- Ribeiro, J. P., Pinto, C., & Santos C., (2007). Estudo da validação da versão portuguesa do QLQ-C30-V3; *Edição psicologia, saúde & doença*
- Rowland, J. H., Meyerowitz, B. E., Crespi, C. M., Leedham, B., Desmond, K., Belin, T. R., & Ganz, P. A. (2009). Addressing intimacy and partner communication after breast cancer: a

- randomized controlled group intervention. *Breast cancer research and treatment*, 118(1), 99-111.
- Rossi, L., & Santos, M. A. D. (2003). Repercussões psicológicas do adoecimento e tratamento em mulheres acometidas pelo câncer de mama. *Psicologia: ciência e profissão*, 23(4), 32-41.
- Schover, L. R. (1994). Sexuality and body image in younger women with breast cancer. *Journal of the National Cancer Institute. Monographs*, (16), 177.
- Sales, C. A. C., Paiva, L., Scanduzzi, D., & Anjos, A. C. Y. (2001). Qualidade de vida de mulheres tratadas de câncer de mama: funcionamento social; Quality of life of breast cancer survivors: social functioning. *Rev. bras. cancerol*, 47(3), 263-272 .
- Sambo, Luís (2012), Intervenções essencial de prevenção e controlo para a redução da incidência do cancro na região africana da OMS, *Manual para líderes e gestores*.
- Santos, F. G., Paiva, S. U., Segundo, M. A. D. A. S., Chaves, D. H., & Maia, A. A. A.(2013) Uso da ressonância nuclear magnética do câncer da mama.
- Santos, A., & Araújo, A. Singularidade na diversidade: os Kuvale e os Mosuo no ritual do casamento. *Revista do centro de investigação sobre ética aplicada (CISEA)*
- Segre, M., & Ferraz, F. C. (1997). O conceito de saúde. *Revista de saúde pública*, 31(5), 538-542.
- Scliar, M. (2007). *História do conceito de saúde. Physis*, 17(1), 29-41.
- Scowitz, M. L., Menezes, A. M. B., Gigante, D. P., & Tessaro, S. (2005). Condutas na prevenção secundária do câncer de mama e fatores associados Breast cancer's secondary prevention and associated factors. *Rev saúde pública*, 39(3), 340-9.
- Shimozuma, K., Ganz, P., Petersen, L. & Hirji, K. (1999). Quality of life the first year after breast cancer surgery: Rehabilitation needs and patterns of recovery. *Breast Cancer Research and Treatment*, 56, 45-57).
- Silva, C. B., Albuquerque, V., & Leite, J. (2010). Qualidade de vida em pacientes portadoras de neoplasia mamária submetidas a tratamentos quimioterápicos. *Revista brasileira de cancerologia*, 56(2), 227-36.
- Silva, S., Loureiro, J., & Sousa, G. (2004). Psicoterapia de grupo com mulheres mastectomizadas. *Universidade Lusíada Porto*.
- Speer, J. J., Hillenber, B., Sugrue, D. P., Blacker, C., Kresge, C. L., Decker, V. B., ... & Decker, D. A. (2005). Study of sexual functioning determinants in breast cancer survivors. *The breast journal*, 11(6), 440-447.

- Slamon, D. J., Clark, G. M., Wong, S. G., Levin, W. J., Ullrich, A., & McGuire, W. L. (1987). Human breast cancer: correlation of relapse and survival with amplification of the HER-2/neu oncogene. *Science*, 235(4785), 177-182.
- Sousa, O., & Vieira, E. (1998). Anticorpos Monoclonais. Abordagem Geral e Radioimunoterapia. *Acta medica portuguesa*, 11(4), 337-47.
- Souza, J. C., Paiva, T., & Reimão, R. (2006). Qualidade de vida de caminhoneiros. *J Bras Psiquiatr*, 55(3), 184-9.
- Spadacio, C., & Barros, N. F. D. (2008). Uso de medicinas alternativas e complementares por pacientes com câncer: revisão sistemática. *Rev Saúde Pública*, 42(1), 158-64.
- Sprangers, M. A., Groenvold, M., Arraras, J. I., Franklin, J., te Velde, A., Muller, M., ... & Aaronson, N. K. (1996). The European Organization for Research and Treatment of Cancer breast cancer-specific quality-of-life questionnaire module: first results from a three-country field study. *Journal of Clinical Oncology*, 14(10), 2756-2768.
- Talhaferro, B., Lemos, S. S., & Oliveira, D. E. (2007). Mastectomia e suas consequências na vida da mulher. *Arq Ciênc Saúde*, 14(1), 17-22.
- Taylor, K. L., Lamdan, R. M., Siegel, J. E., Shelby, R., Moran-Klimi, K., & Hrywna, M. (2003). Psychological adjustment among African American breast cancer patients: one-year follow-up results of a randomized psychoeducational group intervention. *Health psychology*, 22(3), 316.
- Teixeira, J. J. V., & Lefèvre, F. (2008). Significado da intervenção médica e da fé religiosa para o paciente idoso com câncer. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(4), 1247-1256.
- Tchen, N., Juffs, H. G., Downie, F. P., Yi, Q. L., Hu, H., Chemerynsky, I., ... & Tannock, I. F. (2003). Cognitive function, fatigue, and menopausal symptoms in women receiving adjuvant chemotherapy for breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 21(22), 4175-4183.
- Theriault, R. L. (1997). Effects of race and socioeconomic status on survival of 1,332 black, Hispanic, and white women with breast cancer. *Annals of Surgical Oncology*, 4(2), 111-118.
- Thors, C. L., Broeckel, J. A., & Jacobsen, P. B. (2001). Sexual functioning in breast cancer survivors. *Cancer Control*, 8(5), 442-442.

- Treatment, N. (2009). Evidências sobre o uso de práticas alternativas e complementares no tratamento convencional de neoplasias mamárias. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 55(3), 237-246.
- Uzun, Ö., Aslan, F. E., Selimen, D., & Koç, M. (2004). Quality of life in women with breast cancer in Turkey. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(3), 207-213.
- Tupholme, T. S. (2008). Qualidade de vida e estratégias de coping dos pacientes oncológicos.
- Venâncio, J. L. (2004). Importância da atuação do psicólogo no tratamento de mulheres com câncer de mama. *Revista brasileira de cancerologia*, 50(1), 55-63.
- Vieira, C. P., Lopes, M. H. B. M., & Shimo, A. K. K. (2007). Sentimentos e experiências na vida das mulheres com câncer de mama. *Rev Esc Enferm USP*, 41(2), 311-6.

ANEXOS

### **Revisão teórica do conceito “ O Cancro”**

O cancro é uma doença orgânica, caracterizada pela proliferação celular descontrolada, pela variabilidade genética, pela invasão local e pela metástase (Almeida, Leitão, Reina, Montanari, Donnici & Lopes, 2005; Koifman & Hatagima, 2003); ou seja, o cancro acontece, quando as células de uma determinada parte do corpo, desenvolvem-se descontroladamente, ao ponto de invadirem órgãos distantes, ao contrário das células normais que crescem de uma forma ordenada e controlada (Otto, 2000; Silva, Loureiro, & Sousa, 2004). Esta característica, confere ao cancro a sua propriedade maligna, diferenciando-o dos tumores benignos, que são limitados em seu crescimento e não invadem os tecidos adjacentes. É uma doença grave, já considerada nos nossos dias como um problema de saúde pública mundial, pela sua alta incidência, importância epidemiológica e impacto social (Barros & Lunet, 2006; da Silva, L. C., 2008). Acomete pessoas de qualquer idade, sexo, variações geográficas, etnia, credo e/ou estatuto social.

A idade, tem sido apontado na literatura, como um dos grandes fatores de risco para o cancro, pese embora a existência de um grande número que cancros próprias da infância. O papel da idade, está relacionada a exposição a agentes cancerígenos e a falhas do sistema imunitário. Em alguns casos, poderá estar relacionado a agentes infecto contagiosos ( HIV, HPV e/ou o VHB) ou a bactérias (Otto, 2000)

O sexo, é um fator importante da epidemiologia do cancro, tendo em conta que alguns tipos de cancro são mais propensos ao sexo feminino e outros ao masculino, embora essa distribuição, não pareça estar apenas relacionada ao facto de existir entre os dois sexos, diferenças anatómicas relevantes. O cancro da mama por exemplo, apesar do seu desenvolvimento acontecer tanto em mulheres como nos homens, 99% da incidência, acomete mulheres (Otto, 2000)

Os fatores de risco para o cancro, inclui variações geográficas, sendo que a América e a Europa são os lugares com maior frequência da incidência. Estudos revelam que, algumas formas específicas de cancro, como o do cólon e reto, o da próstata e da mama, são mais frequentes em países desenvolvidos, enquanto outros, como de estômago, esófago e colo de útero têm maior incidência nos países em desenvolvimento. Apesar da existência de estudos que sustentam essa afirmação, e que de fato, a morbimortalidade associada ao cancro ser superior em países em desenvolvimento, do que em países desenvolvidos, pouco ou quase

nada se sabe da situação oncológica africana pelo que, o estudo da realidade local, para o conhecimento do cancro é indispensável, tanto para a compreensão da epidemiologia do tumor, como para a definição de estratégias preventivas e terapêuticas (Gandra, Barros, Moreira, Calheiros, & Magalhães, 1993).

A etnia tem surgido nos últimos tempos como uma importante variável a ter-se em conta nos estudos sobre o cancro, com grande destaque para as investigações com base na QDV e cancro da mama. Estudos com base em diferenças étnicas (Giedzinska, Meyerowitz, Ganz, & Rowland, 2004), que compararam a QDV nas mulheres com cancro da mama, revelaram existir diferenças na forma como os dois grupos encaram a doença, com as mulheres afro-americanas a revelarem ter encontrado mais sentido na vida do que as Latinas. Outro estudo (Otto, 2000) desenvolvido na América, que comparou mulheres de diferentes raças com diagnóstico de cancro da mama, revelou que, apesar do cancro da mama ser mais frequente em mulheres brancas, a mortalidade é superior em mulheres negras.

O estatuto social tem sido apresentado na literatura, como um fator importante de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento dos mais variados tipos de cancro. Estudos (Garófolo et al, 2004; Medeiros et al., 2005), que fazem uma incursão sobre o cancro do colo do útero por exemplo, revelam que a sua prevalência, é mais comum em mulheres de baixa renda, com múltiplos parceiros sexuais (e.g. prostitutas) e sem ou pouca possibilidade de acesso a assistência médica e medicamentosa. Por outro lado, um estatuto económico baixo, também está descrito como estando na origem de um diagnóstico tardio, na maior parte dos casos (de Abreu & Koifman, 2002; Guerra, Gallo, Mendonça, & Silva, 2005). Por outro lado, um estilo de vida sedentário, desregrado, com uso e consumo excessivo do álcool, e/ou tabaco, uma dieta rica em carnes vermelhas e gorduras saturadas, são fatores acrescidos para a precipitação da etiologia dos cerca de 200 tipos de cancro conhecidos (Groome & O'Sullivan, 2006; Bower & Waxmax, 2006; Moreira, Silva, & Canavarro, 2008; Otto, 2000). O diagnóstico do cancro é realizado de forma histo-patologicamente. A seguir a uma coleta realizada por biópsia, que pode ser aspirativa ou por excisão. A seguir, o cancro pode ser classificado como tumor in situ ou tumor invasivo. O tumor in situ, é o tipo de cancro diagnosticado numa fase local do seu desenvolvimento, ou seja, ainda não atingiu outros tecidos para além do órgão afetado. O tumor invasivo é quando o tumor afeta outras partes do corpo, para além do órgão que lhe deu origem. O estadiamento do cancro é geralmente baseado na classificação TNM em que o T significa tumor, o N significa linfonodo, e o M metástase origem (Lorhisch & Piccart, 2006; Kaliks, 2013).

## **O Cancro da mama**

Como definição, a mama é uma glândula secretora que se situa uma em cada lado da parede torácica, sendo constituídas por tecido adiposo (gordura), tecido mamário, nervos, veias, artérias, tecido conjuntivo, músculos, lóbulos e ductos (Araújo et al, 2010; Bernardes, 2010; Patrão, 2007; Santos, Segundo, Chaves, & Maia, 2013).

O cancro da mama é o tumor maligno que se desenvolve nesse órgão humano. É mais comum nas mulheres e a segunda causa de morte nos países da Europa e América, sendo considerado pela OMS um problema de saúde pública mundial (Leão et al., 2013; Maluf et al, 2005; Mols et al., 2005; Otto, 2000; Venâncio, 2004). Embora a sua prevalência seja superior em mulheres (99%), os homens não estão livres de desenvolver a doença, prevendo-se que 1% dos homens a nível mundial possam em algum momento de suas vidas vir a desenvolver algum tipo de cancro da mama (Mota, 2011; Otto, 2000). O risco médio de desenvolver a doença durante a vida para uma mulher no mundo ocidental varia de um para oito, em alguns países e de um para onze em outros países, sendo que existe na Europa cerca de meio milhão de novos casos por ano (de Campos, Cardoso, & de Oliveira, 1997; Floortje et al., 2005; Lohisch & Piccart, 2006).

A epidemiologia do cancro da mama, é multifatorial, sendo que o sexo, a idade, e história pessoal e familiar de cancro e genética e estilo de vida. Mais recentemente a etnia, também passou a fazer parte dessa lista como importante fator de precipitação e morbi-mortalidade.

a) Sexo: estudos comprovaram, que o cancro da mama, é mais frequente em mulheres (99%) do que em homens (1%), sendo que na base dessa discrepância está principalmente as diferenças fisiológicas e hormonais ( Otto, 2000).

b) Idade: o risco de desenvolver o cancro da mama, aumenta com a idade, atingindo um pico máximo por altura da menopausa, entre os 45 e 55 anos (Cimprich , Ronis, & Martinez-Ramos, 2002; Paiva et al., 2002). Na base desta relação, encontra-se a exposição hormonal (estrogénio) prolongada, pela menarca precoce, menopausa tardia, nuliparidade, gravidez tardia (acima dos 35 anos), terapêutica hormonal de substituição e história pessoal ou familiar de cancro (Otto, 2000; Patrão, 2007).

c) História pessoal, familiar e genética: a probabilidade de desenvolver um cancro da mama é superior pelas alterações nos cromossomas 13 e 17, mais concretamente alteração do gene supressor tumoral BRCA1 e BRCA2. Se mais de dois familiares directos desenvolverem

cancro de mama, o risco para os restantes membros da família aumenta para o dobro (Silva, Carvalho, Milanez, & Schmitt, 2008).

d) Estilo de vida: a dieta rica em carnes vermelhas e gorduras animais e saturadas, consumo excessivo de álcool, consumo de tabaco e o sedentarismo, estão descritos como sendo fatores de risco para o desenvolvimento dos mais diversos tipos de cancros. Embora a sua relação com o cancro da mama ainda seja muito controverso, está comprovado que as mulheres que têm mais de dois desvios padrão acima da altura e peso médio estão em maior risco de desenvolver o cancro (Bower & Waxman, 2006; Otto, 2000; Patrão, 2007).

O diagnóstico do cancro da mama, é feito através de exames clínicos (mamografia/ecografia) e do exame anatomopatológico (citologia/histologia), sendo que o protocolo terapêutico é feito com base no tipo de cancro (caraterísticas do tumor), nos resultados do estadio clínico e na extensão do tumor (Bower & Waxman, 2006; Otto, 2000; Rolim 2007). A decisão terapêutica sobre a utilização de cirurgia, quimioterapia e/ ou radioterapia, de forma isolada ou concomitante, com objetivos curativos ou paliativos, depende dessas informações.

