



Leonor dos Santos Bettencourt Picanço

Informação clínica e a sua relação com a funcionalidade e qualidade de vida em mulheres com cancro de mama

Projeto elaborado com vista à obtenção do grau de Mestre em Fisioterapia, na Especialidade de Saúde da Mulher

Orientadores:

Professor Doutor Nuno Duarte, Fisioterapeuta

Professora Doutora Elisabete Martins, Fisioterapeuta

Abril, 2024



Leonor dos Santos Bettencourt Picanço

Informação clínica e a sua relação com a funcionalidade e qualidade de vida em mulheres com cancro de mama

Projeto elaborado com vista à obtenção do grau de Mestre em Fisioterapia, na Especialidade de Saúde da Mulher

Orientadores:

Professor Doutor Nuno Duarte, Fisioterapeuta

Professora Doutora Elisabete Martins, Fisioterapeuta

Júri:

Presidente: Professora Doutora Daniela Sofia Albino Costa

Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde do Alcoitão

Vogais: Professor Doutor Nuno Miguel Faria Bento Duarte

Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde do Alcoitão, Fisioterapeuta

Arguente: Professora Doutora Rute Sofia dos Santos Crisóstomo

Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco, Fisioterapeuta

Abril, 2024

RESUMO

Introdução: O cancro de mama é o mais diagnosticado entre as mulheres, representando um sério problema de saúde pública. As diversas opções terapêuticas no tratamento do cancro de mama, embora essenciais, frequentemente resultam em complicações que impactam a funcionalidade e a participação das utentes. O fisioterapeuta desempenha um papel crucial no estado de saúde geral e funcionalidade, com impacto positivo na qualidade de vida das utentes. Em oncologia, o modelo de vigilância prospetiva (MVP) é considerado o *gold standard* da fisioterapia e preconiza o acompanhamento das utentes ao longo das diferentes fases de sobrevivência. Um dos pilares essenciais deste modelo é a promoção de uma comunicação eficaz e de qualidade da informação transmitida por parte dos profissionais de saúde ao utente, informando-o sobre a sua condição ao longo de todo o processo, contribuindo favoravelmente para a qualidade da prestação de cuidados de saúde em oncologia. **Objetivo:** Avaliar a relação entre a perceção que as utentes de cancro da mama têm relativamente à informação disponibilizada, desde o diagnóstico até às 4 a 5 semanas pós-cirurgia, com os respetivos níveis de funcionalidade do membro superior e qualidade de vida. **Metodologia:** Consistiu num estudo observacional, transversal e correlacional que incluiu uma amostra de 33 participantes, submetidas a cirurgia há aproximadamente 4 a 5 semanas e que aguardavam em lista de espera, o início de tratamento de fisioterapia em regime de ambulatório, no Serviço de Medicina Física e Reabilitação do Instituto Português de Lisboa Francisco Gentil (IPOLFG). A seleção da amostra foi feita por conveniência, com um único momento de recolha de dados, que se baseou na aplicação dos seguintes instrumentos: questionário de levantamento e caracterização dos dados sociodemográficos e clínicos; questionário EORTC QLQ-C30 para avaliação da qualidade de vida; EORTC QLQ-INFO25 para avaliar a perceção das utentes sobre as informações recebidas acerca da patologia oncológica; e, a escala DASH, para avaliar a funcionalidade do membro superior. Para o tratamento estatístico dos dados utilizou-se estatística descritiva para caracterização sociodemográfica e clínica da amostra, bem como para as variáveis quantitativas dos questionários EORTC QLQ-C30, EORTC QLQ-INFO25 e DASH e, estatística inferencial para analisar as correlações entre as variáveis independentes e dependentes analisadas. **Resultados:** Quanto à variável de perceção da informação, observou-se que, a maioria dos *scores* das subescalas do questionário EORTC QLQ-INFO25 apresentam uma correlação positiva e estatisticamente significativa ($p < 0,05$), com o respetivo *score* global. Em relação à variável funcionalidade, medida através do *score* global da escala DASH, verificou-se uma correlação positiva e estatisticamente significativa com a idade ($p = 0,027$). No que diz respeito, ao Estado de Saúde Global/Qualidade de Vida (EORTC QLQ-C30) houve uma correlação acentuada positiva e estatisticamente significativa entre a perceção da doença (EORTC QLQ-INFO25) e a qualidade de vida (EORTC QLQ-C30) no *Score* Satisfação com a informação ($p < 0,01$), correlação moderada positiva com o *Score* Informação sobre outros serviços ($p < 0,05$) e com o *Score* Informação sobre auto-ajuda ($p < 0,05$). Além disso, observou-se uma correlação acentuada negativa e estatisticamente significativa ($p < 0,001$) entre a funcionalidade, medida através *Score* Global DASH e o *Score* de Estado de Saúde Global/Qualidade de Vida (EORTC QLQ-C30). **Conclusão:** Os resultados obtidos sugerem para a amostra estudada, uma influência positiva entre a perceção da informação e a qualidade de vida das utentes com cancro de mama, submetidas a cirurgia há 4 a 5 semanas. Além disso, identificámos uma correlação positiva entre a funcionalidade e a qualidade de vida destas utentes. Estes resultados permitem inferir que nesta fase de reabilitação, as utentes sentem a necessidade de receber mais informação acerca da doença. No entanto, é crucial considerar as limitações inerentes a este tipo de estudo, dada a pequena dimensão da amostra, não permitindo inferências causais e generalização dos resultados. Recomendam-se futuros estudos, com maiores dimensões da amostra.

Palavras-chave: EORTC QLQ-C30, EORTC QLQ-INFO25, DASH, Qualidade de Vida, Funcionalidade, Perceção da Informação

ABSTRACT

Introduction: Breast cancer is the most reported cancer among women and constitutes a serious public health problem. The therapeutic options in breast cancer treatment, although essential, can frequently result in problems that impact the functionality and participation of the patients. The physiotherapist plays a crucial role in general health and functionality, positively impacting patients' quality of life. In oncology, the prospective surveillance model (PSM) is considered the gold standard of physiotherapy, instructing ongoing examination throughout the different phases of survivorship. One of the main pillars of this model is the encouragement of effective communication with quality being transmitted from the healthcare professionals to the patient, informing about their health condition throughout the entire process, positively contributing to the quality of healthcare in oncology. **Objective:** To evaluate the relationship between the perception that breast cancer patients have regarding the information provided, from diagnostic up to 4 and 5 weeks post-surgery, with the respective levels of upper limb functionality and quality of life. **Methodology:** Consisted of an observational study, transversal and correlational which included a sample of 33 participants who underwent surgery approximately 4 to 5 weeks before and were on the waiting list to begin physiotherapy treatment on an outpatient basis, at the Physical Medicine and Rehabilitation Service of *Instituto Português de Lisboa Francisco Gentil* (IPOLFG). The patients were selected for convenience, with only one moment of data collection, which was based on the following instruments: a questionnaire about sociodemographic and clinical; the EORTC QLQ-C30, to assess quality of life; the EORTC QLQ-INFO25 scale, to assess the perception of information received about oncological pathology; and the DASH scale, to examine upper limb functionality. For the statistical treatment of the data, descriptive statistics were employed to perform a sociodemographic and clinical characterization of the study sample, as well as for the quantitative variables of the EORTC QLQ-C30, EORTC QLQ-INFO25 and DASH questionnaires. Inferential statistics were used to investigate possible correlations between the independent and dependent variables under study. **Results:** Regarding the information perception variable, it was observed that most of the scores of the subscales of the EORTC QLQ-INFO25 questionnaire present a positive and statistically significant correlation ($p < 0,05$), with the respective global score. Regarding the functionality variable, measured using the global DASH score, there was a positive and statistically significant correlation with age ($p = 0,027$). Regarding the Global Health status/Quality of Life (EORTC QLQ-C30), there was a positive and statistically significant correlation between the perception of the disease (EORTC QLQ-INFO25) and quality of life (EORTC QLQ-C30) in the Satisfaction with health score information ($p < 0,01$), moderate positive correlation with the Information Score on other services ($p < 0,05$) and with the Information Score on self-help ($p < 0,05$). Furthermore, there was also a negative and statistically significant correlation ($p < 0,001$) between functionality, measured through the Score Global DASH, and the Global Health Status/Quality of Life Score (EORTC QLQ-C30). **Conclusion:** The results obtained suggest, for the studied sample, a positive influence between the perception of information and the quality of life of female breast cancer patients who underwent surgery 4 to 5 weeks ago. Moreover, we identify a positive correlation between functionality and patients' quality of life. These results allow us to infer that in this stage of the rehabilitation process patients feel the need to receive more information about the disease. Nevertheless, it is important to consider the limitations inherent to this sort of study, with a small sample size, not allowing for causal inference and generalization of results. As such, future research, with a larger sample size is highly recommended.

Keywords: EORTC QLQ-C30, EORTC QLQ-INFO25, DASH, Quality of life, Functionality, Information perception

INTRODUÇÃO

O cancro é um grave e crescente problema de saúde pública, a nível global (Vineis & Wild, 2014; Toro-Córdova, Llaguno-Munive, Jurado, & Garcia-Lopez, 2022; Siegel, Miller, Wagle, & Jemal, 2023). Em 2020 foram diagnosticados mais de 19.3 milhões de novos casos de cancro, levando a aproximadamente 10 milhões de mortes (Deo, Sharma, & Kumar, 2022). De acordo com a *International Agency for Research on Cancer* (IARC), estima-se a nível mundial, entre 2020 e 2040, um aumento da incidência anual de 19.3 milhões para 30.2 milhões e um aumento da taxa de mortalidade de 9.96 milhões para 16.3 milhões (IARC, 2020). Em muitos países, incluindo Portugal, o cancro é a segunda causa de morte, logo a seguir às doenças cardiovasculares (Vineis & Wild, 2014; Siegel, Miller, Wagle, & Jemal, 2023). O cancro de mama, em particular, é o tipo de cancro mais diagnosticado entre as mulheres, representando globalmente cerca de 12% de todos os casos de cancro em ambos os sexos (Wilkinson & Gathani, 2022; *WHO*, 2023). Nos países desenvolvidos observa-se um aumento da sobrevivência das mulheres com cancro de mama, o qual é atribuído ao sucesso decorrente da combinação de medidas preventivas, da precocidade do diagnóstico e da eficácia na implementação de abordagens terapêuticas mais inovadoras (*WHO*, 2023).

O tratamento do cancro de mama abrange diversas opções terapêuticas, dependendo da fase da doença e das características clínicas, tais como, a cirurgia, a radioterapia, a quimioterapia, a terapia hormonal, a imunoterapia e as terapias-alvo (Saleh, Rageh, Alhassanin & Megahed, 2018). Estas opções, embora essenciais, estão frequentemente associadas a complicações precoces e tardias que impactam a funcionalidade e a participação, designadamente o desempenho das atividades da vida diária, o estado emocional e mental, bem como as interações sociais e familiares, com inevitável impacto negativo na qualidade de vida destes utentes (Lovelace *et al.*, 2019; Hayes *et al.*, 2012, Picaró & Perloiro, 2005). Na literatura são destacadas diferentes tipos de complicações incluindo alterações sensoriais ou motoras, dor, diminuição da amplitude ou alteração do padrão de movimento, redução da força muscular e da sensibilidade, cicatrizes, fibroses, alterações posturais, parestesias, alterações na pele da mama e do membro superior, diminuição da amplitude articular ao nível do tronco, cintura escapular e membro superior, rigidez, retrações, dormência ou edema no lado afetado, diminuição da prática de atividade física, aumento do índice de massa corporal (IMC), fadiga, linfedema, seroma e problemas dermatológicos na área tratada (comichão e vermelhidão) (Dhankhar *et al.*, 2010; Hayes *et al.*, 2012; Macdonald *et al.*, 2023; Miller *et al.*, 2022).

A promoção e divulgação de programas de reabilitação oncológica são fundamentais para os sobreviventes de cancro de mama que enfrentam limitações na funcionalidade e na qualidade de vida e devem ser suportadas por uma equipa multidisciplinar, que inclua diferentes profissionais, designadamente médico, fisioterapeuta, psicólogo, terapeuta da fala, terapeuta ocupacional, nutricionista, assistente social, entre outros (Bertheussen, Kaasa, Hokstad *et al.*, 2012). Estudos comprovam que, um programa de reabilitação que inclua atividade física, promove melhorias estatisticamente significativas na qualidade de vida das utentes, contudo, não são observadas diferenças estatisticamente significativas no respetivo estado funcional (Riedl, Giesinger, Wintner, Loth *et al.*, 2017).

A implementação de protocolos de reabilitação é considerada uma parte essencial dos cuidados de saúde e de acompanhamento aos sobreviventes de cancro de mama. De acordo com as linhas orientadoras da fisioterapia em oncologia, o fisioterapeuta desempenha um papel crucial na prevenção, deteção precoce e tratamento das complicações secundárias relacionadas com o tratamento de cancro de mama (Stout *et al.*, 2022; Gomide & Matheus, 2007; Johansson, 2005; McCallin, Johnston & Basset 2005).

A evidência disponível defende que o papel do fisioterapeuta em mulheres sobreviventes de cancro de mama é considerado crucial, contribuindo para a melhoria do estado de saúde geral e da funcionalidade dos membros superiores, assim como para a função física, social e emocional (Duarte, 2010), com consequente impacto positivo na qualidade de vida (Beurskens *et al.*, 2007). A implementação de um plano de tratamento estruturado, individualizado e com objetivos específicos revela-se benéfico, resultando na redução da incapacidade funcional, na melhoria da participação e na qualidade de vida (Amatya *et al.*, 2017).

Na atualidade, é consensual que o modelo de vigilância prospetiva (MVP) deve ser considerado o *gold standard* da fisioterapia em oncologia. Este modelo foi projetado para ser incorporado nos cuidados multidisciplinares de sobrevivência existentes e emergentes e preconiza o acompanhamento do utente nas diferentes fases de sobrevivência, nomeadamente na primeira fase de Diagnóstico e Planeamento de Tratamento; na segunda fase Pós-Operatória e, na terceira e última, de Tratamento Adjuvante e Acompanhamento Contínuo - Vigilância Contínua (Gerber, Stout, Schmitz *et al.*, 2012; Rafn, Hung, Hoens *et al.*, 2018; Stout, Binkley, Schmitz *et al.*, 2012). Considerando que os efeitos colaterais adversos ao tratamento de cancro de mama podem resultar em alterações funcionais em qualquer fase da prestação de cuidados de saúde, o modelo MVP possibilita uma integração mais eficaz dos cuidados ao sobrevivente de cancro de mama, ao longo do *continuum* do processo (Stout, Utzman, Jenkins *et al.*, 2022).

Deste modo, a implementação do MVP, permite aos fisioterapeutas prestar cuidados de saúde diferenciados a cada utente, fundamentados numa abordagem precoce das complicações associadas aos tratamentos oncológicos, visando a redução do impacto na respetiva funcionalidade (Stout, Binkley, Schmitz *et al.*, 2012). Um estudo conduzido por Stout, Utzman, Jenkins *et al.* (2022), comprova que a inclusão do modelo MVP nos cuidados de saúde prestados pelo fisioterapeuta ao doente oncológico, concretamente aos sobreviventes de cancro de mama, resulta numa melhoria da mobilidade do membro superior, restaurando a força e, por conseguinte, promove melhorias significativas na funcionalidade, com particular impacto no desempenho das atividades de vida diária (Stout, Utzman, Jenkins *et al.*, 2022).

Um dos pilares essenciais deste modelo é a promoção de uma comunicação eficaz e de qualidade da informação transmitida por parte dos profissionais de saúde ao utente, informando-o sobre a sua condição ao longo de todo o processo, contribuindo favoravelmente para a qualidade da prestação de cuidados de saúde em oncologia (Stout, Utzman, Jenkins *et al.*, 2022).

A evidência destaca que o elevado grau de satisfação com as informações de saúde disponibilizadas ao sobrevivente de cancro, está associado com o aumento da qualidade de vida e a redução dos níveis de sofrimento psicológico. A literacia em saúde influencia positivamente alguns dos resultados obtidos, tanto a nível físico, como emocional (Kugbey, Meyer-weitz, & Oppong, 2019), ao permitir que a utente compreenda quais as opções terapêuticas possíveis e mais apropriadas, tendo em conta a sua situação clínica, pessoal e social (Paraskevi, 2012).

Adicionalmente sugere que as mulheres diagnosticadas com cancro de mama expressam uma elevada necessidade de receber informações precisas e de qualidade provenientes de diversas fontes. O acesso a informações abrangentes possibilita uma melhor gestão da patologia, incluindo informações verbais, por parte dos profissionais de saúde, informação complementar consistente e baseada na melhor evidência e folhetos informativos que permitam aconselhar e educar sobre os aspetos relacionados com as indicações e contraindicações na prática do exercício físico (Management, 2021). Neste âmbito, torna-se essencial promover uma maior sensibilização, educação e consciencialização dos profissionais de saúde que atuam na área oncológica (Stout, Binkley, Schmitz *et al.*, 2012). Assim sendo, a promoção e divulgação de informações alinhadas com as necessidades dos utentes tornam-se fatores determinantes na redução de barreiras a nível da informação fornecida, contribuindo para elevar os índices de qualidade de vida e diminuir os níveis de depressão e ansiedade experienciados por estes utentes (Husson, Mols *et al.*, 2011).

Husson, Mols *et al.* (2011) argumentam que, os sobreviventes de cancro de mama que enfrentam dificuldades em obter informações adequadas às suas necessidades demonstram menor confiança e capacidade de lidar com a respetiva condição de saúde. Portanto, a disponibilização adequada de informações conduz a uma melhor compreensão da doença e promove uma sensação de maior controle sobre o seu estado de saúde e a gestão dos sintomas, dando especial primazia à qualidade e não apenas à quantidade das mesmas. É crucial que as informações disponibilizadas sejam centradas nas necessidades e características individuais dos utentes, como o género, a idade, os aspetos culturais, o nível educacional, o estadio da doença e a forma como lidam com a patologia oncológica. A qualidade dos cuidados de saúde reportada pelos utentes é um elemento importante na avaliação de serviços de saúde, refletindo as dimensões que consideram relevantes e destacando as áreas potenciais de melhoria. A avaliação da satisfação do utente fornece uma perspetiva complementar à dos profissionais de saúde e é reconhecida como um indicador essencial da qualidade dos cuidados de saúde prestados (Banda, S., Nkungula, N., Chiumia, I.K. *et al.*, 2023).

Estudos sobre a perceção de mulheres submetidas a cirurgia para cancro de mama, sugerem de uma forma geral, que estas utentes recebem orientações clínicas insuficientes não consensuais sobre o plano de exercícios a realizar e relatam sentir-se pouco acompanhadas ao longo de todo o processo, incluindo após a alta hospitalar, enfrentando constantes dificuldades na integração das orientações disponibilizadas nas respetivas atividades diárias (Harder *et al.*, 2017; Kärki, Simonen, Mäkiä, Selfe, 2004; Richmond *et al.*, 2018).

Após a revisão de literatura, constatou-se uma escassez de evidências que correlacionem os benefícios da informação disponibilizada com a respetiva funcionalidade, participação (desempenho das atividades da vida diária, interações sociais e familiares) e qualidade de vida das utentes com cancro de mama (Venetis *et al.*, 2018).

O presente estudo teve por base as seguintes premissas: 1) o cancro de mama é o tipo de cancro mais diagnosticado entre as mulheres, representando globalmente cerca de 12% de todos os casos de cancro (Wilkinson & Gathani, 2022; WHO, 2023); 2) a educação do utente com cancro, através da disponibilização acerca da sua doença e do tipo de tratamentos recomendados, tem-se mostrado uma estratégia eficaz para promover melhor compreensão acerca da doença e maior consciência sobre as repercussões da patologia, para além de capacitar os utentes para a tomada de decisões durante todo o processo (Bonin, Santos, Ghisi, *et al.*, 2014); 3) a avaliação da informação

comunicada ao utente oncológico emerge como um indicador fundamental da qualidade dos cuidados oncológicos oferecidos pela instituição de saúde (Byrt, Bishop & Carlin, 1993).