Assim, a classificação dos carcinomas da mama pela Organização Mundial de Saúde (Barros et al, 2001), é histológica e representa uma grande lista, da qual os tipos histológicos mais frequentes são o Carcinoma Ductal Invasivo (CDI), representando 50 a 75% dos casos e o Carcinoma Lobular Invasivo (CLI), representando cerca de 5 a 15% dos casos. Os critérios obtidos pelo exame patológico tradicional (biopsia), como tamanho, tipo e grau histológico do tumor, invasão vascular, envolvimento de gânglios linfáticos, índice de proliferação celular e expressão de receptores hormonais, são considerados fatores de prognóstico no cancro da mama. Mais recentemente, A utilização da técnica de cDNA (complementary DesoxiriboNucleic Acid – ácido desoxiribonucleico complementar) microarray permitiu correlacionar a diversidade fenotípica dos carcinomas da mama com a expressão génica e assim classificá-los em três grupos principais: o luminal, um sub-tipo que sobre-expressa; o HER2 (Human Epidermal Receptor 2 – receptor epidérmico humano 2); e um terceiro denominado de tipo basal. Este tipo de classificação, deu um avanço na previsão do resultado terapêutico, tendo em conta o conhecimento das caraterísticas moleculares, histológicas que envolvem o comportamento tumoral conferindo-lhe assim um prognóstico mais ou menos favorável, com maior ou menor QDV (Silva et al, 2008; Slamon, Clark, Wong, Levin, Ullrich & McGuire, 1987).

O sistema de estadiamento mais usado é o TNM da União Internacional Contra o Cancro (UICC). O cancro da mama está classificado em 4 estadios distintos que vão de 0 a IV (Otto, 2000):

- Estadio 0: corresponde ao carcinoma ductal in-situ e não apresenta ainda possibilidade de metastização.
- Estadio I: corresponde ao tumor que tem até 2 cm (no máximo), sem qualquer evidência de estar espalhado pelos gânglios linfáticos próximos.
- Estadio II: inclui tumores até 5 cm, mas já com envolvimento dos gânglios linfáticos, ou então um tumor primário com mais de 5 cm, sem metástases nos gânglios.
- Estadio III: corresponde ao tumor com mais de 5 cm e com envolvimento dos gânglios linfáticos da axila, do lado da mama afetada.
- Estadio IV: acontece quando existem metástases distantes que atingem outras partes do corpo. O estadiamento tem um papel fundamental para a eficácia dos tratamentos. Também pode ser importante para o estudo da eficácia de programas de controlo do cancro, bem como para o estudo da sua etiologia e história natural (Mackillop, et al., 2006). Já a extensão do tumor, é percebida, atribuindo-se um número a cada letra do sistema TMN, como se pode observar na tabela (1)

Tabela 10

***TNM do cancro da mama***

Estadio T- define o estado da extensão do tumor.	Estadio N- define o envolvimento ganglionar.	Estadio M- descreve o envolvimento de órgãos distantes.
T0 Tumor primário não detectável. T1 Tumor com menos de 2 cm. T2 Tumor medindo entre 2 e 5 cm. T3 Tumor medindo mais de 5 cm. T4 Tumor de qualquer tamanho que se estende para a pele ou parede torácica	N0 Sem envolvimento ganglionar. N1 Gânglios axilares móveis. N2 Gânglios axilares fixos. N3 Gânglios supra ou intraclaviculares.	M0 Sem metáteses. M1 Disseminado em órgãos distantes.

No que diz respeito aos sinais e à sintomatologia, do cancro da mama, estudos (Otto, 2000; Lorchisch & Piccart, 2006; Silva, Loureiro, & Sousa, 2004), indicam que, a mama é um

órgão de fácil acesso, através da observação e/ou da palpação, pelo que permite uma maior facilidade na detecção de alterações existentes através do autoexame e/ou do exame clínico da mama. Porém, a mamografia é o exame de rastreio mais fiável, pois permite detetar, lesões ainda não detetáveis pela apalpação e a biópsia é o exame determina o diagnóstico. De forma geral, os sinais e sintomas mais frequentes são:

- a) Assimetria mamária;
- b) Nódulo: que pode estar fixo (quase sempre), irregular, situando-se no quadrante superior externo da mama (50% dos casos);
- c) Escorrência mamilar: aquosa e/ou sanguinolenta;
- d) Irritação e/ou alteração na pele ou (como também é conhecido) pele em forma de casca de laranja;
- e) Género de massa informe na zona axilar ou supra-clavicular;
- f) Inversão do mamilo: mamilo para dentro, como se tivesse sido repuxado.
- g) Inflamação e/ou dor e/ou sensibilidade persistente: essa última pouco frequente numa etapa inicial, embora o carcinoma inflamatório da mama possa apresentar a dor como o primeiro.

## **Terapias convencionais para o cancro da mama**

Para o tratamento do cancro da mama, atualmente, existem várias opções com base no estadio da doença. Estas opções incluem cirurgia, quimioterapia, radioterapia, terapêutica hormonal e terapêuticas alvo ou dirigida (Bowxer & Waxman, 2006; Macedo et al, 2010; Pennery, Speechley, & Rosenfield, 2010).

A cirurgia, é a prática mais usual no tratamento do cancro da mama. Pode ser feita de forma parcial (conservadora) ou radical (mastectomia). A cirurgia conservadora da mama, é aquela onde se preserva o máximo da parte da mama saudável, removendo-se apenas o tumor, numa cirurgia, que pode ser tumorectomia (apenas o tumor), ou quadrantectomia (o quadrante da mama onde se encontra o tumor). A mastectomia, é uma cirurgia em que se remove toda a mama e muitas vezes também, os gânglios linfáticos axilares, sendo denominada de mastectomia parcial no primeiro caso e radical, no segundo. Atualmente, tendo em conta a grande morbilidade provocada pela mastectomia radical, o esvaziamento axilar só é feito caso o gânglio sentinela seja positivo (Panobianco & Mamede, 2002; Roche, 2013).

A quimioterapia consiste na utilização de fármacos específicos (citostáticos) que servem para eliminar as células tumorais existentes no organismo, mesmo que não tenham sido ainda detectadas. Semelhante ao tratamento cirúrgico, também existe mais de um tipo de citostáticos, que podem ser usados durante o tratamento quimioterapêutico. Essa diferença, reside no grau de toxicidade dos agentes e pode influenciar uma maior ou pior adesão a terapia, tendo em conta o impacto nas dimensões psicológicas, físicas e funcionais da QDV. O tratamento quimioterapêutico pode ser utilizado de forma isolada ou em combinação com outros tratamentos como por exemplo a cirurgia e/ou a radioterapia. Pode ser utilizado antes da cirurgia (neo-adjuvante), com o objetivo de diminuir o tumor e permitir uma maior margem cirúrgica, ou depois da cirurgia (adjuvante), com o objetivo de eliminar possíveis células tumorais espalhadas pelo organismo. Pode ser ainda administrada de forma curativa ou profiláctica. Assim, a quimioterapia pode ser usada para tratar o cancro e/ou para prevenir metástases ou recidivas. Alguns estudos (Park et al, 2000), revelam, que o uso da quimioterapia adjuvante é um fator importantes associados a diminuição do risco de recorrência local (LR) entre os pacientes tratados com cirurgia conservadora da mama e a radioterapia. Os protocolos de quimioterapia, utilizados no tratamento do cancro da mama, dependem, essencialmente, do estadio da doença, do resultado dos vários exames clínicos, da

idade da doente, e também, da sua preferência, após ser informada quanto aos efeitos secundários e à duração do tratamento (Bower & Waxman, 2006; Conde, Pinto-Neto, Júnior & Aldrighi 2006; Melo, Araújo, Oliveira & Almeida, 2002; Otto, 2000; Rebelo et al, 2007; Remondes-Costa, Jimenez & Ribeiro, 2011). Os efeitos secundários da quimioterapia, abrangem sintomas como náuseas, vômitos, fadiga, queda do cabelo, baixa auto estima, provocada por uma percepção negativa da imagem corporal e alteração a nível da sexualidade, que pode ser provocada por um coito doloroso e um mau estar geral e ainda a fadiga. A fadiga é revelada como um dos sintomas que pode persistir muito tempo após os tratamentos e está muitas vezes associada aos tratamentos de quimioterapia mais intensiva (Ganz & Bower, 2007; Bower et al, 2000), embora alguns estudos revelem que, a existência da fadiga antes do início do tratamento é um forte previsor de fadiga persistente após os tratamentos (Cappiello, Cunningham, Knobf & Erdos, 2007). A nível da sexualidade, estudos (Ganz, Rowland, Desmond, Meyerowitz & Wyatt, 1998 Meyerowitz, Desmond, Rowland, Wyatt & Ganz, 1999; Rowland et al, 2009;), indicam que a disfunção sexual ocorre mais frequentemente em mulheres que receberam a quimioterapia e/ou aquelas que foram submetidas a mastectomia (Karabulut & Erci, 2009).

A radioterapia, ou terapêutica por radiações, consiste na utilização de altas doses radioactivas para destruir as células cancerígenas. O tratamento é feito para reduzir o risco de recorrência local do tumor, quase sempre após cirurgia, já que, sem radioterapia, o risco de recorrência está avaliada entre 40 a 60% ao passo que com a radioterapia o risco diminui para 4 a 6% (Bower & Waxman, 2006). No cancro da mama, a radioterapia, faz-se geralmente depois de uma cirurgia conservadora da mama, mas, pode também ser usada depois da mastectomia. Algumas mulheres fazem radioterapia antes da cirurgia, para destruir células cancerígenas e diminuir o tamanho do tumor, ou seja, em contexto "neo-adjuvante", como é feito também com a quimioterapia. A radioterapia combinada com quimioterapia após a mastectomia radical modificada diminui taxas de recidiva loco-regional, reduzindo drasticamente a mortalidade por cancro da mama (Fisher, 2002; Ragaz et al, 1997). Existem dois tipos de radioterapia: a radioterapia externa e a radioterapia interna (Bower & Waxman, 2006; Rossi & Santos, 2003):

- A radioterapia externa, é geralmente realizada em ambulatório. Os tratamentos são geralmente diários (5 dias por semana) e podem durar várias semanas.

- A radioterapia interna ou braquiterapia, é realizada através de implantes sobre o tumor. A radiação provém de material radioactivo contido em finos tubos de plástico, colocados directamente nos implantes sobre a mama. Os implantes permanecem na mama, durante o

tempo (geralmente apenas dias) que durar o tratamento, só sendo retirados apenas no final do tratamento.

No final da irradiação da mama, 4-8% dos pacientes terão qualquer reacção e menos do que 10 % terão uma descamação húmida, poderá ainda apresentar a pele vermelha, seca, sensível e pigmentada, podendo mesmo no final do tratamento, apresentar-se com drenagem de secreção (Porock & Kristjanson, 1999). Porém, o efeito adverso mais comum e preocupante, é a fadiga, especialmente nas últimas semanas de tratamento, que pode persistir por mais algum tempo, causando grandes dificuldades nas actividades diárias dessas mulheres, com grande impacto nas suas relações familiares, interpessoais e na QDV em geral. (Arisawa, 2008; Bower & Waxman, 2006; da Silva 2008).

A terapia hormonal, é um tratamento adjuvante para todas as mulheres com cancro da mama desde que tenham cancro da mama com receptores hormonais (RH) positivos. O tratamento, baseado no uso do tamoxifeno por 5 anos, pode reduzir a mortalidade da mulher por um período igual ou superior a 10 anos. O uso da terapia hormonal após desenvolvimento do cancro, reduz ainda o risco de recidiva e o risco de desenvolvimento de cancro da mama contra-lateral em até 39% (Abe, 1992; Lorhisch & Piccart, 2006).

A terapia dirigida, também designada por anticorpo monoclonal, é um tipo de tratamento mais recente, que está a ser usado nos últimos tempos de forma mais abrangente, para bloquear as diferentes formas de desenvolvimento e crescimento das células malignas da mama (Pennery, Speechley & Rosenfield, 2010). Este tipo de terapêutica, resulta do conhecimento sobre a biologia molecular do cancro, que permitiu o desenvolvimento de moléculas que administradas no organismo humano, vai actuar sobre uma proteína (HER2) ou gene específico (BRCA1, BRCA2 e TP53) que confere possibilidade de sobrevivência à célula maligna (Lorhisch & Piccart, 2006). A proteína HER2, é um proto-oncogene, que tem um papel regulador nas células com funcionamento anormal e com menor grau nas células com funcionamento normal. A eficácia dos anticorpos monoclonais, depende da sua capacidade de ligação ao tumor e de estimular o mecanismo imunológico efetor humano. O tratamento é feito, através da administração intravenosa (IV), ou por implantofix, de forma concomitante com a quimioterapia ou isoladamente. A maior dificuldade revelada nos estudos com anticorpos monoclonais, prende-se com a dificuldade de se desenvolver anticorpos específicos, apenas para as células malignas (Sousa & Vieira, 1998).

### **Terapias alternativas ou tratamentos não convencionais**

Embora não haja evidências científicas que demonstrem que as terapias alternativas tenham resultados fiáveis para tratar ou controlar o cancro, e outros estudos (Burstein, Gelber, Guadagnoli, & Weeks, 1999), demonstrem que as mulheres que iniciaram o uso da medicina alternativa após tratamento convencional relataram uma pior QDV do que as mulheres que nunca usaram a medicina alternativa, é inegável, o impacto psicossocial na paciente, que pode contribuir para uma menor ansiedade durante o tempo que durar o processo de doença e sobrevivência (Spadacio & Barros, 2008). Estudos (La utilización, 2002) revelam que o uso da terapêutica alternativa pelas mulheres com diagnóstico de cancro da mama, deve-se, principalmente a insatisfação e/ou ao pouco acesso a medicina convencional e a afinidade pela utilização de produtos naturais, sobretudo na Ásia e África, onde a medicina naturalista tem uma longa tradição. A fitoterapia faz parte da humanidade desde os tempos mais remotos, tendo sido divulgado de geração em geração no interior dos diversos grupos culturais, por desconhecimento e/ou pouco acesso aos tratamentos convencionais ou ainda para diminuir os efeitos colaterais relacionados a medicação convencional (Jaconodino, Amestoy, & Thofehn, 2008). Para os diversos tipos de cancros existentes, incluindo o cancro da mama, estudo (Jaconodino et al, 2008), revela a existência de aproximadamente 700 espécies de plantas, as quais apresentam ações sobre tumores malignos.

A fé, a religiosidade e a espiritualidade contribuem de forma ativa na luta contra a doença e as suas convicções religiosas fornecem significado e perspectiva, quanto a dor e ao sofrimento infligido pelo cancro e os seus tratamentos convencionais (Hoffmann, Muller, & Frasson, 2006). Este processo, de fé e espiritualidade (sem ser necessariamente religioso) permite desenvolver resiliência e um coping positivo para o enfrentamento da doença (Teixeira, & Lefèvre, 2008). Do ponto de vista psicológico, a reza diária do terço, está descrito como sendo uma boa técnica de relaxamento, sendo que os autores da Cruz Bertan & de Castro, (2010), também sugerem a técnica de relaxamento progressivo como medida eficaz para a redução da ansiedade observada nos pacientes com cancro da mama. Ainda do ponto de vista psicológico, Moadel, (2007), apresentou um estudo sobre a “Yoga e os Efeitos sobre a Qualidade de Vida” em uma amostra multiétnica de pacientes com cancro da mama, onde demonstrou que a yoga pode melhorar o bem-estar emocional e o humor, atenuando a

deterioração tanto em domínios gerais como em domínios específicos da QDV sobretudo em mulheres que não foram submetidas a quimioterapia.