Neste contexto foram definidos os objetivos geral e específicos desta investigação:

Objetivo geral: Avaliar a relação entre a perceção que as utentes de cancro da mama têm quanto à informação disponibilizada com os respetivos níveis de funcionalidade do membro superior e qualidade de vida, desde o diagnóstico até às 4 a 5 semanas após cirurgia.

Objetivos Específicos: Caracterização sociodemográfica e clínica da amostra em estudo, correlacionando essas mesmas características com a perceção de informação, a funcionalidade do membro superior e a qualidade de vida.

METODOLOGIA

O presente estudo consistiu num estudo observacional, descritivo, transversal e correlacional (Cataldo, Arancibia, Stojanova, & Papuzinski, 2019). Dada a natureza transversal, a recolha de dados ocorreu num único momento, durante o qual foi aplicado um questionário para a recolha de dados sociodemográficos e clínicos, visando a caracterização da população em estudo. Além disso, foram aplicados dois questionários e uma escala para avaliar e compreender a perceção das utentes em relação à informação disponibilizada, à sua funcionalidade e qualidade de vida, com recurso aos seguintes instrumentos, respetivamente: o Questionário EORTC QLQ-INFO25, que aborda a perceção da qualidade das informações recebidas pelos utentes com cancro; a escala *Disabilities of Arm, Shoulder and Hand-DASH* para avaliar a funcionalidade do membro superior; e, o Questionário EORTC QLQ-C30 que avalia a qualidade de vida relacionada com a saúde.

População

A população do estudo foi constituída por mulheres com diagnóstico de cancro da mama, seguidas no Instituto Português de Lisboa Francisco Gentil (IPOLFG) e submetidas a tratamento cirúrgico e outras terapias oncológicas.

Amostra

A população alvo do presente estudo abrangeu mulheres, que estavam em lista de espera para iniciar tratamento de fisioterapia em regime de ambulatório, 4 a 5 semanas após a cirurgia, no Serviço de Medicina Física e Reabilitação do Instituto Português de Lisboa Francisco Gentil

(IPOLFG). O período de recolha de dados teve início em agosto de 2023 e término em outubro de 2023.

Tratando-se de um estudo clínico exploratório, assume-se que a dimensão da amostra deve ter no mínimo 30 participantes (Aguiar, 2007).

Amostra em Estudo

As utentes foram selecionadas por conveniência a partir da lista de mulheres com cancro de mama submetidas a cirurgia, que constavam da lista de espera para início de tratamento de fisioterapia em regime de ambulatório, 4 a 5 semanas após a cirurgia, no Serviço de Medicina Física e Reabilitação do Instituto Português de Lisboa Francisco Gentil (IPOLFG).

Após a consulta do processo clínico de todos estes doentes, e aplicando os critérios de seleção, obteve-se uma amostra potencial de 41 indivíduos. Desta amostra potencial, 6 não aceitaram participar no estudo e 2 foram excluídos. A amostra final foi constituída por 33 utentes que cumpriram todos os critérios de inclusão e exclusão.

Critérios de Seleção

Os critérios de inclusão adotados foram os seguintes: mulheres com cancro de mama com idade igual ou superior a 18 anos, submetidas a procedimento cirúrgico (há 4 a 5 semanas), que estavam a ser seguidas no IPOLFG, mas que ainda não tivessem iniciado tratamentos de Fisioterapia em regime ambulatório e concordaram em participar no estudo de forma livre e voluntária, após leitura do termo explicativo do estudo (Apêndice I) e assinatura do consentimento informado (Apêndice II).

Como critérios de exclusão foram considerados os seguintes: utentes do sexo feminino com diagnóstico de doença neurodegenerativa ou alterações cognitivas diagnosticadas que limitassem a compreensão do estudo e o preenchimento dos questionários (Dakić, 2020); mulheres analfabetas ou incapazes de ler e escrever em língua portuguesa. A exclusão destes casos é justificada no primeiro caso, pela possibilidade de mal-entendidos e omissões de informação durante a explicação oral às participantes, e no segundo caso, pela dificuldade de tradução precisa dos formulários de consentimento informado, que poderia resultar em alterações linguísticas durante a exposição oral (Krogstad *et al.*, 2010). Além disso, mulheres com cancro de mama que já tenham realizado tratamentos de fisioterapia com os fisioterapeutas do IPOLFG, incluindo as utentes submetidas a revisão de prótese, mulheres submetidas a biópsia de gânglio sentinela e posteriormente a linfadenectomia axilar, também foram excluídas do estudo.

Variáveis em Estudo

Após a definição dos critérios de seleção e das variáveis independentes e dependentes para caracterização da amostra, a investigadora principal desenvolveu e implementou um questionário de caracterização sociodemográfica e clínica (Apêndice III). Este questionário visou recolher os dados sociodemográficos e clínicos mais relevantes de cada utente. O objetivo foi verificar a existência de correlação entre as variáveis independentes e dependentes, incluindo a análise de correlação entre variáveis dependentes, conforme representado na Figura 1 (Apêndice IV). As variáveis dependentes deste estudo compreenderam a qualidade de vida, avaliada através da pontuação obtida no questionário EORTC QLQ-C30 (Anexo 1); a perceção do doente oncológico sobre a informação recebida acerca da patologia oncológica, medida pela pontuação obtida na escala EORTC QLQ-INFO25 (Anexo 2); e, a funcionalidade do membro superior, avaliada através da pontuação obtida na escala *Disabilities of the Arm Shoulder and Hand - DASH* (Anexo 3). Os detalhes destas variáveis estão representados nos Quadros 2, 3 e 4, respetivamente, (Apêndice V).

Instrumentos de medida

Os instrumentos de medida utilizados no estudo, incluíram: 1) questionário de caracterização da amostra, que englobou a identificação dos dados sociodemográficos e os dados relevantes sobre a condição clínica das utentes (Apêndice III), que foi desenvolvido pela investigadora principal; 2) o *European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ-C30)* no (Anexo 1); o *European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Group information questionnaire (EORTC QLQ-INFO25)* no (Anexo 2); e, 3) a Escala *Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand (DASH)*, no Anexo 3).

Questionário de qualidade de vida EORTC QLQ-C30

O questionário de qualidade de vida relacionado com a saúde EORTC QLQ-C30, desenvolvido pela *European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC)*, é um instrumento amplamente utilizado a nível mundial, para avaliar a perceção da qualidade de vida em utentes oncológicos (Nolte *et al.*, 2019).

O questionário é composto por 30 itens, divididos em 5 escalas funcionais (desempenho físico e funcional, função emocional, cognitiva e social), 3 escalas de sintomas (fadiga, dor, náuseas e vómitos), 1 escala do estado de saúde global/qualidade de vida, refletindo a multidimensionalidade do construto qualidade de vida (Ribeiro, Pinto, & Santos, 2008). Também inclui 5 itens únicos para avaliar sintomas adicionais comuns relatados em utentes com cancro (dispneia, perda de apetite, distúrbios do sono, constipação e diarreia), além de, um item sobre o impacto financeiro

do tratamento. As respostas são pontuadas em escalas do tipo *likert* de 4 pontos, que variam de 1 “nada” a 4 “muito”, exceto nos itens 29 e 30 da subescala estado de saúde global/qualidade de vida, que utilizam uma escala analógica linear de 7 pontos (Campos, Spexoto, Silva, Serrano, & Marôco, 2018; Ribero *et al.*, 2008). O preenchimento do instrumento pelos utentes demora aproximadamente 12 minutos. A primeira versão em português europeu do EORTC QLQ-C30 foi adaptada transculturalmente e validada para a população portuguesa em 1997, por Ferreira (Ferreira & Portugal, 1997). Todas as escalas e itens são transformados linearmente em valores, numa escala que varia em pontuação de 0 a 100, sendo que, pontuações elevadas indicam melhores níveis de funcionalidade e de qualidade de vida. No entanto, nas escalas de sintomas e itens únicos, uma pontuação mais elevada representa um maior nível de sintomatologia ou problemas e menor qualidade de vida (Ribeiro *et al.*, 2008). O EORTC QLQ-C30 demonstrou boas propriedades psicométricas, boa validade de construção Alfa de *Cronbach* $\alpha = 0.85$, boa confiabilidade, boa consistência interna e validade. A confiabilidade avaliada através da confiabilidade composta (CC) e do coeficiente α de *Cronbach* apresentaram ambos valores $\geq 0,70$ (Campos *et al.*, 2018). A nível de sensibilidade o valor foi ≥ 0.84 e da especificidade ≥ 0.54 (Salas *et al.*, 2022). De acordo com manual da EORTC, a pontuação de cada subescala e dos itens é calculada utilizando fórmulas que estão representadas no (Apêndice VI) (Fayer, Aaronson, Bjordal *et al.*, 2001).

Questionário de perceção de informação EORTC QLQ-INFO25

O EORTC QLQ-INFO25 é um questionário que avalia a perceção da informação que os utentes têm num dado momento. Foi desenvolvida pela EORTC *Quality of Life Study* e tem por objetivo avaliar a perceção da qualidade das informações recebidas pelos utentes com cancro. Pode ser aplicado em diferentes fases da doença, tratamento e períodos de acompanhamento.

O instrumento é composto por 25 itens, dividido em 4 subescalas: 4 itens acerca da doença, 3 itens acerca de exames médicos, 6 itens acerca do tratamento, 4 itens acerca de outros serviços e 8 itens isolados (Da & Bezerra, 2021). Este instrumento, deve ser aplicado em conjunto com o questionário de qualidade de vida EORTC QLQ-C30, e é autoadministrado. As opções de resposta são 4 opções, numa escala *likert*, em que 1 significa nenhum; 2 significa algum, 3 significa bastante e 4 significa muito, exceto para os itens 50, 51, 53 e 54, que têm respostas dicotômicas sim/não. As pontuações obtidas na escala *likert* são transformadas linearmente numa pontuação de 0 a 100, sendo que, pontuações mais altas indicam um nível mais alto de informação recebida e maior satisfação por parte do utente (Arraras *et al.*, 2011; Da & Bezerra, 2021). O questionário EORTC QLQ-INFO25 demonstrou boas propriedades psicométricas, boa validade de construção Alfa de

Cronbach $\alpha = 0.85$, boa confiabilidade, boa consistência interna e validade. A confiabilidade foi estimada por meio da confiabilidade composta (CC) e do coeficiente α de *Cronbach*, tanto os valores da confiabilidade composta como do α de *Cronbach* foram $\geq 0,70$ (Campos *et al.*, 2018). A nível de sensibilidade o valor foi ≥ 0.84 e a especificidade foi ≥ 0.54 (Salas *et al.*, 2022; Arraras *et al.*, 2011). As pontuações para cada subescala e itens são calculadas conforme as fórmulas apresentadas no manual da EORTC (Fayers, Peter; Aaronson, N. K.; Bjordal, K. *et al.*, 2001), representadas no (Apêndice VII).

Escala de funcionalidade do membro superior (DASH)

A escala DASH é um instrumento valioso para avaliar o estado de saúde funcional do membro superior, designadamente, a funcionalidade e os sintomas do membro superior, em pessoas que apresentem complicações a nível da mão, punho, cotovelo e ombro.

A DASH foi desenvolvida em 1996 pela *Council of Musculoskeletal Specialty Societies (COMSS)*, *American Academy of Orthopaedic Surgeons (AAOS)* e *Institute of Work and Health* (Toronto/Ontario) (Hudak *et al.* 1996) e em 2005, foi adaptada transculturalmente para português europeu e validada, por Joseph dos Santos e Rui Soles Gonçalves (Santos & Gonçalves, 2006).

Esta escala é composta por 30 itens que avaliam a dificuldade/incapacidade na execução de diversas atividades que requerem a ação do membro superior na última semana decorrida. Estes itens são divididos em 21 relacionados à função física, 5 relacionados a sintomas de dor e 4 itens relacionados com a função social e emocional (Roy, Macdermid, & Woodhouse, 2009; Santos & Gonçalves, 2006). Cada item tem 5 possibilidades de resposta (Gummesson *et al.*, 2003). Trata-se de um instrumento autoadministrado, e o tempo médio de preenchimento é de aproximadamente 6 a 8 minutos, cuja pontuação total varia de 0 a 100, apresentada numa escala de orientação negativa, em que 0 significa máxima funcionalidade e 100 significa máxima incapacidade (Roy *et al.*, 2009). Além disso, a DASH inclui dois módulos opcionais, o módulo trabalho e o módulo desporto/música, cada um com 4 itens (1 a 5), também pontuados numa escala de 0 a 100, mas que no caso do nosso estudo não serão aplicados (Santos & Gonçalves, 2006). A escala DASH, possui boa reprodutibilidade $r = 0,89$, boa validade de construção Alfa de *Cronbach*: $\alpha = 0,95$, boa sensibilidade e validade interna (Santos & Gonçalves, 2006; Gummesson *et al.*, 2003).

Para calcular a pontuação total, faz-se o somatório do número de respostas obtidas e divide-se pelo número de itens respondidos, subtrai-se um (1) desse resultado e multiplica-se o valor obtido por 25. É crucial observar que, para que o questionário seja considerado válido, é necessário que pelo menos 27 dos 30 itens sejam respondidos. Portanto, a validade do instrumento está associada à

quantidade mínima de itens respondidos para assegurar uma avaliação adequada da funcionalidade do membro superior.

$$\text{Score da dimensão total da DASH} = \left(\frac{\text{Soma do número de respostas}}{\text{Número de respostas}} - 1 \right) \times 25$$

Figura 8. Fórmula para calcular o score

Procedimentos

O presente estudo, foi submetido à apreciação do Conselho de Mestrado e Conselho Técnico Científico da Escola Superior de Saúde do Alcoitão (ESSAlcoitão) em 17 de outubro de 2022, sendo a aprovação concedida em 16 de novembro de 2022 (Anexo 4). Posteriormente, em 16 de novembro de 2022, o estudo foi submetido à Unidade de Investigação Clínica (UIC) do IPOLFG que emitiu um parecer positivo a 22 de dezembro de 2022, atribuindo ao projecto o seguinte código UIC/1586. Em 23 de janeiro de 2023, o estudo foi submetido ao IPOLFG para obtenção de autorização do Conselho de Administração e da Comissão de Ética do IPOLFG para a recolha de dados. A Comissão de Ética do IPOLFG emitiu um parecer positivo a 30 de maio de 2023 (Anexo 5) e o Conselho de Administração do IPOLFG concedeu um parecer positivo em 17 de julho de 2023. A recolha de dados teve início em agosto de 2023. Em 15 de novembro de 2022, foi solicitada autorização à *European Organisation for Research and Treatment of Cancer* (EORTC) para o download e utilização dos questionários EORTC QLQ-C30 e EORTC QLQ-INFO25, sendo o pedido autorizado a 7 de dezembro de 2022. Não foi necessária autorização para a *Disabilities of the Arm Shoulder and Hand* (DASH), pois não requer tal permissão para utilização.

No presente estudo não foram identificados potenciais conflitos de interesse. Os participantes incluídos, foram mulheres diagnosticadas com cancro de mama, submetidas a cirurgia e em espera para iniciar tratamento de fisioterapia em regime de ambulatório, 4 a 5 semanas após a cirurgia, no Serviço de Medicina Física e Reabilitação do Instituto Português de Lisboa Francisco Gentil (IPOLFG). Estas participantes concordaram voluntariamente em participar, após esclarecimento e assinatura do consentimento informado. A recolha de dados ocorreu num único momento de avaliação e foi realizada por três fisioterapeutas do referido serviço. A proteção de dados pessoais foi rigorosamente mantida ao longo de toda a investigação, os dados recolhidos foram codificados e tratados de modo confidencial, sob a responsabilidade dos investigadores. Adicionalmente, o

projeto foi submetido à análise da Comissão de Ética do IPOLFG, que assegurou que todos os direitos dos participantes do estudo estavam devidamente salvaguardados.

TRATAMENTO ESTATÍSTICO

Para o tratamento estatístico dos dados, utilizou-se o programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*, IBM Corp, Armonk, New York, USA), versão 24.0.

Para caracterização sociodemográfica e clínica da amostra em estudo, utilizou-se estatística descritiva, que incluiu análises de frequências para as variáveis com escala qualitativa (nominal e ordinal), bem como medidas de tendência central (média e mediana) e de variabilidade (desvio padrão, mínimo e máximo) para as variáveis com escala quantitativa dos questionários EORTC QLQ-C30, EORTC QLQ-INFO25 e da escala de Funcionalidade DASH. Para averiguar possíveis correlações entre as variáveis independentes e dependentes em estudo, recorreu-se à estatística inferencial, conforme orientações de Aguiar (2007).

Contudo, foi necessário recategorizar algumas variáveis, de forma a tornar os grupos mais homogêneos e obter conclusões mais robustas dos resultados obtidos. Destaca-se que na variável sociodemográfica estado civil, as utentes em união de facto, foram agrupadas no grupo Casadas; as utentes solteiras, viúvas e divorciadas no grupo Não-Casadas. Relativamente à variável Ocupação Laboral, as utentes reformadas e desempregadas, foram agrupados no grupo Não Ativas, já as que se encontram a trabalhar foram agrupadas no grupo Ativas.

Para avaliar a consistência interna do *score* do questionário de Estado de Saúde Global/Qualidade de Vida EORTC QLQ-C30, do *score* Global do questionário de percepção de informação EORTC QLQ-INFO25, dos *scores* das escalas que o compõem, e da escala de Funcionalidade DASH utilizou-se o Coeficiente Alfa de *Cronbach*. Foi considerado que havia boa consistência interna para valores superiores a 0,70. Para verificar a normalidade dos dados utilizou-se o teste de *Shapiro Wilk*, uma vez que a dimensão da amostra (n=33 participantes) era inferior a 50 participantes. Os testes de normalidade foram realizados para avaliar possíveis desvios significativos da distribuição normal, pelo que, os testes estatísticos utilizados foram ajustados para considerar essa falta de normalidade, conforme descrito abaixo.

Para analisar a associação entre variáveis qualitativas ordinais e variáveis quantitativas, assim como para realizar análises de correlação entre duas variáveis numéricas ou ordinais, utilizou-se o coeficiente de correlação não paramétrica de *Spearman*. Nas correlações, uma associação foi

considerada negativa quando o valor da correlação apresentou sinal negativo, indicando variação em direções opostas entre as variáveis. Se o valor da correlação foi positivo, indicando variação na mesma direção entre as variáveis, considerou-se uma associação positiva. Esta análise foi utilizada para averiguar correlações entre as variáveis numéricas dos questionários e correlações entre as variáveis de caracterização sociodemográfica, tais como, a idade e os anos de escolaridade, com os instrumentos de medida utilizados. A classificação da correlação entre variáveis foi considerada ligeira quando o valor do coeficiente de correlação de *Spearman* foi inferior a 0,25, moderada se o valor se situou entre 0,25 e 0,50 e, em acentuada se o valor foi superior a 0,50 (Marôco, 2021).

Outro teste utilizado foi o *de Mann-Whitney*, uma ferramenta não paramétrica para comparar dois grupos independentes. Este teste analisa uma variável categórica, que define os grupos em comparação, juntamente com outra variável na qual as comparações de interesse são feitas, podendo esta última ser numérica ou ordinal. O Teste de *Mann-Whitney* foi usado para verificar se existem diferenças estatisticamente significativas entre grupos, tendo em conta as variáveis sociodemográficas e as variáveis clínicas, como terapia oncológica neoadjuvante, procedimento cirúrgico e lateralidade dominante coincidente com a da cirurgia, em relação a algumas variáveis dependentes. Todos os testes de hipóteses foram realizados com um nível de significância de 5%, e os intervalos de confiança foram estabelecidos em 95%.