Por fim, a literatura apresenta uma modalidade, que se tem estado a fazer notar no círculo de doentes crónicos: o Reiki, conhecido também como uma união de energia cósmica universal, refere-se à dimensão espiritual, com a energia vital individual (KI), a qual circunda nos corpos e os mantêm vivos. O estudo desenvolvido por Jaconodino et al, (2008), revela a existência de registos que comprovam a utilização desta técnica há mais de 8 mil anos, no Tibet, e que foi reconhecida pela OMS como potencializador do efeito de algumas terapias entre elas a quimioterapia.

Embora não haja garantias para o tratamento do cancro da mama, com tratamentos não convencionais, o papel ativo da paciente nas abordagens terapêuticas alternativas, desperta uma tendência para a auto-cura, que embora, não consiga a remissão da doença, promove uma melhor QDV e espírito de luta (Pennery, Speechley & Rosenfield, 2010). Por outro lado o papel benéfico do uso da terapia alternativa junto do tratamento convencional, por efeito placebo, pode de facto, aliviar sintomas ou efeitos colaterais, diminuindo a dor e oferecendo conforto psicológico ao paciente, sem causar novos prejuízos a sua QDV (Treatment, 2009).

### **Caraterísticas do Material**

Para o presente estudo, concebeu-se de raiz um questionário sociodemográfico e clínico, constituído das variáveis usuais neste tipo de estudo (e.g. idade, estado civil, tipo de tratamento, etc) e para avaliar a QDV selecionou-se o questionário EORTC-QLQ-C30 e o seu módulo EORTC-QLQ-BR-23, para o cancro da mama da Organização Europeia para a Pesquisa da Qualidade de Vida (EORTC), a quem foi endereçado o respetivo pedido de autorização de utilização, através de contatos estabelecidos por correio eletrónico aos autores. Obteve-se a respetiva autorização (Anexo I), assim como um manual com as respetivas normas de aplicação, cotação e validação. A seleção dos respetivos, instrumentos (como já foi anteriormente mencionado), foi efetuada com base nos seguintes critérios:

- 1) Por estar validado para a população portuguesa, a qual mantém um idioma (português) partilhado com a população angolana.
- 2) Porque a maioria dos instrumentos analisados, foram desenvolvidos em países de expressão inglesa e poucos estão traduzidos, adaptados e validados a língua portuguesa, com resultados tão comprovados e aceites como medindo os mesmos constructos em outras línguas e culturas, como o EORTC QLQ-C30 e o seu módulo para o cancro da mama (EORTC QLQ-BR23) (Alegrance, Souza, & Mazzei, 2010); Arndt, Stegmaier, Ziegler, & Brenner, 2006; Fehlaer, Tribius, Mehnert, & Rades, 2005)
- 3) Por não se ter conhecimento da existência da sua adaptação e validação à população angolana nem de algum estudo idêntico realizado em Angola.
- 4) Por fim e mais importante, é o fato das questões linguísticas do questionário com validação para à população portuguesa, estarem acessíveis à compreensão angolana. Outro critério particularmente relevante é o fato da literatura confirmar que EORTC QLQ-C30 e o seu suplemento para o cancro da mama (EORTC-QLQ-BR23), possuírem boas propriedades métricas, e que medem, os mesmos constructos, do mesmo modo, que as versões noutras línguas e culturas e que são apropriados para serem aplicados em pessoas com cancro (Alegrance, Souza, & Mazzei, 2010; Anastasiadis et al., 2003; Arndt, Stegmaier, Ziegler, & Brenner, 2006; Fehlaer, Tribius, Mehnert, & Rades, 2005; Pais Ribeiro, 2008).

### **Caraterísticas dos questionários:**

#### **- Sociodemográfico e Clínico**

Os questionários sociodemográfico e clínico, foram concebidos e selecionados, com base no que se fez em outros estudos do género (Alegrance et al., 2010; Anastasiadis et al., 2003; Arndt et al., 2008; Fehlauer et al., 2005). Para o presente estudo, os questionários estão compostos das seguintes variáveis:

1) Questionário sociodemográfico e clínico: a parte sociodemográfica do questionário, está constituído para avaliar a idade, a nacionalidade, a naturalidade, a etnia, a raça, a habilitações literárias, a profissão, a situação profissional, o rendimento mensal, o estado civil e o número de filhos. Algumas destas variáveis foram ordenadas segundo distintas dimensões, tendo-se optado por deixar em aberto as variáveis, idade, nacionalidade, naturalidade, etnia, raça e número de filhos.

A variável habilitações literárias foram agrupadas em classes que vão de “sem escolaridade”, “4ª classe”, “6ª classe”, “9ª classe”, “12ª classe”, “Bacharelato”, “Licenciatura”, “Mestrado”, “Doutoramento” e “Outra”.

Para a variável situação profissional, considerou-se as dimensões: “Ativa”, “Desempregada”, “Doméstica”, “Reformada”, “Baixa Médica” e “Outra”.

Para a variável rendimento anual, optou-se por agrupar pelas mais distintas dimensões salariais oficiais em vigor na República de Angola: “Inferior a 16.000 Kz”, “Entre 16.001 a 32.000 Kz”, “Entre 32.001 a 64.000 Kz”, “Entre 64.001 a 128.000 Kz”, “128.001 a 256.000 Kz” e “Superior a 256.001Kz”.

Para a variável “estado civil” considerou-se as classes: “Solteira”, “Casada”, “União de Fato”, “Divorciada”, “Separada” e “Viúva”.

2) A parte clínica do questionário, intrínseca à patologia do cancro da mama, está constituído, pelas variáveis: “Como foi detetado o cancro”, a “Data do diagnóstico”, o “Tipo de Tratamento”, o “Tipo de Cirurgia” a Modalidade quimioterapêutico (e.g. neo/adjuvante), a “Psicopatologia Prévia, os “Antecedentes Familiares e Pessoais de Cancro Mama” a “Patologia Psiquiátrica” o “Acompanhamento Psicológico” e “Acontecimentos de Vida Negativos/Positivos”.

3) Faz ainda parte do questionário sociodemográfico e clínico, uma folha de rosto, onde consta as modalidades: “Tipo de Diagnóstico”, “Data do diagnóstico” e o “Estádio da

Doença”, pelo fato da grande maioria das pacientes, desconhecer tais especificidade, tendo sido recolhido com o apoio dos técnicos assistentes e da consulta dos processos individuais. Faz ainda parte da folha de rosto, as seguintes informações: “Nome e o número da paciente”, “Número de identificação”, “Contato (nº de telemóvel)”, “Número do processo clínico”.

É de salientar que, a variável “Como foi detetado o cancro” foi avaliada, tendo em conta as diretrizes do programa angolano de luta contra o cancro da mama, que está constituído pela realização mensal do auto-exame da mama, a consulta de rastreio e a consulta clínica (exame anual de rotina). Foram sugeridas 4 possibilidades de respostas: “Auto exame da mama”, “Exame médico de rastreio”, “Consulta clínica” e “Outros (e.g. de forma acidental, durante o banho).”

A avaliação do “Tipo de Tratamento” foi baseada nos diferentes tipos possíveis de tratamentos: “Mastectomia”, “Cirurgia conservadora”, “ Quimioterapia”, “Radioterapia” e a “Hormonoterapia” (Otto, 2000) A avaliação do “Tipo de Cirurgia” foi realizada mediante sugestão de: “Mastectomia” e/ou “ Cirurgia conservadora da mama. Para a avaliação do “Tipo de modalidade quimioterapêutico” foi colocada uma questão aberta, sendo que a classificação foi organizada pelas duas diferentes modalidades: “Quimioterapia neoadjuvante” e/ou “Quimioterapia adjuvante”.

A “Psicopatologia Prévia” foi avaliada através de uma questão fechada, “Tem ou teve alguma patologia psiquiátrica?”, com duas possibilidades de respostas “ Sim ou Não”.

O acompanhamento psicológico foi avaliado através de uma questão fechada, “ Tem ou teve acompanhamento psiquiátrico/psicológico? “ com duas possibilidades de respostas “Sim ou Não.

Para avaliar os acontecimentos de vida negativo com forte impacto na vida da mulher, foi apresentada uma questão com duas possibilidades de resposta “Sim ou Não “, seguido de uma tipificação “Por favor, refira qual ou quais o (s) acontecimento (s) com forte impacto na sua vida” com quatro possibilidades “Muito negativo”, “Negativo”, “Positivo” e “Muito positiva”. Esta variável foi relacionada com separação e perda, mudanças de vida, doença do próprio e de outros, os quais são apontados frequentemente na literatura como tendo grande impacto positivo/negativo na vida dos indivíduos (Patrão, 2007).

A avaliação do “Estadio do cancro da Mama”, realizou-se baseado na Classificação TNM – Estadio I, II , III e IV (Bower & Waxman, 2006. p. 80, Otto, 2000).

**- Questionário EORTC-QLQ-C30**

A QDV foi avaliada através de dois instrumentos desenvolvidos pelo Cancer Study Group on Quality of Life da European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC, 2001). O primeiro desses instrumentos designa-se de QLQ-C30. É considerado um questionário de avaliação da QDV em pacientes com cancro, constituído por 30 itens traduzido e validado para mais de 60 idiomas e ainda com várias traduções em desenvolvimento (Koller et al., 2007). Algumas dessas traduções, foram efetuadas principalmente no ocidente, embora também haja já, em algumas línguas africanas e asiáticas (Koller et al., 2007; Kontodimopoulos, Ntinoulis, & Niakas, 2011). É considerado o questionário mais utilizado na Europa em pacientes com cancro, e tem sido amplamente utilizado em todo o mundo. Está dividido por três escalas: uma escala para avaliação do estado global de saúde e QDV (QL2), cinco subescalas funcionais e nove subescalas sintomáticas associadas ao cancro e ao tratamento, e ainda por seis subescalas que avaliam os sintomas relatados pelos pacientes com cancro. As subescalas funcionais (QL2) são: funcionamento físico (PF2), limitações funcionais (RF2), funcionamento emocional (EF), funcionamento cognitivo (CF) e funcionamento social (SF); As escalas sintomáticas estão compostas pelas subescalas 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 formato de resposta é do tipo Likert de quatro pontos (do «não» ao «muito») para as escalas funcionais, e para a escala global de saúde as respostas são de sete possibilidades de respostas (do «péssima» a «ótima»). Os valores elevados nas escalas funcionais e na escala global de saúde, indicam um melhor nível de funcionamento e uma melhor QDV, ao contrário, os valores elevados nas escalas sintomáticas indicam uma maior sintomatologia e uma menor QDV. Os valores do questionário, são transformados de 0 a 100, conforme a indicação no manual de cotação do EORTC (2001).

**- Questionário EORTC-QLQ-BR23**

O EORTC-QLQ-BR23 (EORTC, 2001), é um questionário suplementar do EORTC-QLQ-C30, para o cancro da mama. O módulo, que é específico para pacientes com cancro da mama, durante o processo de doença e tratamentos, está constituído de 23 itens, divididos por duas escalas. A primeira está constituída por quatro subescalas funcionais que avaliam o funcionamento físico do paciente durante e após o diagnóstico e tratamento do cancro e a segunda está igualmente constituída por quatro subescalas de sintomas, onde se avaliam sintomas da doença, e efeitos secundários do tratamento relatados pelos pacientes. As subescalas funcionais são: imagem corporal (BRBI), funcionamento sexual (BRSEF), prazer sexual (BRSEE) e perspectivas futuras (BRFU); As subescalas sintomáticas são: efeitos da quimioterapia (BRST), sintomas na mama (BRBS), sintomas no braço (BRAS) e preocupação com a queda do cabelo (BRHL). A semelhança do questionário anterior (EORTC-QLQ-C30), o formato de resposta é do tipo Likert de quatro pontos (do «não» ao «muito»). Os valores elevados nas escalas de funcionamento, indicam um melhor nível de funcionamento e uma melhor QDV, ao contrário, os valores elevados nas escalas sintomáticas indicam uma maior sintomatologia e por isso uma menor QDV. Idêntico ao EORTC-QLQ-C30, os valores do EORTC-QLQ-BR23, são transformados de 0 a 100, conforme a indicação no manual de cotação (EORTC, 2001).

## Anexo J

### **Autorização dos questionários QLQ-30 e QLQ-BR-23**

From: qlqc30@eortc.be

> To: ildaduarte1@hotmail.com

> Subject: QLQ-C30 download request from Ilda Duarte

> Date: Tue, 14 May 2013 18:54:36 +0200

> Dear Sir/Madam,

> Please find below the links where you can download the documents you requested.

> Best regards,

> Firstname: Ilda > Lastname: Duarte

> Hospital/Institution: ISPA - University Institute of Applied Psychology

> Address: Rua Jardim do Tabaco, 34 > County/State: Lisbon

> Postal Code: 1149-041 Lisbon > Country: Portugal

> Phone: +351.218811700

> Email: ildaduarte1@hotmail.com

> Protocol: Quality of Life in Angolan women with breast cancer diagnosis - A preliminary study.

> Documents requested:

> QLQ-C30 Core Questionnaire in Portuguese

> Breast Module (BR23) in Portuguese

> QLQ-C30 Scoring Manual

> Full reference values

> Latest issue of the EORTC Quality of Life Group Newsletter

> Scoring Instructions: Breast BR23

> URLs:

> <http://www.eortc.be/qol/files/C30/QLQ-C30%20Portuguese.pdf>

> <http://www.eortc.be/qol/files/BR23/BR23%20Portuguese.pdf>

> <http://www.eortc.be/qol/files/SCManualQLQ-C30.pdf>

> [http://www.eortc.be/qol/files/RV/RV\\_complete.pdf](http://www.eortc.be/qol/files/RV/RV_complete.pdf)

> [http://www.eortc.be/qol/files/QOL\\_newsletter.pdf](http://www.eortc.be/qol/files/QOL_newsletter.pdf)

> [http://www.eortc.be/qol/files/ScoringInstructions/BR23\\_summary.pdf](http://www.eortc.be/qol/files/ScoringInstructions/BR23_summary.pdf)

> If the links don't work, you can copy and paste the entire URL (so with .pdf included) into your browser and that should work. If you are having other technical difficulties please contact us by email: [qlqc30@eortc.be](mailto:qlqc30@eortc.be)

## Anexo K

### **Qualidade de vida em mulheres com cancro da mama**

#### ***Consentimento Informado***

No âmbito da presente investigação sobre o cancro de mama, realizada para a obtenção do grau de mestre em Psicologia Clínica, sob a responsabilidade da Dr<sup>a</sup> Ilda Duarte e orientação da Professora Doutora Isabel Leal (ISPA – Instituto Universitário-Lisboa/Portugal) e com o apoio do Centro Nacional de Oncologia (CNO), convido-a a participar no presente estudo, que tem como objetivo desenvolver uma melhor compreensão acerca do impacto psicossocial do cancro de mama na mulher através da adaptação e validação de um instrumento de avaliação da qualidade de vida a mulheres angolanas com cancro de mama (EORTC QLQ-30). Deste modo, solicito o preenchimento de um breve questionário com a duração aproximada de 15 minutos. Não será aplicada qualquer acção ou actividade adicional.

Assegura-se que a sua participação neste estudo é voluntária e que os dados são totalmente confidenciais e utilizados somente para o tratamento estatístico exclusivo do presente estudo.

Mais se informa que não se prevê qualquer tipo de dano quer físico, quer psicológico. Esclarece-se, contudo, que poderá interromper a sua participação sempre que assim o desejar sem que interfira com o acompanhamento multidisciplinar providenciado pela instituição hospitalar.

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que tomei conhecimento dos objetivos, método e do carácter voluntário da participação no estudo, bem como da possibilidade de a qualquer momento poder desistir da minha participação. Declaro, ainda, que tive oportunidade de formular as questões que considerei oportunas, as quais me foram claramente esclarecidas.