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Entre agosto e outubro de 2023 foram recolhidos dados de 33 utentes do sexo feminino com diagnóstico de cancro de mama, submetidas a cirurgia (há 4 ou 5 semanas), seguidas no Serviço de Medicina Física e de Reabilitação do IPOLFG, e que preencheram os critérios de elegibilidade do estudo.

Para além dos objetivos específicos delineados para este estudo, decidiu-se também realizar a avaliação da fiabilidade dos instrumentos de medida (consistência interna) utilizados: EORTC QLQ-INFO25, EORTC QLQ-C30 e DASH. Estes dados estão apresentados no dossier complementar do estudo.

1º Objetivo: Caracterizar a amostra em estudo, segundo as características sociodemográficas da amostra

A amostra do estudo foi constituída por 33 participantes, selecionadas por conveniência a partir da lista de mulheres com cancro de mama submetidas a cirurgia, que constavam da lista de espera para início de tratamento de fisioterapia em regime de ambulatório, 4 a 5 semanas após a cirurgia,

no Serviço de Medicina Física e Reabilitação do Instituto Português de Lisboa Francisco Gentil (IPOLFG). Dada a natureza exploratória do presente estudo, a amostra atendeu ao mínimo recomendado de 30 participantes, conforme sugerido por Aguiar (2007) e, respeitou os critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos.

Caracterização sociodemográfica da amostra

Como representado na Tabela 1, que poderá ser consultada no (Apêndice VIII), a média de idades das participantes foi de 54,48 anos, sendo a idade mínima de 31 e a idade máxima de 83 anos. Quanto ao estado civil, verificou-se que 48,48% da amostra (16) das utentes eram casadas, 12,12% (4) viviam em união de facto, 21,21% (7) eram solteiras, 9,09% (3) eram divorciadas e 9,09% (3) eram viúvas. Relativamente à ocupação laboral: a maioria era ativa, representando 66,67% da amostra (22) e 33,33 da amostra (11) eram não ativas; quanto ao local de residência: a maioria vive num meio urbano 87,88% (29); para o nível das habilitações académicas, 63,63% da amostra (21).

2º Objetivo: Caracterizar a amostra em estudo, segundo as características clínicas da amostra

Caracterização clínica da amostra

Quanto às características clínicas, representados na Tabela 2, que poderá ser consultada no (Apêndice IX) observa-se que a maioria das participantes foi submetida a Terapias Oncológicas Neoadjuvantes, totalizando 78,79% da amostra (26), sendo a quimioterapia a abordagem mais frequente, em 51,52% dos casos (17) e apenas 21,21% da amostra (7) não realizaram nenhuma terapia neoadjuvante. Destaca-se ainda que 72,7% das utentes (24) foram submetidas a intervenção cirúrgica no lado dominante, sendo a linfadenectomia axilar, o procedimento cirúrgico mais comum, realizado em 66,67% das utentes (22). Por último, quanto à lateralidade dominante, a maioria era dextra, representando 81,82% (27) e o lado da cirurgia, em 48,48% das participantes (16) foi do lado direito, 39% (13) do lado esquerdo, sendo que as restantes 12,12% (4) foram submetidas a cirurgia bilateral.

3º Objetivo: Avaliar a perceção que as utentes com cancro de mama (seguidos no Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, EPE) têm relativamente à informação que lhes é fornecida entre o processo de diagnóstico e o início dos tratamentos de fisioterapia, em regime ambulatorio

Ao analisar os resultados apresentados na Tabela 3, observou-se uma correlação positiva e estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre a maioria dos *scores* das subescalas, especificamente, no *score* informação sobre a doença, *score* informação sobre os testes médicos, *score* informação sobre o tratamento, *score* informação sobre outros serviços, *score* informação sobre diferentes

locais de cuidados, *score* de informação sobre auto-ajuda, *score* satisfação com a informação, *score* desejo de receber mais informação, *score* desejo de receber menos informação e o *score* utilidade da informação, apresentam uma correlação positiva e estatisticamente significativa ($p < 0,05$), com o *score* global da EORTC QLQ-INFO25. Isto indica que, à medida que o *score* em cada uma destas subescalas aumenta, o *score* global sobre a percepção de informação também tende a aumentar, ou seja, quanto mais informação sobre esses tópicos é fornecida, melhor é a percepção geral de informação. Portanto podemos inferir que um maior interesse em adquirir conhecimento sobre a doença, os exames médicos e as estratégias de autoajuda estão associados a uma percepção global mais positiva da informação. Excepcionalmente, os *scores* de informação em formato escrito e em formato CD/Cassete/Vídeo, não atingiu significância estatística com o *score* global, indicativo de que estes formatos de informação não apresentam uma associação com a percepção global de informação. Destaca-se que a correlação entre variáveis foi classificada como, ligeira ($< 0,25$), moderada (entre 0,25 e 0,50) ou acentuada ($> 0,50$), conforme (Marôco, 2021) como já mencionado anteriormente.

Tabela 3. Correlação de *Spearman* entre o score das subescalas e o score global do questionário de percepção de informação EORTC QLQ-INFO25

Variável em análise (n=33):	Score Global EORTC QLQ-INFO25
Score Informação sobre a doença	0,646** Valor de $p < 0,001$
Score Informação sobre os testes médicos	0,625** Valor de $p < 0,001$
Score Informação sobre o tratamento	0,614** Valor de $p < 0,001$
Score Informação sobre outros serviços	0,803** Valor de $p < 0,001$
Score Informação sobre diferentes locais de cuidados	0,705** Valor de $p < 0,001$
Score de Informação sobre auto-ajuda	0,647** Valor de $p < 0,001$
Score de Informação Escrita	0,180 Valor de $p = 0,316$
Score Informação CD/Cassete/Vídeo	0,223 Valor de $p = 0,213$
Score Satisfação com a informação	0,664** Valor de $p < 0,001$
Score desejo de receber mais informação	0,681** Valor de $p < 0,001$
Score desejo de receber menos informação	0,374** Valor de $p = 0,032$
Score utilidade da informação	0,598** Valor de $p < 0,001$
Score Global	1,000

Legenda: ** A correlação é estatisticamente significativa para $p < 0,01$. As escalas são cotadas numa escala de 0 a 100. Pontuações elevadas significam um maior nível de informação recebida, maiores desejos de informação e maior satisfação.

4º Objetivo: Verificar a existência de correlação entre a percepção de informação e as características sociodemográficas

Para verificar a existência de correlação entre a percepção das utentes com cancro de mama sobre a informação disponibilizada, utilizando o questionário EORTC QLQ-INFO25, e as características sociodemográficas, analisou-se a associação entre as variáveis idade e anos de escolaridade completos com o referido questionário através da correlação de Spearman. Por outro lado, a associação entre as variáveis estado civil e ocupação laboral com o questionário foi analisada utilizando o teste de Mann-Whitney.

Idade e Anos de Escolaridade Completos

Como podemos verificar na Tabela 4, observa-se uma correlação negativa e estatisticamente significativa entre os *scores* de informação sobre os testes médicos e o desejo de receber menos informação, relacionado com a variável idade. Em síntese, à medida que a idade aumenta, há um menor interesse em receber informação sobre testes médicos e um menor desejo de receber menos informação sobre a doença. Quanto à variável anos de escolaridade completos, apenas se verificou uma correlação positiva e estatisticamente significativa com o *score* desejo de receber menos informação, ou seja, quanto maior a escolaridade das participantes, maior é o desejo ou intenção de receber menos informação acerca da doença.

Tabela 4. Correlação de *Spearman* entre os dados sociodemográficos, idade e anos de escolaridade completos, com os scores do questionário de percepção de informação EORTC INFO-25, 4 a 5 semanas após a cirurgia

Variável em análise (n=33)	Idade	Anos de Escolaridade Completos
Score Global INFO-25	-0,246 Valor de $p=0,168$	0,165 Valor de $p=0,360$
Score Informação sobre a doença	-0,304 Valor de $p=0,086$	0,227 Valor de $p=0,205$
Score Informação sobre os testes médicos	-0,417* Valor de $p=0,016$	0,198 Valor de $p=0,269$
Score Informação sobre o tratamento	-0,201 Valor de $p=0,262$	-0,038 Valor de $p=0,833$
Score Informação sobre outros serviços	-0,262 Valor de $p=0,141$	0,293 Valor de $p=0,098$
Score Informação sobre diferentes locais de cuidados	-0,257 Valor de $p=0,148$	0,248 Valor de $p=0,163$
Score de Informação sobre auto-ajuda	-0,003 Valor de $p=0,989$	0,042 Valor de $p=0,815$
Score de Informação Escrita	0,111 Valor de $p=0,539$	0,197 Valor de $p=0,272$
Score Informação CD/Cassete/Vídeo	-0,037 Valor de $p=0,837$	-0,134 Valor de $p=0,456$
Score Satisfação com a informação	-0,232 Valor de $p=0,193$	0,056 Valor de $p=0,756$
Score desejo de receber mais informação	0,077 Valor de $p=0,672$	-0,112 Valor de $p=0,535$

Score desejo de receber menos informação	- 0,354* Valor de $p = 0,043$	0,358* Valor de $p = 0,041$
Score utilidade da informação	-0,286 Valor de $p = 0,107$	0,148 Valor de $p = 0,412$

Legenda: *A correlação é estatisticamente significativa para $p < 0,05$. As escalas são cotadas numa escala de 0 a 100. Pontuações elevadas significam um maior nível de informação recebida, maiores desejos de informação e maior satisfação.

Estado Civil e Ocupação Laboral

Conforme apresentado na Tabela 5, ao comparar os dados sociodemográficos: estado civil (casadas vs não casadas) e ocupação laboral (ativas vs não ativas) e a percepção sobre a informação disponibilizada no questionário EORTC QLQ-INFO25, na amostra do estudo, não foram verificadas diferenças significativas nas respostas do questionário relacionadas com estas variáveis neste período pós-cirúrgico. Em síntese, o estado civil e a ocupação laboral não exerceram uma influência estatisticamente significativa na percepção da informação sobre a doença nas participantes do estudo.

Numa análise exploratória, as medianas e médias para a maioria dos *scores* relacionados com a percepção da informação entre mulheres com cancro de mama, revelaram-se similares, sugerindo uma consistência nas avaliações independentemente do estado civil e a ocupação laboral, como apresentado no (Apêndice X).

Tabela 5. Teste não paramétrico *Mann-Whitney* entre as variáveis de caracterização sociodemográficas, estado civil e ocupação laboral, com o questionário EORTC-INFO25

Variável em análise (n=33)	Estado Civil	Ocupação Laboral
	Valor de p	Valor de p
Score_Infodoença	0,724	0,513
Score_Infotestemédicos	0,807	0,077
Score_Infotratamentos	0,364	0,179
Score_Infooutroserviços	0,614	0,816
Score_Infooutrosloais	0,406	0,889
Score_Infoautoajuda	0,541	0,121
Score_Infoescrita	0,418	0,792
Score_InfoCD	0,42	0,48
Score_Satisinfo	0,565	0,233
Score_Recmaisinfo	0,234	0,808
Score_Recmenosinfo	0,755	0,611
Score_Utilinfo	0,708	0,713
Score_Global	0,387	1

Legenda: As escalas são cotadas numa escala de 0 a 100. Pontuações elevadas significam um maior nível de informação recebida, maiores desejos de informação e maior satisfação.

5º Objetivo: Verificar se existem diferenças estatisticamente significativas entre a percepção de informação quando relacionada com as características clínicas

Terapias Oncológicas Neoadjuvantes e procedimento Cirúrgico

Conforme apresentado na tabela 6, o Teste não paramétrico Mann-Whitney, não revelou diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis clínicas (terapias oncológicas neoadjuvantes: sim vs. não; procedimento cirúrgico: linfadenectomia axilar vs. biópsia de gânglio sentinela) e a percepção da informação recebida sobre a doença no questionário EORTC QLQ-INFO25, com valores de $p = 0,912$ e $p = 0,516$, respetivamente. Numa análise exploratória, as medianas e médias indicam percepções semelhantes sobre a informação global, independentemente das variáveis analisadas, como representado no (Apêndice XI).

Tabela 6. Teste não paramétrico *Mann-Whitney* entre as variáveis de caracterização clínica, terapias oncológicas neoadjuvantes e procedimento cirúrgico, com o questionário EORTC QLQ-INFO25

Variável em análise (n=33)	Terapias Neoadjuvantes	Procedimento Cirúrgico
	Valor de p	Valor de p
Score_Infodoença	0,824	0,577
Score_Infotestemédicos	0,432	0,471
Score_Infotratamentos	0,121	0,198
Score_Infooutroserviços	0,823	0,614
Score_Infooutroslocais	0,38	0,589
Score_Infoautoajuda	0,466	0,984
Score_Infoescrita	0,912	0,598
Score_InfoCD	0,604	0,48
Score_Satisinfo	0,635	0,742
Score_Recmaisinfo	0,611	0,332
Score_Recmenosinfo	0,456	0,611
Score_Utilinfo	0,981	0,683
Score_Global	0,912	0,516

Legenda: As escalas são cotadas numa escala de 0 a 100. Pontuações elevadas significam um maior nível de informação recebida, maiores desejos de informação e maior satisfação.

Lateralidade Dominante coincidente com o Lado da Cirurgia

No entanto, relativamente à comparação entre a percepção da informação recebida sobre a doença no questionário EORTC QLQ-INFO25 e a características clínicas (lateralidade dominante coincidente com o lado da cirurgia), conforme apresentado na Tabela 7, os resultados obtidos no

Teste não paramétrico Mann-Whitney, indicam diferenças estatisticamente significativas entre os *scores* de informação sobre autoajuda ($p= 0,021$) e os *scores* de informação escrita ($p= 0,022$) e esta variável clínica. Por outras palavras, as utentes cujo lado dominante coincide com o lado da cirurgia, demonstram uma inclinação estatisticamente significativa para preferir informações escritas e sobre estratégias de autoajuda. No entanto, a maioria das perceções sobre informação relacionada com o cancro de mama não apresenta diferenças significativas com base na coincidência ou não da lateralidade dominante com o lado da cirurgia, ou seja, de forma geral, a lateralidade não sugere ser um fator determinante significativo na perceção da informação pelas utentes.

Numa análise exploratória, a mediana e a média indicam que as utentes com lateralidade não coincidente têm uma perceção mais elevada em relação à informação sobre autoajuda e à informação escrita, como representado no (Apêndice XII).

Tabela 7. Teste não paramétrico *Mann-Whitney* entre a variável de caracterização clínica, lateralidade dominante coincidente com o lado da cirurgia, com o questionário EORTC QLQ-INFO25

Variável em análise (n=33)	Lateralidade dominante coincidente com o lado da cirurgia
	Valor de p
Score_Infodoença	0,271
Score_Infotestemédicos	0,837
Score_Infotratamentos	0,823
Score_Infooutroserviços	0,286
Score_Infooutrosloais	0,735
Score_Infoautoajuda	0,021
Score_Infoescrita	0,022
Score_InfoCD	0,54
Score_Satisinfo	0,122
Score_Recmaisinfo	0,069
Score_Recmenosinfo	0,379
Score_Utilinfo	0,289
Score_Global	0,903

Legenda: As escalas são cotadas numa escala de 0 a 100. Pontuações elevadas significam um maior nível de informação recebida, maiores desejos de informação e maior satisfação.

6º Objetivo: Verificar se existem diferenças na perceção do estado de saúde global/qualidade de vida (EORTC QLQ- C30), relacionadas com as caraterísticas sociodemográficas

Idade e Anos de Escolaridade Completos

Quanto à associação entre dados sociodemográficos (idade e anos de escolaridade completos), com o questionário de qualidade de vida EORTC QLQ-C30, como representado na Tabela 8, a correlação de *Spearman* não revelou diferenças estatisticamente significativas entre o estado de saúde global/qualidade de vida e as variáveis, idade ($p=0,198$) e anos de escolaridade completos ($p=0,455$). Contudo, é importante notar que, apesar da fraca associação, foi identificada uma relação negativa entre o *score* de saúde global e qualidade de vida em ambas as variáveis em questão, indicando uma tendência para as utentes com mais idade e anos de escolaridade apresentarem *scores* ligeiramente mais baixos no estado de saúde global/qualidade de vida, no questionário EORTC QLQ-C30.

Tabela 8. Correlação de *Spearman* entre caraterísticas sociodemográficas, idade e anos de escolaridade completos com o Score de Estado de Saúde Geral e qualidade de vida, questionário EORTC QLQ-C30

Variável em análise (n=33)	Idade	Anos de Escolaridade Completos
Score ESG/QdV	-0,230	-0,135
	Valor de $p= 0,198$	Valor de $p= 0,455$

Legenda: As escalas de função e sintomas são cotadas numa escala de 0 a 100. Um resultado elevado para a escala funcional representa um nível elevado de função e boa capacidade funcional; uma pontuação elevada para a escala “Estado de Saúde Global” representa um nível elevado de QdV global. Pontuações elevadas para a escala de sintomas e itens isolados representam um nível elevado de sintomatologia.

Estado civil e Ocupação laboral

Similarmente, como representada na Tabela 9, na comparação entre as caraterísticas sociodemográficas (estado civil e ocupação laboral), com o questionário de qualidade de vida EORTC QLQ-C30, o teste não paramétrico de *Mann-Whitney*, não revelou diferenças estatisticamente significativas entre o *score* estado de saúde global/qualidade de vida e as variáveis: estado civil ($p=0,320$) e ocupação laboral ($p=0,892$). Em síntese, os resultados sugerem que estas caraterísticas sociodemográficas não apresentam um impacto estatisticamente significativo na perceção global de saúde/qualidade de vida dos participantes. Numa análise exploratória dos resultados, as medianas e médias indicam que a perceção do estado de saúde geral e qualidade de vida é relativamente similar entre os grupos, independentemente do estado civil ou da ocupação laboral.

Tabela 9. Teste não paramétrico *Mann-Whitney* entre as variáveis de caracterização sociodemográficas estado civil e ocupação laboral com o questionário de Estado de Saúde Geral e qualidade de vida, questionário EORTC QLQ-C30

Variável em análise (n= 33):	Estado Civil		Valor de p	Ocupação Laboral		Valor de p
	Casados	Não Casados		Ativos	Não Ativos	
Score ESG/QdV	Mediana: 66,66	Mediana: 50	0,320	Mediana: 58,33	Mediana: 66,66	0,892
	Média: 64,16	Média: 60,89		Média: 63,25	Média: 62,12	
	Máximo: 100	Máximo: 100		Máximo: 100	Máximo: 100	
	Mínimo: 0	Mínimo: 33,33		Mínimo: 50	Mínimo: 0	

Legenda: As escalas de função e sintomas são cotadas numa escala de 0 a 100. Um resultado elevado para a escala funcional representa um nível elevado de função e boa capacidade funcional; uma pontuação elevada para a escala “Estado de Saúde Global” representa um nível elevado de QdV global. Pontuações elevadas para a escala de sintomas e itens isolados representam um nível elevado de sintomatologia.

7º Objetivo: Verificar se existem diferenças na perceção da qualidade de vida (EORTC QLQ-C30), relacionadas com as características clínicas.

Terapias Oncológicas Neoadjuvantes e Procedimento Cirúrgico

Os resultados obtidos no teste não paramétrico de *Mann-Whitney* (Tabela 10), não indicam diferenças estatisticamente significativas entre o *score* de estado de saúde global/qualidade de vida e, as diferentes abordagens terapêuticas: terapias oncológicas neoadjuvantes ($p=0,358$) e tipo de procedimento cirúrgico, linfadenectomia axilar ou biópsia de gânglio sentinela ($p=0,683$). Em síntese, podemos inferir que na amostra analisada, as terapias oncológicas neoadjuvantes e o tipo de procedimento cirúrgico não têm uma influência estatisticamente significativa no estado de saúde global/qualidade de vida. A análise exploratória dos dados baseada nos valores das medianas e médias, indica que a perceção estado de saúde global/qualidade de vida é relativamente similar entre as utentes, independentemente de terem recebido terapias neoadjuvantes ou terem sido submetidas a diferentes procedimentos cirúrgicos.