Pelo acima exposto aceito participar na presente investigação.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura da investigadora

Anexo L

**Folha de Identificação**

Nº de identificação \_\_\_\_\_

Nome da participante \_\_\_\_\_

Contato \_\_\_\_\_

Processo clínico nº \_\_\_\_\_

Diagnóstico \_\_\_\_\_

Data do Diagnóstico \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Estadio \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Anexo M

**Qualidade de vida em mulheres com cancro da mama**

**Questionário Sociodemográfico e Clínico**

1. Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 1.1. Idade: \_\_\_\_\_

2. Nacionalidade: \_\_\_\_\_

3. Naturalidade: \_\_\_\_\_

4. Etnia:

Bakongo  Kimbundo  Cuanhama  Fiote  Tchocwes  Umbundo

Outros \_\_\_\_\_

5. Raça:

Negra  Branca  Mista  Outra \_\_\_\_\_

6. Habilitações literárias completas:

Sem escolaridade  4ª classe  6º ano  9º ano  12º ano

Bacharelato  Licenciatura  Mestrado  Doutoramento

Outro \_\_\_\_\_

7. Profissão: \_\_\_\_\_

8 Situação Profissional:

Activa  Desempregada  Doméstica  Reformada  Baixa Médica

Outro \_\_\_\_\_

9. Rendimento anual familiar:

inferior a 16.000Kz  entre 16.001 e 32.001Kz  entre 32.001 e 64.001Kz

entre 64.001 e 128.001Kz  entre 128.001Kz a 256.0001Kz  Superior a 252.001

10. Estado Civil:

Solteira  Casada  União de Facto  Divorciada  Separada  Úva

10.1. Qual a duração da relação actual? \_\_\_\_\_

Por favor passe a página seguinte

11. Tem filhos? Sim\_\_\_\_\_ Não\_\_\_\_\_ Quantos? \_\_\_\_\_

1. Indique, por favor, a data na qual obteve o diagnóstico: \_\_\_\_\_

2. Como foi detectado o cancro da mama:

Auto-exame da mama  Exame médico de rastreio  Consulta clínica

Outros (ex. durante o banho, pelo companheiro)\_\_\_\_\_

3. Já iniciou o tratamento? Sim\_\_\_ Não\_\_\_

3.1. Se sim, indique qual (quais):

Mastectomia  Cirurgia Conservadora  Quimioterapia  Radioterapia

Terapêutica Hormonal

3.2. Fez quimioterapia antes da cirurgia? Sim\_\_\_\_\_ Não\_\_\_\_\_

3.3. Fez quimioterapia depois da cirurgia? Sim\_\_\_\_\_ Não\_\_\_\_\_

3.4. Indique, por favor, qual a fase actual do tratamento (ex. estou a terminar a radioterapia):\_\_\_\_\_

4. Já terminou o último tratamento (incluindo Terapêutica Hormonal)?

Sim\_\_\_ Não\_\_\_

4.1. Se sim, indique, por favor, quando terminou o último tratamento:

\_\_\_\_\_

5. Encontra-se a utilizar ou utilizou terapêuticas alternativas? Sim\_\_\_ Não\_\_\_

5.1. Se sim, quais? Produtos naturais  Espirituais  Religiosos  Outros\_\_\_\_\_

6. Este foi o seu primeiro diagnóstico de cancro da mama? Sim\_\_\_ Não\_\_\_

7. Teve alguma doença benigna na mama? Sim\_\_\_\_\_ Não\_\_\_\_\_

8. Tem ou teve outra doença física? Sim\_\_\_ Não\_\_\_

8.1. Se sim, qual (quais)? \_\_\_\_\_

9. Antecedentes familiares com o diagnóstico de cancro? Sim\_\_\_ Não\_\_\_

9.1. Se sim, qual o grau de parentesco e qual o tipo de cancro?

10. Tem ou teve uma patologia psiquiátrica? Sim\_\_\_ Não\_\_\_

10.1. Se sim, qual (quais)? \_\_\_\_\_

10.2. Tem ou teve acompanhamento psicológico/ psiquiátrico? Sim\_\_\_ Não\_\_\_

10.3. Se sim, quando? Antes do diagnóstico  Depois do diagnóstico

Por favor passe a página seguinte

11. Na vida, há diferentes acontecimentos que podem ter um impacto positivo ou negativo nas diversas áreas da vida da mulher. Por favor, refira qual (quais) o (s) acontecimento (s) com forte impacto na sua vida:

	Muito negativo	Negativo	Neutro	Positivo	Muito positivo
a)	1	2	3	4	5
b)	1	2	3	4	5
c)	1	2	3	4	5
d)	1	2	3	4	5
e)	1	2	3	4	5

12. De seguida irá encontrar dois questionários referentes somente à **experiência pessoal de cancro (QLQ-30) e do cancro da mama (QLQ-BR23)**, nomeadamente à qualidade de vida percebida. Por favor responda a TODAS as questões.

Por favor passe a página seguinte

**EORTC-QLQ-C30**

**Questionário de Qualidade de vida em pacientes com cancro**

Gostaríamos de conhecer alguns pormenores sobre si e a sua saúde. Responda você mesmo/a, por favor, a todas as perguntas, fazendo uma cruz (X) no espaço que corresponde melhor à forma como se sente. Não há respostas certas nem erradas.

<b>AFIRMAÇÕES</b>	Não	Um Pouco	Bastante	Muito
1. Custa-lhe fazer esforços mais violentos, por exemplo, carregar um saco de compras pesado ou uma mala?				
2. Custa-lhe percorrer uma grande distância a pé?				
3. Custa-lhe dar um pequeno passeio a pé, fora de casa?				
4. Precisa de ficar na cama ou numa cadeira durante o dia?				
5. Precisa que a ajudem a comer, a vestir-se, a lavar-se ou ir à casa de banho?				
<b>Durante a última semana:</b>	Não	Um pouco	Bastante	Muito
6. Sentiu-se limitada no seu emprego ou no desempenho das suas actividades diárias?				
7. Sentiu-se limitada na ocupação habitual dos seus tempos livres ou noutras actividades de lazer?				
8. Teve falta de ar?				
9. Teve dores?				
10. Precisou de descansar?				
11. Teve dificuldades em dormir?				
12. Sentiu-se fraca?				
13. Teve falta de apetite?				
14. Teve enjoos?				
15. Vomitou?				

Por favor passe a página seguinte

<b>Durante a última semana:</b>	Não	Um Pouco	Bastante	Muito
16. Teve prisão de ventre?				
17. Teve diarreia?				
18. Sentiu-se cansada?				
19. As dores perturbaram as suas actividades diárias?				
20. Teve dificuldade em concentrar-se, por exemplo, para ler jornal ou ver televisão?				
21. Sentiu-se tensa?				
22. Teve preocupações?				
23. Sentiu-se irritável?				
24. Sentiu-se deprimida?				
25. Teve dificuldades em lembrar-se das coisas?				
26. O seu estado físico ou tratamento médico interferiram na sua vida familiar?				
27. O seu estado físico ou tratamento médico interferiram na sua actividade social?				
28. O seu estado físico ou tratamento médico causaram-lhe problemas de ordem financeira?				

<b>AFIRMAÇÕES</b>	1 Péssima	2	3	4	5	6	7 Ótima
29. Como classifica a sua saúde em geral durante a última semana?							
30. Como classifica a sua qualidade de vida global durante última semana?							

Por favor passe a página seguinte

**EORTC QLQ- BR-23****Qualidade de vida em mulheres com cancro da mama**

Às vezes as pacientes relatam que têm os sintomas ou problemas abaixo descritos. Por favor, indique em que medida, sentiu estes sintomas ou problemas durante a semana passada.

<b>AFIRMAÇÕES</b>				
<b>Durante a última semana:</b>	Não	Um Pouco	Bastante	Muito
1. Sentiu secura na boca?				
2. A comida/ bebida souberam-lhe de forma diferente do habitual?				
3. Os olhos doeram-lhe, picaram ou choraram?				
4. Caiu-lhe algum cabelo?				
5. Se teve queda de cabelo: ficou preocupada com isso?				
6. Sentiu-se doente ou indisposta?				
7. Teve afrontamentos (ex. calores; onda de calor repentina)?				
8. Teve dores de cabeça?				
9. Sentiu-se menos atraente fisicamente devido à doença e ao tratamento?				
10. Sentiu-se menos feminina por causa da doença e do tratamento?				
11. Teve dificuldades em olhar para o seu corpo, nua?				
12. Sentiu-se pouco satisfeita com o seu corpo?				
13. Preocupou-se com o seu estado de saúde no futuro?				

<b>AFIRMAÇÕES</b>				
<b>Durante a última semana:</b>	Não	Um Pouco	Bastante	Muito
14. Até que ponto sentiu desejo sexual?				
15. Até que ponto esteve sexualmente activa? (com ou sem relações sexuais)				
16. Se esteve sexualmente activa: Até que ponto as relações sexuais lhe deram prazer?				
<b>Durante a última semana:</b>	Não	Um Pouco	Bastante	Muito
17. Teve dores no braço ou no ombro?				
18. Teve o braço ou a mão inchados?				
19. Teve dificuldades em levantar o braço ou fazer movimentos laterais com ele?				
20. Sentiu dores na área da(s) mama(s) afectada(s)?				
21. A área da(s) mama(s) inchou?				
22. Sentiu a área da(s) mama(s) afectada(s) muito sensível?				
23. Teve problemas de pele na área ou à volta da área da(s) mama(s) afectada(s) ?				

**Muito obrigada pela sua colaboração!**

**Análise estatística- Output**

**Statistics**

Indique por favor a sua idade

N	Valid	55
	Missing	0
Mean		50,69
Std. Deviation		11,883
Minimum		25
Maximum		89
Percentiles	25	42,00
	50	52,00
	75	59,00

Indique por favor a sua idade

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 25	1	1,8	1,8	1,8
26	1	1,8	1,8	3,6
30	1	1,8	1,8	5,5
34	1	1,8	1,8	7,3
35	1	1,8	1,8	9,1
36	3	5,5	5,5	14,5
37	1	1,8	1,8	16,4
40	2	3,6	3,6	20,0
41	2	3,6	3,6	23,6
42	1	1,8	1,8	25,5
43	1	1,8	1,8	27,3
44	1	1,8	1,8	29,1
45	3	5,5	5,5	34,5
47	2	3,6	3,6	38,2
49	1	1,8	1,8	40,0
50	1	1,8	1,8	41,8
51	4	7,3	7,3	49,1

52	4	7,3	7,3	56,4
53	1	1,8	1,8	58,2
54	1	1,8	1,8	60,0
55	3	5,5	5,5	65,5
56	4	7,3	7,3	72,7
57	1	1,8	1,8	74,5
59	2	3,6	3,6	78,2
60	2	3,6	3,6	81,8
61	1	1,8	1,8	83,6
62	2	3,6	3,6	87,3
64	2	3,6	3,6	90,9
65	2	3,6	3,6	94,5
69	1	1,8	1,8	96,4
70	1	1,8	1,8	98,2
89	1	1,8	1,8	100,0
Total	55	100,0	100,0	

Indique por favor qual a sua nacionalidade	Angolana	54	98,2%
	Congolesa	1	1,8%
	Zambiana	0	,0%
	Outros	0	,0%
Indique por favor qual a sua naturalidade	Bengo	3	5,5%
	Benguela	5	9,1%
	Cabinda	3	5,5%
	Huambo	5	9,1%
	Huila	3	5,5%
	Luanda	7	12,7%
	Malange	10	18,2%
	Uige	5	9,1%
	Kuanza Norte	6	10,9%
	kuanza Sul	4	7,3%
	K. Kubango	1	1,8%
	Zaire	3	5,5%
Indique por favor qual a sua etnia	Bakongo	7	12,7%
	Cuanhama	0	,0%
	Fiote	3	5,5%
	Tchocwes	11	20,0%
	Umbundo	22	40,0%
	Kimbundo	12	21,8%

	Outros	0	,0%
Indique por favor qual a sua raça	Negra	52	94,5%
	Branca	0	,0%
	Mista	3	5,5%
	Outros	0	,0%

	Count	Column N %
Indique por favor a sua idade	55	
Indique por favor qual o seu estado civil	Solteira	10 18,2%
	Casada	13 23,6%
	União de facto	11 20,0%
	Divorciada	4 7,3%
	Separada	1 1,8%
	Viúva	16 29,1%
Indique por favor quais as suas habilitações literárias?	Sem escolaridade	10 18,2%
	4ª classe	16 29,1%
	6º ano	9 16,4%
	9º ano	5 9,1%
	12º ano	9 16,4%
	Bacharelato	1 1,8%
	Licenciatura	1 1,8%
	Mestrado	0 ,0%
	Doutoramento	0 ,0%
	Outros	4 7,3%
Indique por favor qual a sua profissão	Doméstica	9 16,4%
	Campones/Agricultora	5 9,1%
	Professora	8 14,5%
	Kitandeira/ Vendedora	10 18,2%
	Outros	16 29,1%
Indique por favor qual a sua situação profissional	Comerciante	7 12,7%
	Activa	11 20,0%
	Desempregada	8 14,5%
	Doméstica	2 3,6%
	Reformada	1 1,8%
	Baixa médica	32 58,2%
Indique por favor qual o seu rendimento mensal	Outros	1 1,8%
	inferior a 16.000 Kz.	14 25,5%
	Entre 16.001 e 32.000 Kz	9 16,4%
	Entre 32.001 e 64.000 Kz	17 30,9%

Entre 64.001 e 128.000 Kz	12	21,8%
Entre 128.001 e 256.000 Kz	3	5,5%
superior a 256.001 Kz	0	,0%

		Count	Column N %
Indique por favor qual o seu estado civil	Solteira	10	18,2%
	Casada	13	23,6%
	União de facto	11	20,0%
	Divorciada	4	7,3%
	Separada	1	1,8%
	Viúva	16	29,1%
Qual a duração da sua relação actual		55	100,0%
Tem filhos?	Não	1	1,8%
	Sim	54	98,2%
Indique por favor quantos filhos tem	0	1	1,8%
	1	9	16,4%
	2	6	10,9%
	3	4	7,3%
	4	8	14,5%
	5	6	10,9%
	6	3	5,5%
	7	9	16,4%
	8	6	10,9%
	9	0	,0%
10 Ou mais	3	5,5%	

**Categoria: Variável diagnóstica**

	Count	Column N %
Indique, por favor, qual o seu diagnóstico	55	100,0%
CDIS	6	10,9
CDI	45	81,8
CLIS	0	0,0
CLI	0	0,0
CD-bilateral	3	5,5
CL-bilateral	0	0,0
Outros	1	1,8

Indique por favor qual o estadio do seu cancro	0	0	,0%
	I	2	3,6%
	II	9	16,4%
	III	39	70,9%
	IV	5	9,1%
indique por favor como foi detectado o cancro	Auto-exame da mama	31	56,4%
	Exme médico de restreio	9	16,4%
	Consulta clínica	15	27,3%
	Durante higiene pessoal	0	,0%
	Outros	0	,0%
Já iniciou o tratamento?	Não	1	1,8%
	Sim	54	98,2%
Indique por favor que tratamentos realizou	Mastectomia	6	10,9%
	Cirurgia conservadora	6	10,9%
	Quimioterapia	8	14,5%
	Radioterapia	5	9,1%
	Terapêuta hormonal	0	,0%
	Cirurgia/Quimioterapia	26	47,3%
	Cirurgia/Radioterapia	2	3,6%
	Quimioterapia/Radioterapia	2	3,6%
Fez quimioterapia neoadjuvante?	Não	15	27,3%
	Sim	40	72,7%
Fez quimioterapia adjuvante?	Não	22	40,0%
	Sim	33	60,0%

## Frequencies





## Frequency Table

**Indique por favor a sua idade**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	25	1	1,8	1,8	1,8
	26	1	1,8	1,8	3,6
	30	1	1,8	1,8	5,5
	34	1	1,8	1,8	7,3
	35	1	1,8	1,8	9,1
	36	3	5,5	5,5	14,5
	37	1	1,8	1,8	16,4
	40	2	3,6	3,6	20,0
	41	2	3,6	3,6	23,6
	42	1	1,8	1,8	25,5
	43	1	1,8	1,8	27,3
	44	1	1,8	1,8	29,1
	45	3	5,5	5,5	34,5
	47	2	3,6	3,6	38,2
	49	1	1,8	1,8	40,0
	50	1	1,8	1,8	41,8
	51	4	7,3	7,3	49,1
	52	4	7,3	7,3	56,4
	53	1	1,8	1,8	58,2
	54	1	1,8	1,8	60,0
	55	3	5,5	5,5	65,5
	56	4	7,3	7,3	72,7
	57	1	1,8	1,8	74,5
	59	2	3,6	3,6	78,2
	60	2	3,6	3,6	81,8
	61	1	1,8	1,8	83,6
	62	2	3,6	3,6	87,3
	64	2	3,6	3,6	90,9
	65	2	3,6	3,6	94,5
	69	1	1,8	1,8	96,4
	70	1	1,8	1,8	98,2
	89	1	1,8	1,8	100,0
	Total	55	100,0	100,0	

**Indique por favor qual a fase do tratamento actual**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	"Quimioterapia neo adjuvante"	11	20,0	20,0	20,0
	"Quimioterapia adjuvante"	19	34,5	34,5	54,5
	"Radioterapia"	15	27,3	27,3	81,8
	"Terapia hormonal"	10	18,2	18,2	100,0
	Total	55	100,0	100,0	

**Qualidade de vida total (QLQ\_total)**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	37,00	2	3,6	3,7	3,7
	38,00	1	1,8	1,9	5,6
	39,00	1	1,8	1,9	7,4
	40,00	2	3,6	3,7	11,1
	41,00	1	1,8	1,9	13,0
	42,00	1	1,8	1,9	14,8
	43,00	1	1,8	1,9	16,7
	44,00	1	1,8	1,9	18,5
	45,00	2	3,6	3,7	22,2
	46,00	2	3,6	3,7	25,9
	47,00	1	1,8	1,9	27,8
	48,00	2	3,6	3,7	31,5
	49,00	3	5,5	5,6	37,0
	50,00	1	1,8	1,9	38,9
	51,00	4	7,3	7,4	46,3
	52,00	2	3,6	3,7	50,0
	53,00	2	3,6	3,7	53,7
	54,00	5	9,1	9,3	63,0
	55,00	3	5,5	5,6	68,5
	56,00	2	3,6	3,7	72,2
	57,00	1	1,8	1,9	74,1

58,00	1	1,8	1,9	75,9
60,00	1	1,8	1,9	77,8
61,00	1	1,8	1,9	79,6
63,00	1	1,8	1,9	81,5
64,00	1	1,8	1,9	83,3
66,00	2	3,6	3,7	87,0
69,00	1	1,8	1,9	88,9
70,00	1	1,8	1,9	90,7
71,00	1	1,8	1,9	92,6
74,00	1	1,8	1,9	94,4
77,00	1	1,8	1,9	96,3
79,00	1	1,8	1,9	98,1
82,00	1	1,8	1,9	100,0
Total	54	98,2	100,0	
Missing System	1	1,8		
Total	55	100,0		

**Saúde e qualidade de vida global (QL2)**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 2,00	2	3,6	3,6	3,6
4,00	3	5,5	5,5	9,1
5,00	3	5,5	5,5	14,5
6,00	5	9,1	9,1	23,6
7,00	6	10,9	10,9	34,5
8,00	23	41,8	41,8	76,4
9,00	4	7,3	7,3	83,6
11,00	1	1,8	1,8	85,5
12,00	1	1,8	1,8	87,3
14,00	7	12,7	12,7	100,0
Total	55	100,0	100,0	

**Funcionamento físico (PF2)**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	5,00	16	29,1	29,6	29,6
	6,00	10	18,2	18,5	48,1
	7,00	5	9,1	9,3	57,4
	8,00	5	9,1	9,3	66,7
	9,00	3	5,5	5,6	72,2
	10,00	6	10,9	11,1	83,3
	11,00	3	5,5	5,6	88,9
	12,00	3	5,5	5,6	94,4
	13,00	2	3,6	3,7	98,1
	14,00	1	1,8	1,9	100,0
	Total	54	98,2	100,0	
Missing	System	1	1,8		
Total		55	100,0		

**Limitações físicas (RF2)**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2,00	27	49,1	49,1	49,1
	3,00	8	14,5	14,5	63,6
	4,00	13	23,6	23,6	87,3
	5,00	3	5,5	5,5	92,7
	6,00	3	5,5	5,5	98,2
	7,00	1	1,8	1,8	100,0
	Total	55	100,0	100,0	

**Funcionamento emocional (EF)**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	4,00	10	18,2	18,2	18,2
	5,00	7	12,7	12,7	30,9
	6,00	6	10,9	10,9	41,8
	7,00	6	10,9	10,9	52,7
	8,00	9	16,4	16,4	69,1
	9,00	8	14,5	14,5	83,6
	10,00	4	7,3	7,3	90,9
	11,00	3	5,5	5,5	96,4
	13,00	1	1,8	1,8	98,2
	14,00	1	1,8	1,8	100,0
Total		55	100,0	100,0	

**Funcionamento cognitiva (CF)**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2,00	28	50,9	50,9	50,9
	3,00	11	20,0	20,0	70,9
	4,00	10	18,2	18,2	89,1
	5,00	2	3,6	3,6	92,7
	6,00	3	5,5	5,5	98,2
	7,00	1	1,8	1,8	100,0
Total		55	100,0	100,0	

**Funcionamento social (SF)**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2,00	41	74,5	74,5	74,5
	3,00	5	9,1	9,1	83,6
	4,00	4	7,3	7,3	90,9
	5,00	3	5,5	5,5	96,4
	6,00	2	3,6	3,6	100,0
Total		55	100,0	100,0	

### Fadiga (FA)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	3,00	17	30,9	30,9	30,9
	4,00	8	14,5	14,5	45,5
	5,00	11	20,0	20,0	65,5
	6,00	6	10,9	10,9	76,4
	7,00	3	5,5	5,5	81,8
	8,00	3	5,5	5,5	87,3
	9,00	2	3,6	3,6	90,9
	10,00	2	3,6	3,6	94,5
	12,00	3	5,5	5,5	100,0
Total		55	100,0	100,0	

### Náuseas e vômitos (NV)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2,00	30	54,5	54,5	54,5
	3,00	11	20,0	20,0	74,5
	4,00	8	14,5	14,5	89,1
	5,00	3	5,5	5,5	94,5
	6,00	2	3,6	3,6	98,2
	8,00	1	1,8	1,8	100,0
Total		55	100,0	100,0	

### Dor (PA)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2,00	13	23,6	23,6	23,6
	3,00	12	21,8	21,8	45,5
	4,00	19	34,5	34,5	80,0
	5,00	4	7,3	7,3	87,3
	6,00	3	5,5	5,5	92,7
	7,00	4	7,3	7,3	100,0
Total		55	100,0	100,0	

### Falta de ar (DY)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1,00	39	70,9	70,9	70,9
	2,00	12	21,8	21,8	92,7
	3,00	2	3,6	3,6	96,4
	4,00	2	3,6	3,6	100,0
Total		55	100,0	100,0	

### Insónia (SL)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1,00	32	58,2	58,2	58,2
	2,00	14	25,5	25,5	83,6
	3,00	5	9,1	9,1	92,7
	4,00	4	7,3	7,3	100,0
Total		55	100,0	100,0	

### Perda de apetite (AP)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1,00	27	49,1	49,1	49,1
	2,00	17	30,9	30,9	80,0
	3,00	5	9,1	9,1	89,1
	4,00	6	10,9	10,9	100,0
	Total	55	100,0	100,0	

### Obstipação (CO)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1,00	37	67,3	67,3	67,3
	2,00	12	21,8	21,8	89,1
	3,00	3	5,5	5,5	94,5
	4,00	3	5,5	5,5	100,0
	Total	55	100,0	100,0	

### Diarreia (DI)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1,00	45	81,8	81,8	81,8
	2,00	7	12,7	12,7	94,5
	3,00	1	1,8	1,8	96,4
	4,00	2	3,6	3,6	100,0
	Total	55	100,0	100,0	

### Dificuldade financeira (FI)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1,00	19	34,5	34,5	34,5
	2,00	11	20,0	20,0	54,5
	3,00	10	18,2	18,2	72,7
	4,00	14	25,5	25,5	98,2
	7,00	1	1,8	1,8	100,0
	Total	55	100,0	100,0	

### QLQ\_BR23\_TOTAL

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	23,00	2	3,6	3,6	3,6
	24,00	1	1,8	1,8	5,5
	30,00	2	3,6	3,6	9,1
	31,00	3	5,5	5,5	14,5
	32,00	1	1,8	1,8	16,4
	33,00	1	1,8	1,8	18,2
	34,00	2	3,6	3,6	21,8
	35,00	2	3,6	3,6	25,5
	37,00	5	9,1	9,1	34,5
	38,00	1	1,8	1,8	36,4
	39,00	3	5,5	5,5	41,8
	40,00	2	3,6	3,6	45,5
	42,00	2	3,6	3,6	49,1
	43,00	9	16,4	16,4	65,5
	44,00	2	3,6	3,6	69,1
	45,00	3	5,5	5,5	74,5
	47,00	3	5,5	5,5	80,0
	49,00	2	3,6	3,6	83,6
	50,00	4	7,3	7,3	90,9
	52,00	1	1,8	1,8	92,7
	53,00	3	5,5	5,5	98,2
	54,00	1	1,8	1,8	100,0
	Total	55	100,0	100,0	

### Imagem corporal (BRBI)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	4,00	28	50,9	50,9	50,9
	5,00	1	1,8	1,8	52,7
	6,00	4	7,3	7,3	60,0
	7,00	7	12,7	12,7	72,7
	8,00	6	10,9	10,9	83,6
	9,00	2	3,6	3,6	87,3
	10,00	3	5,5	5,5	92,7
	11,00	1	1,8	1,8	94,5
	12,00	2	3,6	3,6	98,2
	16,00	1	1,8	1,8	100,0
Total		55	100,0	100,0	

### Função sexual (BRSEF)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2,00	30	54,5	54,5	54,5
	3,00	6	10,9	10,9	65,5
	4,00	4	7,3	7,3	72,7
	5,00	9	16,4	16,4	89,1
	6,00	2	3,6	3,6	92,7
	8,00	4	7,3	7,3	100,0
Total		55	100,0	100,0	

### Perspectiva futura e saúde (BRFU)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1,00	16	29,1	29,1	29,1
	2,00	19	34,5	34,5	63,6
	3,00	13	23,6	23,6	87,3
	4,00	7	12,7	12,7	100,0
	Total	55	100,0	100,0	

### Efeitos físicos da quimioterapia (BRST)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	7,00	2	3,6	3,6	3,6
	8,00	4	7,3	7,3	10,9
	9,00	2	3,6	3,6	14,5
	10,00	1	1,8	1,8	16,4
	11,00	2	3,6	3,6	20,0
	12,00	3	5,5	5,5	25,5
	13,00	2	3,6	3,6	29,1
	14,00	4	7,3	7,3	36,4
	15,00	3	5,5	5,5	41,8
	16,00	2	3,6	3,6	45,5
	17,00	6	10,9	10,9	56,4
	18,00	7	12,7	12,7	69,1
	19,00	2	3,6	3,6	72,7
	20,00	4	7,3	7,3	80,0
	21,00	2	3,6	3,6	83,6
	22,00	4	7,3	7,3	90,9
	23,00	2	3,6	3,6	94,5
	24,00	3	5,5	5,5	100,0
	Total	55	100,0	100,0	

### Sintomas na mama (BRBS)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	4,00	21	38,2	38,2	38,2
	5,00	11	20,0	20,0	58,2
	6,00	6	10,9	10,9	69,1
	7,00	7	12,7	12,7	81,8
	8,00	4	7,3	7,3	89,1
	9,00	3	5,5	5,5	94,5
	10,00	2	3,6	3,6	98,2
	11,00	1	1,8	1,8	100,0
Total		55	100,0	100,0	

### Sintomas no braço (BRAS)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	3,00	23	41,8	41,8	41,8
	4,00	12	21,8	21,8	63,6
	5,00	6	10,9	10,9	74,5
	6,00	8	14,5	14,5	89,1
	7,00	4	7,3	7,3	96,4
	8,00	1	1,8	1,8	98,2
	10,00	1	1,8	1,8	100,0
Total		55	100,0	100,0	

### Preocupação com a queda do cabelo (BRHL)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1,00	41	74,5	74,5	74,5
	2,00	8	14,5	14,5	89,1
	3,00	3	5,5	5,5	94,5
	4,00	3	5,5	5,5	100,0
Total		55	100,0	100,0	

## Custom Tables

		Count	Column N %
Tem ou teve doença benigna da mama?	Não	52	94,5%
	Sim	3	5,5%
Teve ou tem outra doença física?	Não	42	76,4%
	Sim	13	23,6%
Se teve ou tem outra doença física site por favor qual	Asma bronquica	1	7,7%
	Metástases pulmonares	1	7,7%
	Mioma uterino	1	7,7%
	HIV	1	7,7%
	Ca contra lateral	2	15,4%
	Diabetes	1	7,7%
	Hipertensão arterial	1	7,7%
	Tuberculose pulmonar	1	7,7%
	Outro tipo de cancro	1	7,7%
	"Outras"	3	23,1%
Tem ou teve algum familiar com cancro?	Não	40	81,6%
	Sim	9	18,4%
Se teve ou tem algum familiar com cancro, site por favor o grau de parentesco	Mãe	3	33,3%
	Irmã	2	22,2%
	Tia	2	22,2%
	Avó	1	11,1%
	Filha	0	,0%
	Outros	1	11,1%
Teve ou tem alguma patologia psiquiátrica?	Não	53	96,4%
	Sim	2	3,6%
Se teve ou tem alguma doença psiquiátrica, por favor site qual	10	1	100,0%
Teve ou tem acompanhamento psicológico?	Não	48	87,3%
	sim	7	12,7%
Se teve ou tem acompanhamento psicológico indique por favor quando	Antes do diagnóstico	3	50,0%
	Depois do diagnóstico	3	50,0%
Teve algum acontecimento de vida negativo?	"Não"	0	,0%
	"sim"	55	100,0%
Site por favor qual é o acontecimento de vida	Morte de um familiar	11	20,0%
	"Morte do marido"	0	,0%

negativo	Morte de filho(s)	4	7,3%
	Diagnóstico de cancro	30	54,5%
	Outra doença física	6	10,9%
	Outros	4	7,3%

## Frequencies

## Statistics

Indique por favor a sua idade

N	Valid	55
	Missing	0
Percentiles	25	42,00
	50	52,00
	75	59,00

Indique por favor a sua idade

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	25	1	1,8	1,8	1,8
	26	1	1,8	1,8	3,6
	30	1	1,8	1,8	5,5
	34	1	1,8	1,8	7,3
	35	1	1,8	1,8	9,1
	36	3	5,5	5,5	14,5
	37	1	1,8	1,8	16,4
	40	2	3,6	3,6	20,0
	41	2	3,6	3,6	23,6
	42	1	1,8	1,8	25,5
	43	1	1,8	1,8	27,3
	44	1	1,8	1,8	29,1
	45	3	5,5	5,5	34,5
	47	2	3,6	3,6	38,2
	49	1	1,8	1,8	40,0