Tabela 10. Teste não paramétrico *Mann-Whitney* entre as variáveis de caracterização clínicas terapias neoadjuvantes e procedimento cirúrgico com o questionário de Estado de Saúde Geral e qualidade de vida, questionário EORTC QLQ-C30

Variável em análise (n= 33)	Terapias Neoadjuvantes		Valor de p	Procedimento Cirúrgico		Valor de p
	Sim	Não		Com linf. Axilar	Com biop. Gânglio sentinela	
Score ESG/QdV	Mediana: 58,33	Mediana: 66,66	0,358	Mediana: 58,33	Mediana: 66,66	0,683
	Média: 60,57	Média: 71,42		Média: 61,36	Média: 65,90	
	Máximo: 0	Máximo: 100		Máximo: 100	Máximo: 100	
	Mínimo: 100	Mínimo: 41,67		Mínimo: 0	Mínimo: 33,33	

Legenda: As escalas de função e sintomas são cotadas numa escala de 0 a 100. Um resultado elevado para a escala funcional representa um nível elevado de função e boa capacidade funcional; uma pontuação elevada para a escala “Estado de Saúde Global” representa um nível elevado de QdV global. Pontuações elevadas para a escala de sintomas e itens isolados representam um nível elevado de sintomatologia.

Lateralidade dominante coincidente com o lado da cirurgia

Relativamente à comparação entre a característica clínica lateralidade dominante coincidente com o lado da cirurgia, com o questionário de perceção da qualidade de vida (EORTC QLQ-C30), conforme apresentado na Tabela 11 e, à semelhança do observado nas características clínicas anteriormente mencionadas, os resultados obtidos através do Teste não paramétrico de *Mann-Whitney*, revelaram a inexistência de diferenças estatisticamente significativas ($p=0,109$). Uma análise exploratória dos dados permite inferir que apesar da inexistência de significância estatística, as medianas e médias indicam que a perceção da qualidade de vida é similar entre as utentes, independentemente de a lateralidade dominante coincidir ou não com o lado da cirurgia.

Tabela 11. Teste não paramétrico *Mann-Whitney* entre a variável de caracterização clínica lateralidade dominante coincidente com o lado da cirurgia com o Estado de Saúde Geral e Qualidade de vida, questionário EORTC QLQ-C30

Variável em análise (n= 33):	Lateralidade dominante coincidente com o lado cirurgia		Valor de p
	Sim	Não	
Score ESG/QdV	Mediana: 58,33	Mediana: 75	0,109
	Média: 59,37	Média: 72,22	
	Máximo: 100	Máximo: 100	
	Mínimo: 0	Mínimo: 41,67	

Legenda: * A correlação é estatisticamente significativa para $p < 0,05$. As escalas de função e sintomas são cotadas numa escala de 0 a 100. Um resultado elevado para a escala funcional representa um nível elevado de função e boa capacidade funcional; uma pontuação elevada para a escala “Estado de Saúde Global” representa um nível elevado de QdV global. Pontuações elevadas para a escala de sintomas e itens isolados representam um nível elevado de sintomatologia

8º Objetivo: Verificar se existem diferenças na perceção da funcionalidade do membro superior na DASH, relacionadas com as características sociodemográficas

Idade e Anos de Escolaridade Completos

Conforme apresentado na Tabela 12, os resultados obtidos na correlação de *Spearman*, indicam uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre a variável *score* global DASH e variável idade ($p=0,027$), sugerindo que, quanto maior a idade das utentes, maiores são os *scores* obtidos na escala DASH, indicando piores níveis de funcionalidade. Por outras palavras, há uma associação estatisticamente significativa entre a idade e a funcionalidade do membro superior,

indicando que, em média, utentes com mais idade tendem a apresentar piores níveis de funcionalidade do membro superior. Por outro lado, não foi observada significância estatística entre o *score* global DASH e os anos de escolaridade completos ($p=0,713$), indicando que, na amostra estudada, estas variáveis sociodemográficas não apresentam uma associação com a percepção da funcionalidade do membro superior, avaliada pela escala DASH. Em síntese, estes resultados destacam a importância da idade como um fator associado à percepção da funcionalidade do membro superior na amostra em estudo, enquanto que, o mesmo não é verificado em relação aos anos de escolaridade completos.

Tabela 12. Correlação de *Spearman* entre o *score* global da DASH e os dados sociodemográficas, idade e anos de escolaridade completos

Variável em análise (n= 33):	Idade	Anos de Escolaridade Completos
Score Global DASH	0,385 Valor de $p= 0,027$	-0,067 Valor de $p= 0,713$

Legenda: A escalas de funcionalidade do membro superior é cotada 0 a 100. É uma escala de orientação negativa onde valores mais próximos do 0 (indicam maior funcionalidade) e valores mais próximos do 100 (indicam maior incapacidade).

Estado civil e Ocupação Laboral

Como representado na Tabela 13, em relação às características sociodemográficas (estado civil e ocupação laboral), os resultados obtidos no Teste não paramétrico de *Mann-Whitney*, não revelaram diferenças estatisticamente significativas entre o *score* global da escala *DASH* e o estado civil ($p=0,555$), sugerindo que, na amostra estudada, não existiu uma diferença estatisticamente significativa na percepção da funcionalidade do membro superior entre mulheres casadas e não casadas. Contudo, apesar da inexistência de diferenças estatisticamente significativas, a análise exploratória dos dados, indica medianas sugestivas de que as participantes casadas tendem a ter um *score* global DASH mais baixo (33,33) em comparação com as não casadas (48,33), assim como médias mais baixas no *score* global da DASH, especificamente 34,93 para casadas e 39,76 para não-casadas, sugerindo uma melhor funcionalidade no membro superior nas mulheres casadas comparativamente às não-casadas.

Similarmente, os resultados obtidos no Teste de *Mann-Whitney* (Tabela 13), não revelaram diferenças estatisticamente significativas entre o *score* global *DASH* e a ocupação laboral ($p=0,924$), indicando a inexistência de uma associação entre a percepção da funcionalidade do membro superior entre mulheres ativas e não ativas. Contudo, apesar de não existir uma significância estatística, numa análise exploratória, ainda que a diferença na média não seja muito

expressiva, a mediana no *score* global DASH sugere que mulheres ativas tendem a apresentar *scores* globais mais elevadas na DASH (42,08), indicando menor funcionalidade do membro superior, em comparação com mulheres não ativas (30,83).

Tabela 13. Teste não paramétrico *Mann-Whitney* entre as variáveis de caracterização sociodemográficas estado civil e ocupação laboral *score* global da DASH

Variável em análise (n= 33)	Estado Civil			Ocupação Laboral		
	Casados	Não Casados	Valor de p	Ativos	Não Ativos	Valor de p
Score Global DASH	Mediana: 33,33	Mediana: 48,33	0,555	Mediana: 42,08	Mediana: 30,83	0,924
	Média: 34,93	Média: 39,76		Média: 37,27	Média: 35,96	
	Máximo: 62,50	Máximo: 77,50		Máximo: 62,50	Máximo: 77,50	
	Mínimo: 8,33	Mínimo: 3,33		Mínimo: 6,67	Mínimo: 3,33	

Legenda: A escalas de funcionalidade do membro superior é cotada 0 a 100. É uma escala de orientação negativa onde valores mais próximos do 0 (indicam maior funcionalidade) e valores mais próximos do 100 (indicam maior incapacidade).

Em síntese, conforme os resultados sugerem que, em ambos os casos, não existem diferenças estatisticamente significativas nos *scores* globais da *DASH* relacionados com o estado civil e com a ocupação laboral (casadas vs. não casadas e ativas vs. não ativas). Por outras palavras, na amostra analisada, a perceção da funcionalidade do membro superior, conforme avaliada pela escala *DASH*, não é influenciada por estas características sociodemográficas.

9º Objetivo: Verificar se existem diferenças na perceção da funcionalidade do membro superior na DASH, relacionadas com as características clínicas

Terapias oncológicas neoadjuvantes e procedimentos cirúrgicos

Os resultados obtidos no Teste não paramétrico de *Mann-Whitney*, não identificam diferenças estatisticamente significativas no *score* global da *DASH* entre as utentes que realizaram terapias oncológicas neoadjuvantes e aquelas que não realizaram ($p= 0,311$), bem como entre as utentes que realizaram diferentes procedimentos cirúrgicos: linfadenectomia axilar vs biópsia do gânglio sentinela ($p=0,302$), como apresentado na Tabela 14.

Tabela 14. Teste não paramétrico *Mann-Whitney* entre a variáveis de caracterização clínica terapias neoadjuvantes e procedimento cirúrgico com a escala de funcionalidade de membro superior, DASH

Variável em análise (n= 33)	Terapias Neoadjuvantes			Procedimento Cirúrgico		
	Sim	Não	Valor de p	Com linf. Axilar	Com biop. Gânglio sentinela	Valor de p
Score Global DASH	Mediana: 42,08	Mediana: 18,33	0,311	Mediana: 33,33	Mediana: 48,33	0,302
	Média: 38,89	Média: 29,20		Média: 34,34	Média: 41,81	
	Máximo: 77,50	Máximo: 62,50		Máximo: 62,50	Máximo: 77,50	
	Mínimo: 6,67	Mínimo: 3,33		Mínimo: 6,67	Mínimo: 3,33	

Legenda: A escalas de funcionalidade do membro superior é cotada 0 a 100. É uma escala de orientação negativa onde valores mais próximos do 0 (indicam maior funcionalidade) e valores mais próximos do 100 (indicam maior incapacidade).