50	1	1,8	1,8	41,8
51	4	7,3	7,3	49,1
52	4	7,3	7,3	56,4
53	1	1,8	1,8	58,2
54	1	1,8	1,8	60,0
55	3	5,5	5,5	65,5
56	4	7,3	7,3	72,7
57	1	1,8	1,8	74,5
59	2	3,6	3,6	78,2
60	2	3,6	3,6	81,8
61	1	1,8	1,8	83,6
62	2	3,6	3,6	87,3
64	2	3,6	3,6	90,9
65	2	3,6	3,6	94,5
69	1	1,8	1,8	96,4
70	1	1,8	1,8	98,2
89	1	1,8	1,8	100,0
Total	55	100,0	100,0	

### Custom Tables

		Count	Column N %
Idade Intervalar	25-42 anos	14	25,5%
	43-52 anos	17	30,9%
	53-59 anos	12	21,8%
	60-89 anos	12	21,8%

## Frequencies

### Statistics

Qual a duração da sua relação atual

N	Valid	54
	Missing	1
Mean		2,00
Std. Deviation		1,244
Minimum		1
Maximum		5

Qual a duração da sua relação atual

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Menos de 10 anos	26	47,3	48,1	48,1
	De 10 a 20 anos	15	27,3	27,8	75,9
	De 20 a 30 anos	2	3,6	3,7	79,6
	" De 30 a 40 anos"	9	16,4	16,7	96,3
	De 40 a 50 anos	2	3,6	3,7	100,0
	Total	54	98,2	100,0	
Missing	System	1	1,8		
Total		55	100,0		

## NPar Tests- analisar as variáveis da QVD quanto à distribuição

### One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

	N	Normal Parameters <sup>a,b</sup>		Most Extreme Differences			Kolmogorov-Smirnov Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Absolute	Positive	Negative		
		QLQ_total	54	53,7222	10,83916	,139		
QL2	55	8,0727	2,89862	,274	,274	-,145	2,029	,001
PF2	54	7,6111	2,63801	,211	,211	-,161	1,549	,016
RF2	55	3,0909	1,32319	,286	,286	-,205	2,122	,000
EF	55	7,2182	2,47724	,124	,124	-,097	,918	,368
CF	55	2,9818	1,28367	,287	,287	-,222	2,128	,000
SF	55	2,5455	1,08556	,438	,438	-,308	3,247	,000
FA	55	5,3273	2,52436	,206	,206	-,178	1,529	,019
NV	55	2,9091	1,30912	,302	,302	-,244	2,238	,000
PA	55	3,7091	1,43595	,220	,220	-,126	1,630	,010
DY	55	1,4000	,73535	,416	,416	-,293	3,084	,000
SL	55	1,6545	,92733	,342	,342	-,240	2,534	,000
AP	55	1,8182	1,00168	,284	,284	-,207	2,105	,000
CO	55	1,4909	,83606	,394	,394	-,279	2,923	,000
DI	55	1,2727	,67918	,474	,474	-,344	3,517	,000
FI	55	2,4364	1,35761	,200	,200	-,148	1,486	,024
QLQ_BR23_TOTAL	55	40,8000	7,79459	,120	,045	-,120	,892	,405
BRBI	55	6,1273	2,74236	,290	,290	-,219	2,152	,000
BRSEF	55	3,3273	1,83641	,311	,311	-,235	2,303	,000
BRSEE	55	1,5455	,89893	,383	,383	-,272	2,837	,000
BRFU	55	2,2000	1,00738	,215	,215	-,150	1,595	,012
BRST	55	16,0909	4,88108	,119	,072	-,119	,885	,414
BRBS	55	5,7091	1,91169	,226	,226	-,186	1,680	,007
BRAS	55	4,3818	1,61579	,230	,230	-,196	1,704	,006
BRHL	55	1,4182	,83202	,438	,438	-,308	3,247	,000

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

## T-Test

### Group Statistics

	Casada/não casada							
	Casada				Não casada			
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
QLQ_total	12	54,33	10,021	2,89287	42	53,55	11,171	1,72372
QL2	13	9,15	3,579	,99258	42	7,74	2,614	,40332
PF2	12	8,33	2,640	,76211	42	7,40	2,632	,40619
RF2	13	2,77	1,301	,36080	42	3,19	1,330	,20515
EF	13	6,85	3,158	,87593	42	7,33	2,260	,34866
CF	13	3,00	1,155	,32026	42	2,98	1,334	,20586
SF	13	2,54	1,330	,36891	42	2,55	1,017	,15692
FA	13	5,62	1,938	,53755	42	5,24	2,694	,41573
NV	13	2,46	0,660	,18311	42	3,05	1,431	,22074
PA	13	3,77	1,739	,48243	42	3,69	1,352	,20866
DY	13	1,15	0,376	,10415	42	1,48	0,804	,12400
SL	13	1,38	0,870	,24122	42	1,74	0,939	,14483
AP	13	1,62	0,961	,26647	42	1,88	1,017	,15692
CO	13	1,77	1,092	,30285	42	1,40	0,734	,11334
DI	13	1,00	0,000	,00000	42	1,36	0,759	,11717
FI	13	2,15	1,772	,49155	42	2,52	1,215	,18740
QLQ_BR23_TOTAL	13	39,69	8,087	2,24289	42	41,14	7,770	1,19890
BRBI	13	6,15	3,579	,99258	42	6,12	2,481	,38285
BRSEF	13	4,00	2,160	,59914	42	3,12	1,699	,26222
BRSEE	13	2,00	1,080	,29957	42	1,40	0,798	,12316
BRFU	13	2,38	1,121	,31088	42	2,14	0,977	,15077
BRST	13	13,15	4,375	1,21342	42	17,00	4,711	,72695
BRBS	13	5,85	2,410	,66839	42	5,67	1,762	,27193
BRAS	13	4,69	1,251	,34687	42	4,29	1,715	,26461
BRHL	13	1,46	0,877	,24325	42	1,40	0,828	,12779

### Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
QLQ_total	Equal variances assumed	,206	,652	,219	52	,827	,78571	3,58024	-6,39857	7,97000
	Equal variances not assumed			,233	19,537	,818	,78571	3,36747	-6,24941	7,82084
QL2	Equal variances assumed	4,331	,042	1,559	53	,125	1,41575	,90802	-,40552	3,23702
	Equal variances not assumed			1,321	16,161	,205	1,41575	1,07139	-,85366	3,68516
PF2	Equal variances assumed	,121	,729	1,077	52	,286	,92857	,86219	-,80155	2,65869
	Equal variances not assumed			1,075	17,753	,297	,92857	,86360	-,88759	2,74473
RF2	Equal	,576	,451	-1,003	53	,320	-,42125	,41994	-1,26353	,42104

	varian ces assum ed Equal varian ces not assum ed			-1,015	20,390	,322	-,42125	,41505	-1,28596	,44347
EF	Equal varian ces assum ed Equal varian ces not assum ed	1,752	,191	-,616	53	,540	-,48718	,79079	-2,07331	1,09895
				-,517	15,986	,612	-,48718	,94277	-2,48591	1,51155
CF	Equal varian ces assum ed Equal varian ces not assum ed	1,422	,238	,058	53	,954	,02381	,41123	-,80101	,84863
				,063	22,825	,951	,02381	,38071	-,76409	,81171
SF	Equal varian ces assum ed Equal varian ces not assum ed	,322	,573	-,026	53	,979	-,00916	,34777	-,70670	,68839
				-,023	16,577	,982	-,00916	,40090	-,85663	,83831

FA	Equal varian ces assum ed	1,223	,274	,467	53	,642	,37729	,80705	-1,24145	1,99603
	Equal varian ces not assum ed			,555	27,743	,583	,37729	,67955	-1,01529	1,76986
NV	Equal varian ces assum ed	4,759	,034	-1,424	53	,160	-,58608	,41160	-1,41164	,23948
	Equal varian ces not assum ed			-2,043	44,631	,047	-,58608	,28680	-1,16386	-,00830
PA	Equal varian ces assum ed	2,331	,133	,171	53	,865	,07875	,45990	-,84369	1,00120
	Equal varian ces not assum ed			,150	16,738	,883	,07875	,52563	-1,03154	1,18905
DY	Equal varian ces assum ed	7,128	,010	-1,393	53	,169	-,32234	,23138	-,78644	,14175
	Equal varian ces not assum ed			-1,991	44,159	,053	-,32234	,16194	-,64867	,00398

	ed									
SL	Equal varian ces assum ed	1,116	,296	-1,206	53	,233	-,35348	,29309	-,94134	,23438
	Equal varian ces not assum ed			-1,256	21,397	,223	-,35348	,28135	-,93793	,23097
AP	Equal varian ces assum ed	,043	,837	-,833	53	,409	-,26557	,31882	-,90505	,37391
	Equal varian ces not assum ed			-,859	21,026	,400	-,26557	,30924	-,90862	,37749
CO	Equal varian ces assum ed	2,446	,124	1,385	53	,172	,36447	,26312	-,16329	,89222
	Equal varian ces not assum ed			1,127	15,508	,277	,36447	,32336	-,32279	1,05173
DI	Equal varian ces assum ed	13,909	,000	-1,685	53	,098	-,35714	,21198	-,78232	,06804
	Equal varian ces not			-3,048	41,000	,004	-,35714	,11717	-,59378	-,12050

	assumed									
FI	Equal variances assumed	,763	,386	-,856	53	,396	-,36996	,43195	-1,23634	,49642
	Equal variances not assumed			-,703	15,645	,492	-,36996	,52606	-1,48722	,74729
QLQ_BR23_TOTAL	Equal variances assumed	,509	,479	-,583	53	,563	-1,45055	2,48914	-6,44314	3,54204
	Equal variances not assumed			-,570	19,374	,575	-1,45055	2,54321	-6,76661	3,86551
BRBI	Equal variances assumed	1,249	,269	,040	53	,969	,03480	,87854	-1,72733	1,79693
	Equal variances not assumed			,033	15,734	,974	,03480	1,06385	-2,22357	2,29317
BRSEF	Equal variances assumed	,974	,328	1,530	53	,132	,88095	,57574	-,27384	2,03574
	Equal variances			1,347	16,856	,196	,88095	,65401	-,49979	2,26170

	not assum ed									
BRSEE	Equal varian ces assum ed	,890	,350	2,156	53	,036	,59524	,27614	,04138	1,14910
	Equal varian ces not assum ed			1,838	16,263	,084	,59524	,32390	-,09050	1,28097
BRFU	Equal varian ces assum ed	,582	,449	,753	53	,455	,24176	,32102	-,40212	,88563
	Equal varian ces not assum ed			,700	18,017	,493	,24176	,34551	-,48409	,96760
BRST	Equal varian ces assum ed	,216	,644	-2,613	53	,012	-3,84615	1,47177	-6,79816	-,89415
	Equal varian ces not assum ed			-2,719	21,355	,013	-3,84615	1,41451	-6,78482	-,90749
BRBS	Equal varian ces assum ed	2,267	,138	,293	53	,770	,17949	,61194	-1,04791	1,40688
	Equal varian			,249	16,172	,807	,17949	,72159	-1,34890	1,70787

	ces not assum ed									
BRAS	Equal varian ces assum ed	1,261	,267	,790	53	,433	,40659	,51462	-,62560	1,43879
	Equal varian ces not assum ed			,932	27,323	,360	,40659	,43627	-,48807	1,30126
BRHL	Equal varian ces assum ed	,016	,899	,213	53	,832	,05678	,26644	-,47762	,59118
	Equal varian ces not assum ed			,207	19,111	,838	,05678	,27477	-,51811	,63166

## Mann-Whitney Test

### Ranks

	Casada/não casada						
	Casada			Não casada			Total
	N	Mean Rank	Sum of Ranks	N	Mean Rank	Sum of Ranks	N
QLQ_total	12	29,29	351,50	42	26,99	1133,50	54
QL2	13	31,31	407,00	42	26,98	1133,00	55
PF2	12	32,54	390,50	42	26,06	1094,50	54
RF2	13	23,81	309,50	42	29,30	1230,50	55
EF	13	24,00	312,00	42	29,24	1228,00	55
CF	13	29,58	384,50	42	27,51	1155,50	55
SF	13	25,96	337,50	42	28,63	1202,50	55
FA	13	32,62	424,00	42	26,57	1116,00	55
NV	13	24,12	313,50	42	29,20	1226,50	55
PA	13	27,42	356,50	42	28,18	1183,50	55
DY	13	23,92	311,00	42	29,26	1229,00	55
SL	13	22,88	297,50	42	29,58	1242,50	55
AP	13	24,58	319,50	42	29,06	1220,50	55
CO	13	31,92	415,00	42	26,79	1125,00	55
DI	13	23,00	299,00	42	29,55	1241,00	55
FI	13	22,58	293,50	42	29,68	1246,50	55
QLQ_BR23_TOTAL	13	25,23	328,00	42	28,86	1212,00	55
BRBI	13	26,04	338,50	42	28,61	1201,50	55
BRSEF	13	33,08	430,00	42	26,43	1110,00	55
BRSEE	13	35,54	462,00	42	25,67	1078,00	55
BRFU	13	30,42	395,50	42	27,25	1144,50	55
BRST	13	18,04	234,50	42	31,08	1305,50	55
BRBS	13	27,27	354,50	42	28,23	1185,50	55
BRAS	13	33,58	436,50	42	26,27	1103,50	55
BRHL	13	29,19	379,50	42	27,63	1160,50	55

### Ranks

	Casada/não casada						
	Casada			Não casada			Total
	N	Mean Rank	Sum of Ranks	N	Mean Rank	Sum of Ranks	N
QLQ_total	12	29,29	351,50	42	26,99	1133,50	54

QL2	13	31,31	407,00	42	26,98	1133,00	55
PF2	12	32,54	390,50	42	26,06	1094,50	54
RF2	13	23,81	309,50	42	29,30	1230,50	55
EF	13	24,00	312,00	42	29,24	1228,00	55
CF	13	29,58	384,50	42	27,51	1155,50	55
SF	13	25,96	337,50	42	28,63	1202,50	55
FA	13	32,62	424,00	42	26,57	1116,00	55
NV	13	24,12	313,50	42	29,20	1226,50	55
PA	13	27,42	356,50	42	28,18	1183,50	55
DY	13	23,92	311,00	42	29,26	1229,00	55
SL	13	22,88	297,50	42	29,58	1242,50	55
AP	13	24,58	319,50	42	29,06	1220,50	55
CO	13	31,92	415,00	42	26,79	1125,00	55
DI	13	23,00	299,00	42	29,55	1241,00	55
FI	13	22,58	293,50	42	29,68	1246,50	55
QLQ_BR23_TOTAL	13	25,23	328,00	42	28,86	1212,00	55
BRBI	13	26,04	338,50	42	28,61	1201,50	55
BRSEF	13	33,08	430,00	42	26,43	1110,00	55
BRSEE	13	35,54	462,00	42	25,67	1078,00	55
BRFU	13	30,42	395,50	42	27,25	1144,50	55
BRST	13	18,04	234,50	42	31,08	1305,50	55
BRBS	13	27,27	354,50	42	28,23	1185,50	55
BRAS	13	33,58	436,50	42	26,27	1103,50	55
BRHL	13	29,19	379,50	42	27,63	1160,50	55

### Ranks

	Casada/não casada						
	Casada			Não casada			Total
	N	Mean Rank	Sum of Ranks	N	Mean Rank	Sum of Ranks	N
QLQ_total	12	29,29	351,50	42	26,99	1133,50	54
QL2	13	31,31	407,00	42	26,98	1133,00	55
PF2	12	32,54	390,50	42	26,06	1094,50	54
RF2	13	23,81	309,50	42	29,30	1230,50	55
EF	13	24,00	312,00	42	29,24	1228,00	55
CF	13	29,58	384,50	42	27,51	1155,50	55
SF	13	25,96	337,50	42	28,63	1202,50	55
FA	13	32,62	424,00	42	26,57	1116,00	55
NV	13	24,12	313,50	42	29,20	1226,50	55
PA	13	27,42	356,50	42	28,18	1183,50	55
DY	13	23,92	311,00	42	29,26	1229,00	55
SL	13	22,88	297,50	42	29,58	1242,50	55

AP	13	24,58	319,50	42	29,06	1220,50	55
CO	13	31,92	415,00	42	26,79	1125,00	55
DI	13	23,00	299,00	42	29,55	1241,00	55
FI	13	22,58	293,50	42	29,68	1246,50	55
QLQ_BR23_TOTAL	13	25,23	328,00	42	28,86	1212,00	55
BRBI	13	26,04	338,50	42	28,61	1201,50	55
BRSEF	13	33,08	430,00	42	26,43	1110,00	55
BRSEE	13	35,54	462,00	42	25,67	1078,00	55
BRFU	13	30,42	395,50	42	27,25	1144,50	55
BRST	13	18,04	234,50	42	31,08	1305,50	55
BRBS	13	27,27	354,50	42	28,23	1185,50	55
BRAS	13	33,58	436,50	42	26,27	1103,50	55
BRHL	13	29,19	379,50	42	27,63	1160,50	55

Test Statistics<sup>a</sup>

	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Asymp. Sig. (2- tailed)
QLQ_total	230,5	1133,500	-,448	,654
QL2	230,0	1133,000	-,887	,375
PF2	191,5	1094,500	-1,282	,200
RF2	218,5	309,500	-1,161	,246
EF	221,0	312,000	-1,040	,298
CF	252,5	1155,500	-,439	,660
SF	246,5	337,500	-,687	,492
FA	213,0	1116,000	-1,215	,225
NV	222,5	313,500	-1,100	,271
PA	265,5	356,500	-,154	,878
DY	220,0	311,000	-1,320	,187
SL	206,5	297,500	-1,486	,137
AP	228,5	319,500	-,956	,339
CO	222,0	1125,000	-1,221	,222
DI	208,0	299,000	-1,919	,055
FI	202,5	293,500	-1,449	,147
QLQ_BR23_TOTAL	237,0	328,000	-,715	,474
BRBI	247,5	338,500	-,543	,587
BRSEF	207,0	1110,000	-1,434	,152
BRSEE	175,0	1078,000	-2,306	,021
BRFU	241,5	1144,500	-,651	,515
BRST	143,5	234,500	-2,573	,010
BRBS	263,5	354,500	-,195	,845
BRAS	200,5	1103,500	-1,504	,133
BRHL	257,5	1160,500	-,402	,687

a. Grouping Variable: Casada/não casada

## T-Test

	Group Statistics							
	Quimioterapia							
	Sim				Não			
	Mean	Std. Deviation			Mean	Std. Deviation		
QLQ_total	52,0571	10,020		19	56,79	11,872		2,72371
QL2	7,8611	2,282		19	8,47	3,850		,88314
PF2	7,4286	2,649		19	7,95	2,656		,60925
RF2	3,2222	1,436		19	2,84	1,068		,24499
EF	7,0000	2,111		19	7,63	3,077		,70591
CF	2,8611	1,313		19	3,21	1,228		,28180
SF	2,4444	0,969		19	2,74	1,284		,29461
FA	4,8889	2,135		19	6,16	3,023		,69359
NV	2,9722	1,341		19	2,79	1,273		,29199
PA	3,5278	1,253		19	4,05	1,715		,39347
DY	1,3889	0,766		19	1,42	0,692		,15887
SL	1,6389	0,798		19	1,68	1,157		,26549
AP	1,7222	0,849		19	2,00	1,247		,28613
CO	1,3889	0,599		19	1,68	1,157		,26549
DI	1,1389	0,351		19	1,53	1,020		,23406
FI	2,3333	1,195		19	2,63	1,640		,37627
QLQ_BR23_TOTAL	41,0000	7,863		19	40,42	7,862		1,80369
BRBI	6,1944	2,436		19	6,00	3,317		,76089
BRSEF	3,0833	1,610		19	3,79	2,175		,49900
BRSEE	1,4167	0,732		19	1,79	1,134		,26022
BRFU	2,2778	0,914		19	2,05	1,177		,27008
BRST	16,9722	4,861		19	14,42	4,586		1,05219
BRBS	5,5556	1,629		19	6,00	2,380		,54612
BRAS	4,1944	1,582		19	4,74	1,661		,38115
BRHL	1,3056	0,710		19	1,6316	1,012		,23208

**Independent Samples Test**

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2- tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
QLQ_total	Equal varian ces assum ed	1,735	,194	-1,552	52	,127	-4,73233	3,04846	-10,84952	1,38486
	Equal varian ces not assum ed			-1,475	32,074	,150	-4,73233	3,20740	-11,26500	1,80033
QL2	Equal varian ces assum ed	7,623	,008	-,742	53	,461	-,61257	,82539	-2,26810	1,04295
	Equal varian ces not assum ed			-,637	24,858	,530	-,61257	,96157	-2,59354	1,36839
PF2	Equal varian ces assum ed	,055	,815	-,687	52	,495	-,51880	,75551	-2,03484	,99724
	Equal varian ces not assum ed			-,686	36,983	,497	-,51880	,75609	-2,05080	1,01321

RF2	Equal varian ces assum ed	2,586	,114	1,013	53	,316	,38012	,37512	-,37228	1,13251
	Equal varian ces not assum ed			1,110	46,831	,273	,38012	,34255	-,30906	1,06930
EF	Equal varian ces assum ed	2,754	,103	-,897	53	,374	-,63158	,70373	-2,04308	,77992
	Equal varian ces not assum ed			-,801	27,192	,430	-,63158	,78874	-2,24941	,98625
CF	Equal varian ces assum ed	,000	,993	-,959	53	,342	-,34942	,36427	-1,08006	,38123
	Equal varian ces not assum ed			-,979	38,958	,333	-,34942	,35675	-1,07103	,37220
SF	Equal varian ces assum ed	2,542	,117	-,949	53	,347	-,29240	,30811	-,91039	,32560
	Equal varian ces not assum ed			-,870	29,101	,391	-,29240	,33600	-,97950	,39470

	ed									
FA	Equal varian ces assum ed	3,998	,051	-1,810	53	,076	-1,26901	,70120	-2,67544	,13743
	Equal varian ces not assum ed			-1,628	27,735	,115	-1,26901	,77955	-2,86653	,32852
NV	Equal varian ces assum ed	,011	,919	,489	53	,627	,18275	,37387	-,56713	,93263
	Equal varian ces not assum ed			,497	38,487	,622	,18275	,36774	-,56140	,92690
PA	Equal varian ces assum ed	2,170	,147	-1,297	53	,200	-,52485	,40464	-1,33645	,28675
	Equal varian ces not assum ed			-1,178	28,414	,248	-,52485	,44547	-1,43676	,38706
DY	Equal varian ces assum ed	,012	,913	-,153	53	,879	-,03216	,21043	-,45424	,38991
	Equal varian ces not			-,158	40,161	,875	-,03216	,20384	-,44410	,37977

	assumed									
SL	Equal variances assumed	3,379	,072	-,171	53	,865	-,04532	,26535	-,57755	,48691
	Equal variances not assumed			-,153	27,292	,880	-,04532	,29696	-,65433	,56369
AP	Equal variances assumed	5,869	,019	-,978	53	,333	-,27778	,28416	-,84773	,29217
	Equal variances not assumed			-,870	27,047	,392	-,27778	,31920	-,93267	,37711
CO	Equal variances assumed	11,141	,002	-1,252	53	,216	-,29532	,23584	-,76836	,17771
	Equal variances not assumed			-1,041	23,211	,309	-,29532	,28363	-,88177	,29112
DI	Equal variances assumed	19,855	,000	-2,072	53	,043	-,38743	,18697	-,76245	-,01241
	Equal variances			-1,606	20,275	,124	-,38743	,24125	-,89024	,11538

	not assum ed									
FI	Equal varian ces assum ed	2,545	,117	-,772	53	,444	-,29825	,38642	-1,07331	,47681
	Equal varian ces not assum ed			-,701	28,358	,489	-,29825	,42575	-1,16986	,57337
QLQ_BR23_TOTAL	Equal varian ces assum ed	,012	,913	,260	53	,796	,57895	2,22961	-3,89309	5,05098
	Equal varian ces not assum ed			,260	36,754	,797	,57895	2,22952	-3,93952	5,09741
BRBI	Equal varian ces assum ed	1,126	,293	,248	53	,805	,19444	,78449	-1,37904	1,76792
	Equal varian ces not assum ed			,225	28,517	,823	,19444	,86240	-1,57067	1,95956
BRSEF	Equal varian ces assum ed	2,182	,146	-1,367	53	,177	-,70614	,51660	-1,74232	,33004
	Equal varian			-1,246	28,685	,223	-,70614	,56659	-1,86550	,45322

	ces not assum ed									
BRSEE	Equal varian ces assum ed	5,307	,025	-1,478	53	,145	-,37281	,25215	-,87856	,13295
	Equal varian ces not assum ed			-1,297	26,132	,206	-,37281	,28739	-,96340	,21779
BRFU	Equal varian ces assum ed	,894	,349	,785	53	,436	,22515	,28668	-,34986	,80015
	Equal varian ces not assum ed			,726	29,720	,473	,22515	,31006	-,40833	,85863
BRST	Equal varian ces assum ed	,079	,779	1,886	53	,065	2,55117	1,35244	-,16148	5,26382
	Equal varian ces not assum ed			1,921	38,677	,062	2,55117	1,32794	-,13557	5,23791
BRBS	Equal varian ces assum ed	2,867	,096	-,817	53	,417	-,44444	,54376	-1,53509	,64620
	Equal			-,729	27,145	,472	-,44444	,60989	-1,69552	,80663

	varian ces not assum ed									
BRAS	Equal varian ces assum ed	,525	,472	-1,188	53	,240	-,54240	,45644	-1,45791	,37311
	Equal varian ces not assum ed			-1,170	35,211	,250	-,54240	,46350	-1,48315	,39835
BRHL	Equal varian ces assum ed	4,036	,050	-1,394	53	,169	-,32602	,23390	-,79516	,14312
	Equal varian ces not assum ed			-1,252	27,613	,221	-,32602	,26050	-,85998	,20793

## NPar Tests

### Mann-Whitney Test

		Ranks		
	Quimioterapia	N	Mean Rank	Sum of Ranks
QLQ_total	Sim	35	25,51	893,00
	Não	19	31,16	592,00
	Total	54		

QL2	Sim	36	27,33	984,00
	Não	19	29,26	556,00
	Total	55		
PF2	Sim	35	26,16	915,50
	Não	19	29,97	569,50
	Total	54		
RF2	Sim	36	29,11	1048,00
	Não	19	25,89	492,00
	Total	55		
EF	Sim	36	27,26	981,50
	Não	19	29,39	558,50
	Total	55		
CF	Sim	36	26,01	936,50
	Não	19	31,76	603,50
	Total	55		
SF	Sim	36	27,00	972,00
	Não	19	29,89	568,00
	Total	55		
FA	Sim	36	25,74	926,50
	Não	19	32,29	613,50
	Total	55		
NV	Sim	36	29,03	1045,00
	Não	19	26,05	495,00
	Total	55		
PA	Sim	36	26,46	952,50
	Não	19	30,92	587,50
	Total	55		
DY	Sim	36	27,58	993,00
	Não	19	28,79	547,00
	Total	55		
SL	Sim	36	28,81	1037,00
	Não	19	26,47	503,00
	Total	55		
AP	Sim	36	27,44	988,00
	Não	19	29,05	552,00
	Total	55		
CO	Sim	36	27,58	993,00
	Não	19	28,79	547,00
	Total	55		
DI	Sim	36	26,61	958,00
	Não	19	30,63	582,00

	Total	55		
FI	Sim	36	27,21	979,50
	Não	19	29,50	560,50
	Total	55		
QLQ_BR23_TOTAL	Sim	36	28,56	1028,00
	Não	19	26,95	512,00
	Total	55		
BRBI	Sim	36	29,26	1053,50
	Não	19	25,61	486,50
	Total	55		
BRSEF	Sim	36	26,19	943,00
	Não	19	31,42	597,00
	Total	55		
BRSEE	Sim	36	26,56	956,00
	Não	19	30,74	584,00
	Total	55		
BRFU	Sim	36	29,61	1066,00
	Não	19	24,95	474,00
	Total	55		
BRST	Sim	36	31,08	1119,00
	Não	19	22,16	421,00
	Total	55		
BRBS	Sim	36	27,63	994,50
	Não	19	28,71	545,50
	Total	55		
BRAS	Sim	36	25,97	935,00
	Não	19	31,84	605,00
	Total	55		
BRHL	Sim	36	26,31	947,00
	Não	19	31,21	593,00
	Total	55		

**Test Statistics<sup>a</sup>**

	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Asymp. Sig. (2- tailed)
QLQ_total	263,000	893,000	-1,260	,208
QL2	318,000	984,000	-,442	,658
PF2	285,500	915,500	-,867	,386

RF2	302,000	492,000	-,761	,447
EF	315,500	981,500	-,473	,636
CF	270,500	936,500	-1,369	,171
SF	306,000	972,000	-,833	,405
FA	260,500	926,500	-1,474	,140
NV	305,000	495,000	-,720	,471
PA	286,500	952,500	-1,016	,310
DY	327,000	993,000	-,334	,739
SL	313,000	503,000	-,579	,563
AP	322,000	988,000	-,384	,701
CO	327,000	993,000	-,321	,748
DI	292,000	958,000	-1,319	,187
FI	313,500	979,500	-,523	,601
QLQ_BR23_TOTAL	322,000	512,000	-,355	,722
BRBI	296,500	486,500	-,866	,386
BRSEF	277,000	943,000	-1,262	,207
BRSEE	290,000	956,000	-1,093	,274
BRFU	284,000	474,000	-1,071	,284
BRST	231,000	421,000	-1,970	,049
BRBS	328,500	994,500	-,247	,805
BRAS	269,000	935,000	-1,353	,176
BRHL	281,000	947,000	-1,415	,157

a. Grouping Variable: Quimioterapia

## Correlations

	Indique por favor a sua idade	
	Pearson Correlation	Sig. (2-tailed)
QLQ_total	,026	,854
QL2	,044	,752
PF2	-,142	,304
RF2	-,134	,331
EF	,072	,604
CF	,117	,393
SF	-,035	,797
FA	,116	,400
NV	,078	,572

PA	,004	,975
DY	-,045	,745
SL	-,117	,393
AP	,117	,397
CO	,200	,143
DI	-,187	,172
FI	-,104	,450
QLQ_BR23_TOTAL	-,292*	,031
BRBI	-,240	,077
BRSEF	-,229	,093
BRSEE	-,162	,236
BRFU	-,035	,800
BRST	-,085	,538
BRBS	-,063	,649
BRAS	-,194	,155
BRHL	-,200	,143

\*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

## Nonparametric Correlations

Correlations

		Indique por favor a sua idade	
		Correlation Coefficient	Sig. (2-tailed)
Spearman's rho	QLQ_total	,017	,904
	QL2	,128	,351
	PF2	-,144	,299
	RF2	-,156	,257
	EF	-,063	,649
	CF	,124	,369
	SF	-,075	,584
	FA	,119	,388
	NV	,095	,490
	PA	,010	,943

DY	,071	,606
SL	-,122	,373
AP	,157	,252
CO	,248	,068
DI	-,256	,059
FI	-,177	,196
QLQ_BR23_TOTAL	-,309*	,022
BRBI	-,302*	,025
BRSEF	-,270*	,046
BRSEE	-,155	,259
BRFU	-,022	,873
BRST	-,095	,490
BRBS	-,036	,793
BRAS	-,169	,219
BRHL	-,313*	,020

\*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

## T-Test

### Group Statistics

	Indique por favor que tipo de cirurgia realizou			
	dimension1			
	Mastectomia		Cirurgia conservadora	
	Mean	Std. Deviation	Mean	Std. Deviation
QLQ_total	55,97	11,580	50,64	9,069
QL2	8,00	2,978	8,82	3,920
PF2	8,06	2,720	7,18	2,601
RF2	3,35	1,473	2,64	1,206
EF	7,65	2,317	6,36	2,541
CF	3,13	1,500	2,73	0,786
SF	2,71	1,189	2,64	1,286
FA	5,77	2,578	4,73	2,149
NV	3,13	1,477	2,36	0,674

PA	3,94	1,389	3,36	1,804
DY	1,45	0,810	1,09	0,302
SL	1,58	0,807	1,91	1,221
AP	2,00	1,095	1,64	1,027
CO	1,68	0,979	1,18	0,405
DI	1,26	0,631	1,09	0,302
FI	2,26	1,210	2,91	1,758
QLQ_BR23_TOTAL	42,42	6,922	37,09	9,439
BRBI	6,68	2,926	5,82	2,483
BRSEF	3,35	2,026	3,45	1,968
BRSEE	1,58	0,992	1,73	1,009
BRFU	2,39	0,989	2,09	1,221
BRST	17,55	4,178	12,18	4,834
BRBS	4,97	1,354	6,27	2,453
BRAS	4,52	1,691	4,09	1,136
BRHL	1,39	0,761	1,45	0,934

**Independent Samples Test**

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2- tailed)	Mean Differenc e	Std. Error Differenc e	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
QLQ_total	Equal variances assumed	1,070	,307	1,38 0	40	,175	5,33138	3,86267	-2,47536	13,13812
	Equal variances not assumed			1,55 2						
QL2	Equal variances assumed	1,166	,287	-,720	40	,476	-,81818	1,13672	-3,11558	1,47922
	Equal variances not assumed			-,631						
PF2	Equal variances assumed	,708	,405	,935	40	,355	,88270	,94416	-1,02553	2,79092
	Equal variances not assumed			,955						
RF2	Equal variances assumed	1,264	,268	1,45 1	40	,155	,71848	,49521	-,28238	1,71933
	Equal variances not assumed			1,59 8						
EF	Equal variances assumed	,763	,388	1,53 7	40	,132	1,28152	,83354	-,40313	2,96618
	Equal variances not assumed			1,47 0						
CF	Equal variances assumed	4,086	,050	,844	40	,404	,40176	,47627	-,56081	1,36433
	Equal variances not assumed			1,12 0						
SF	Equal variances assumed	,020	,888	,172	40	,864	,07331	,42599	-,78764	,93426
	Equal variances not assumed			,166						
FA	Equal variances assumed	,584	,449	1,20 4	40	,236	1,04692	,86963	-,71066	2,80450
	Equal variances not assumed			1,31 5						
NV	Equal variances assumed	4,618	,038	1,64 8	40	,107	,76540	,46436	-,17312	1,70391

	Equal variances not assumed			2,290	37,155	,028	,76540	,33427	,08820	1,44259
PA	Equal variances assumed	2,293	,138	1,084	40	,285	,57185	,52764	-,49456	1,63826
	Equal variances not assumed			,956	14,436	,355	,57185	,59841	-,70799	1,85168
DY	Equal variances assumed	7,461	,009	1,433	40	,160	,36070	,25177	-,14815	,86956
	Equal variances not assumed			2,103	39,798	,042	,36070	,17153	,01397	,70744
SL	Equal variances assumed	3,429	,071	-1,008	40	,319	-,32845	,32573	-,98677	,32988
	Equal variances not assumed			-,830	13,236	,421	-,32845	,39567	-1,18170	,52481
AP	Equal variances assumed	,015	,902	,961	40	,343	,36364	,37858	-,40150	1,12877
	Equal variances not assumed			,991	18,690	,334	,36364	,36685	-,40505	1,13232
CO	Equal variances assumed	7,580	,009	1,620	40	,113	,49560	,30601	-,12286	1,11406
	Equal variances not assumed			2,315	38,844	,026	,49560	,21405	,06260	,92861
DI	Equal variances assumed	2,851	,099	,841	40	,406	,16716	,19887	-,23478	,56909
	Equal variances not assumed			1,151	36,130	,257	,16716	,14525	-,12739	,46170
FI	Equal variances assumed	,248	,621	-1,356	40	,183	-,65103	,48006	-1,62127	,31922
	Equal variances not assumed			-1,136	13,518	,276	-,65103	,57292	-1,88394	,58188
QLQ_BR23_TOTAL	Equal variances assumed	1,199	,280	1,990	40	,053	5,32845	2,67764	-,08326	10,74015
	Equal variances not assumed			1,716	14,011	,108	5,32845	3,10563	-1,33196	11,98886
BRBI	Equal variances assumed	,014	,906	,868	40	,391	,85924	,99017	-1,14198	2,86045
	Equal variances not assumed			,940	20,615	,358	,85924	,91457	-1,04488	2,76335
BRSEF	Equal variances	,041	,840	-,141	40	,888	-,09971	,70589	-1,52637	1,32696

	assumed									
	Equal variances not assumed			-,143	18,081	,888	-,09971	,69601	-1,56150	1,36209
BRSEE	Equal variances assumed	,001	,974	-,419	40	,677	-,14663	,34977	-,85353	,56028
	Equal variances not assumed			-,416	17,361	,683	-,14663	,35261	-,88939	,59614
BRFU	Equal variances assumed	1,044	,313	,802	40	,427	,29619	,36918	-,44996	1,04234
	Equal variances not assumed			,725	14,930	,480	,29619	,40878	-,57546	1,16784
BRST	Equal variances assumed	,324	,572	3,51 4	40	,001	5,36657	1,52706	2,28027	8,45287
	Equal variances not assumed			3,27 4	15,639	,005	5,36657	1,63923	1,88503	8,84811
BRBS	Equal variances assumed	7,689	,008	- 2,19 2	40	,034	-1,30499	,59545	-2,50844	-,10153
	Equal variances not assumed			- 1,67 6	12,230	,119	-1,30499	,77860	-2,99787	,38790
BRAS	Equal variances assumed	2,184	,147	,772	40	,445	,42522	,55115	-,68869	1,53913
	Equal variances not assumed			,929	26,444	,361	,42522	,45777	-,51497	1,36541
BRHL	Equal variances assumed	,221	,641	-,238	40	,813	-,06745	,28339	-,64021	,50531
	Equal variances not assumed			-,215	14,981	,832	-,06745	,31305	-,73477	,59987

## NPar Tests

### Ranks

	Indique por favor que tipo de cirurgia realizou	N	Mean Rank	Sum of Ranks
QLQ_total	Mastectomia	31	23,05	714,50
	Cirurgia conservadora	11	17,14	188,50
	Total	42		
QL2	Mastectomia	31	20,42	633,00
	Cirurgia conservadora	11	24,55	270,00
	Total	42		
PF2	Mastectomia	31	22,74	705,00
	Cirurgia conservadora	11	18,00	198,00
	Total	42		
RF2	Mastectomia	31	23,13	717,00
	Cirurgia conservadora	11	16,91	186,00
	Total	42		
EF	Mastectomia	31	23,10	716,00
	Cirurgia conservadora	11	17,00	187,00
	Total	42		
CF	Mastectomia	31	21,81	676,00
	Cirurgia conservadora	11	20,64	227,00
	Total	42		
SF	Mastectomia	31	21,76	674,50
	Cirurgia conservadora	11	20,77	228,50
	Total	42		
FA	Mastectomia	31	22,87	709,00
	Cirurgia conservadora	11	17,64	194,00
	Total	42		
NV	Mastectomia	31	23,15	717,50
	Cirurgia conservadora	11	16,86	185,50
	Total	42		
PA	Mastectomia	31	23,03	714,00
	Cirurgia conservadora	11	17,18	189,00
	Total	42		
DY	Mastectomia	31	22,81	707,00
	Cirurgia conservadora	11	17,82	196,00
	Total	42		
SL	Mastectomia	31	20,92	648,50
	Cirurgia conservadora	11	23,14	254,50

	Total	42		
AP	Mastectomia	31	22,66	702,50
	Cirurgia conservadora	11	18,23	200,50
	Total	42		
CO	Mastectomia	31	22,97	712,00
	Cirurgia conservadora	11	17,36	191,00
	Total	42		
DI	Mastectomia	31	22,08	684,50
	Cirurgia conservadora	11	19,86	218,50
	Total	42		
FI	Mastectomia	31	20,45	634,00
	Cirurgia conservadora	11	24,45	269,00
	Total	42		
QLQ_BR23_TOTAL	Mastectomia	31	23,71	735,00
	Cirurgia conservadora	11	15,27	168,00
	Total	42		
BRBI	Mastectomia	31	22,34	692,50
	Cirurgia conservadora	11	19,14	210,50
	Total	42		
BRSEF	Mastectomia	31	21,34	661,50
	Cirurgia conservadora	11	21,95	241,50
	Total	42		
BRSEE	Mastectomia	31	20,87	647,00
	Cirurgia conservadora	11	23,27	256,00
	Total	42		
BRFU	Mastectomia	31	22,48	697,00
	Cirurgia conservadora	11	18,73	206,00
	Total	42		
BRST	Mastectomia	31	24,87	771,00
	Cirurgia conservadora	11	12,00	132,00
	Total	42		
BRBS	Mastectomia	31	19,65	609,00
	Cirurgia conservadora	11	26,73	294,00
	Total	42		
BRAS	Mastectomia	31	22,06	684,00
	Cirurgia conservadora	11	19,91	219,00
	Total	42		
BRHL	Mastectomia	31	21,40	663,50
	Cirurgia conservadora	11	21,77	239,50
	Total	42		

**Test Statistics<sup>b</sup>**

	Mann-Whitney U	Exact Sig. [2*(1- tailed Sig.)]
QLQ_total	122,5	,172 <sup>a</sup>
QL2	137,0	,350 <sup>a</sup>
PF2	132,0	,282 <sup>a</sup>
RF2	120,0	,155 <sup>a</sup>
EF	121,0	,163 <sup>a</sup>
CF	161,0	,800 <sup>a</sup>
SF	162,5	,822 <sup>a</sup>
FA	128,0	,233 <sup>a</sup>
NV	119,5	,146 <sup>a</sup>
PA	123,0	,181 <sup>a</sup>
DY	130,0	,257 <sup>a</sup>
SL	152,5	,612 <sup>a</sup>
AP	134,5	,308 <sup>a</sup>
CO	125,0	,201 <sup>a</sup>
DI	152,5	,612 <sup>a</sup>
FI	138,0	,365 <sup>a</sup>
QLQ_BR23_TOTAL	102,0	,051 <sup>a</sup>
BRBI	144,5	,463 <sup>a</sup>
BRSEF	165,5	,888 <sup>a</sup>
BRSEE	151,0	,592 <sup>a</sup>
BRFU	140,0	,396 <sup>a</sup>
BRST	66,0	,002 <sup>a</sup>
BRBS	113,0	,104 <sup>a</sup>
BRAS	153,0	,632 <sup>a</sup>
BRHL	167,5	,933 <sup>a</sup>

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Indique por favor que tipo de cirurgia realizou

### Frequencies

	Idade	Fase do tratamento actual	QLQ - total	QL2	PF2	RF2	EF	CF	SF	FA	NV	PA	DY	SL	AP	CO	DI	FI	QLQ_BR_23_TOTALL	BRBI	BRS EF	BRS EE	BRF U	BRS T	BRB S	BRA S	BRH L
N	Valid	55	55	54	55	54	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55
	Missing	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mean	50,69	3,44	53,722	8,0727	7,6111	3,0909	7,2182	2,9818	2,5455	5,3273	2,9091	3,7091	1,4000	1,6545	1,8182	1,4909	1,2727	2,4364	40,8000	6,1273	3,3273	1,5455	2,2000	16,0909	5,7091	4,3818	1,4182
Std. Deviation	11,883	1,014	10,83916	2,89862	2,63801	1,32319	2,47724	1,28367	1,08556	2,52436	1,30912	1,43595	,73535	,92733	1,00168	,83606	,67918	1,35761	7,79459	2,74236	1,83641	,89893	1,00738	4,88108	1,91169	1,61579	,83202
Minimum	25	2	37,00	2,00	5,00	2,00	4,00	2,00	2,00	3,00	2,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	23,00	4,00	2,00	1,00	1,00	7,00	4,00	3,00	1,00
Maximum	89	5	82,00	14,00	14,00	7,00	14,00	7,00	6,00	12,00	8,00	7,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	7,00	54,00	16,00	8,00	4,00	4,00	24,00	11,00	10,00	4,00

		Fase atual do tratam ento	QLQ_ total	QL2	PF2	RF2	EF	CF	SF	FA	NV	PA	DY	SL	AP	CO	DI	FI	QLQ_ BR23_ TOTAL	BRB I	BRS EF	BRS EE	BRF U	BRS T	BRB S	BRA S	BRH L	
N	Valid	55	55	54	55	54	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55
	Missin g	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mean	50,69	3,44	53,72	8,07	7,61	3,09	7,21	2,98	2,54	5,32	2,90	3,70	1,40	1,65	1,81	1,49	1,27	2,43	40,8000	6,12	3,32	1,54	2,20	16,0	5,70	4,38	1,41	
Std. Deviation	11,883	1,014	10,83	2,89	2,63	1,32	2,47	1,28	1,08	2,52	1,30	1,43	,735	,927	1,00	,836	,679	1,35	7,79459	2,74	1,83	,898	1,00	4,88	1,91	1,61	,832	
Minimum	25	2	37,00	2,00	5,00	2,00	4,00	2,00	2,00	3,00	2,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	23,00	4,00	2,00	1,00	1,00	7,00	4,00	3,00	1,00	
Maximum	89	5	82,00	14,0	14,0	7,00	14,0	7,00	6,00	12,0	8,00	7,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	7,00	54,00	16,0	8,00	4,00	4,00	24,0	11,0	10,0	4,00	
				0	0		0			0										0				0	0	0		

**Statistics**

		Fase atual do tratame nto	QLQ _total	QL2	PF2	RF2	EF	CF	SF	FA	NV	PA	DY	SL	AP	CO	DI	FI	QLQ_ BR23_ TOTAL	BR BI	BR SE F	BR SE E	BR FU	BR ST	BR BS	BR AS	BR HL	
N	Valid	55	55	54	55	54	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55
	Missing	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mean	50,69	3,44	53,72 22	8,07 27	7,61 11	3,09 09	7,21 82	2,98 18	2,54 55	5,32 73	2,90 91	3,70 91	1,40 00	1,65 45	1,81 82	1,49 09	1,27 27	2,43 64	40,800 0	6,1 273	3,3 273	1,5 455	2,2 000	16, 090	5,7 091	4,3 818	1,4 182	
Std. Deviation	11,883	1,014	10,83 916	2,89 862	2,63 801	1,32 319	2,47 724	1,28 367	1,08 556	2,52 436	1,30 912	1,43 595	,735 35	,927 33	1,00 168	,836 06	,679 18	1,35 761	7,7945 9	2,7 423	1,8 364	,89 893	1,0 073	4,8 810	1,9 116	1,6 157	,83 202	
Minimum	25	2	37,00	2,00	5,00	2,00	4,00	2,00	2,00	3,00	2,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	23,00	4,0	2,0	1,0	1,0	7,0	4,0	3,0	1,0	
Maximum	89	5	82,00	14,0 0	14,0 0	7,00	14,0 0	7,00	6,00	12,0 0	8,00	7,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	7,00	54,00	16, 00	8,0 0	4,0 0	4,0 0	24, 00	11, 00	10, 00	4,0 0	