Contudo e apesar da inexistência de significância estatística, a análise exploratória indica uma mediana do *score* global da DASH mais alta em utentes que receberam terapias neoadjuvantes (42,08), o que corresponde a menor funcionalidade no membro superior, em comparação com as que não receberam este tipo de terapias (18,33). Quanto ao tipo de cirurgia, a mediana do *score* global da DASH é mais alta em utentes submetidos a procedimentos cirúrgicos com linfadenectomia axilar (33,33), o que corresponde a menor funcionalidade do membro superior, em comparação com as que não foram submetidas a este procedimento cirúrgico (48,33). Em síntese, nesta amostra específica, estas características clínicas não estão associadas a diferenças estatisticamente significativas na perceção da funcionalidade do membro superior, conforme avaliada pela escala DASH.

Lateralidade dominante coincidente com o lado da cirurgia

Conforme apresentado na Tabela 15, o Teste não paramétrico Mann-Whitney, não indicou diferenças estatisticamente significativas no *score* global na DASH relacionado com a lateralidade dominante coincidente com o lado da cirurgia ($p=0,066$). No entanto, apesar da ausência de significância estatística relacionada com esta característica clínica, a análise exploratória dos resultados, indica uma mediana do *score* global na DASH mais alta para utentes em que a lateralidade dominante coincide com o lado da cirurgia (43,75), indicando menor funcionalidade do membro superior, em comparação com as participantes em que a cirurgia não foi coincidente com a lateralidade dominante.

10º Objetivo: Verificar se existem diferenças na perceção da funcionalidade do membro superior na DASH, relacionadas com as características clínicas

Tabela 15. Teste não paramétrico *Mann-Whitney* entre a variável de caracterização clínica lateralidade dominante coincidente com o lado da cirurgia com a escala de funcionalidade de membro superior, DASH

Variável em análise (n= 33)	Lateralidade dominante coincidente com o lado cirurgia		Valor de p
	Sim	Não	
Score Global DASH	Mediana: 43,75	Mediana: 14,16	0,066
	Média: 41,43	Média: 24,57	
	Máximo: 77,50	Máximo: 62,50	
	Mínimo: 3,33	Mínimo: 6,67	

Legenda: A escalas de funcionalidade do membro superior é cotada 0 a 100. É uma escala de orientação negativa onde valores mais próximos do 0 (indicam maior funcionalidade) e valores mais próximos do 100 (indicam maior incapacidade).

Conforme a classificação de *Marôco* (2021) em correlação ligeira ($<0,25$), moderada (entre 0,25 e 0,50) ou acentuada ($>0,50$), os resultados obtidos na correlação de *Spearman* apresentados na Tabela 16, demonstraram uma correlação moderada e positiva entre os *score* global no EORTC QLQ-C30, referente à qualidade de vida e os seguintes *scores* nas subescalas do EORTC QLQ-INFO25: satisfação com a informação (0,468, $p=0,006$), informação sobre outros serviços (0,369, $p=0,035$) e informação sobre auto-ajuda (0,361, $p=0,039$). Isto sugere que à medida que a satisfação com a informação aumenta, ou seja, que percebem melhor a informação sobre outros serviços e a informação sobre autoajuda, as utentes tendem a ter uma melhor qualidade de vida. No entanto, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os *scores* das restantes subescalas do questionário EORTC QLQ-INFO25 e o *score* Global do EORTC QLQ-C30, ainda que exista uma correlação ligeira e positiva.

Tabela 16. Correlação de *Spearman* entre o questionário de perceção de informação EORTC QLQ-INFO25 com o estado de saúde global e a qualidade de vida percecionada pelos utentes no EORTC QLQ-C30

Variável em análise (n= 33)	Score Global ESG/QdV
Score Global INFO-25	0,279 Valor de $p= 0,116$
Score Informação sobre a doença	0,205 Valor de $p= 0,252$
Score Informação sobre os testes médicos	0,221 Valor de $p= 0,216$
Score Informação sobre o tratamento	0,261 Valor de $p=0,142$
Score Informação sobre outros serviços	0,369* Valor de $p= 0,035$
Score Informação sobre diferentes locais de cuidados	0,276 Valor de $p= 0,121$
Score de Informação sobre auto-ajuda	0,361* Valor de $p= 0,039$

Score de Informação Escrita	-0,254 Valor de $p = 0,154$
Score Informação CD/Cassete/Vídeo	0,151 Valor de $p = 0,401$
Score Satisfação com a informação	0,468** Valor de $p = 0,006$
Score desejo de receber mais informação	-0,136 Valor de $p = 0,450$
Score desejo de receber menos informação	0,170 Valor de $p = 0,345$
Score utilidade da informação	0,330 Valor de $p = 0,061$

Legenda: * A correlação é estatisticamente significativa para $p < 0,05$. As escalas de função e sintomas do questionário EORTC QLQ-C30 são cotadas numa escala de 0 a 100. Um resultado elevado para a escala funcional representa um nível elevado de função e boa capacidade funcional; uma pontuação elevada para a escala “Estado de Saúde Global” representa um nível elevado de QdV global. Pontuações elevadas para a escala de sintomas e itens isolados representam um nível elevado de sintomatologia. As escalas do questionário EORTC-INFO 25 são cotadas numa escala de 0 a 100. Pontuações elevadas significam um maior nível de informação recebida, maiores desejos de informação e maior satisfação

11º Objetivo: Verificar se existe uma associação entre a percepção de informação EORTC QLQ-INFO25, com funcionalidade do membro superior na DASH

Em termos gerais, conforme os resultados apresentados na Tabela 17, a correlação de *Spearman* entre a escala da DASH e o questionário de percepção de informação EORTC QLQ-INFO25, não indicou diferenças estatisticamente significativas. Foi observada uma correlação ligeira e negativa entre estas duas variáveis ($-0,255$, $p=0,152$), sugerindo que, de forma geral, a percepção global da informação não está fortemente associada à funcionalidade do membro superior, avaliada na DASH. No entanto, é importante destacar que foram identificadas associações estatisticamente significativas entre o *score* global da DASH e os *scores* do EORTC QLQ-INFO25, concretamente nos *scores* das subescalas, informação sobre outros serviços, satisfação com a informação e utilidade da informação. Estas associações apresentaram correlações moderadas e negativas, sendo de $-0,405$ ($p=0,019$); $-0,381$ ($p=0,029$), e $-0,478$ ($p=0,005$), respetivamente. Em síntese, podemos inferir que uma menor utilidade da informação e satisfação com a informação está associada a pior funcionalidade do membro superior, conforme avaliada pela escala DASH, ou seja, *scores* mais baixos no EORTC QLQ-INFO25 correspondem a *scores* mais altos na escala DASH.

Tabela 17. Correlação de *Spearman* entre a escala de funcionalidade DASH e o questionário de percepção de informação EORTC QLQ- INFO25

Variável em análise (n= 33)	Score Global DASH
Score Global INFO-25	-0,255 Valor de $p = 0,152$
Score Informação sobre a doença	-0,304

	Valor de $p = 0,086$
Score Informação sobre os testes médicos	-0,252
	Valor de $p = 0,158$
Score Informação sobre o tratamento	-0,167
	Valor de $p = 0,353$
Score Informação sobre outros serviços	-0,405*
	Valor de $p = \mathbf{0,019}$
Score Informação sobre diferentes locais de cuidados	-0,120
	Valor de $p = 0,505$
Score de Informação sobre auto-ajuda	-0,180
	Valor de $p = 0,318$
Score de Informação Escrita	0,322
	Valor de $p = 0,067$
Score Informação CD/Cassete/Vídeo	-0,019
	Valor de $p = 0,918$
Score Satisfação com a informação	-0,381*
	Valor de $p = \mathbf{0,029}$
Score desejo de receber mais informação	0,086
	Valor de $p = 0,634$
	-0,307
Score desejo de receber menos informação	Valor de $p = 0,082$
	-0,478**
Score utilidade da informação	Valor de $p = \mathbf{0,005}$
Score Global	

Legenda: As escalas da DASH são cotadas numa escala de 0 a 100. Pontuações elevadas significam um maior nível de informação recebida, maiores desejos de informação e maior satisfação. As escalas do questionário EORTC-INFO 25 são cotadas numa escala de 0 a 100. Pontuações elevadas significam um maior nível de informação recebida, maiores desejos de informação e maior satisfação.

12º Objetivo: Verificar se existe uma relação entre a percepção da qualidade de vida (ESG/QdV) no EORTC QLQ-C30, com a funcionalidade do membro superior na DASH

Os resultados encontrados na correlação de *Spearman*, representados na Tabela 18, indicam uma associação forte e negativa entre a funcionalidade do membro superior, avaliada pela DASH e a percepção da qualidade de vida, avaliada pelo EORTC QLQ-C30 ($-0,647$; $p < 0,001$). O coeficiente de correlação negativo sugere que para pontuações mais baixas na escala DASH (maior funcionalidade), existe uma tendência para aumentar as pontuações no EORTC QLQ-C30 (maior qualidade de vida). Em síntese, os resultados sugerem que a funcionalidade do membro superior, avaliada pela DASH, está fortemente associada à percepção da qualidade de vida no contexto do EORTC QLQ-C30.

Tabela 18. Correlação de *Spearman* entre a escala de funcionalidade DASH e o questionário de percepção da Estado de Saúde Geral e Qualidade de vida– EORTC QLQ-C30

Variável em análise (n= 33)	Score ESG/QV
Score Global DASH	- 0,647** Valor de $p < 0,001$
Legenda: A correlação é significativa ao nível de 0,01. A escalas de funcionalidade do membro superior é cotada 0 a 100. É uma escala de orientação negativa onde valores mais próximos do 0 (indicam maior funcionalidade) e valores mais próximos do 100 (indicam maior incapacidade).	

DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo geral o de avaliar a relação entre a percepção que as utentes de cancro da mama têm relativamente à informação disponibilizada (desde o diagnóstico até às 4 a 5 semanas pós-cirurgia) com os respetivos níveis de funcionalidade do membro superior e qualidade de vida.

A motivação para esta pesquisa surgiu da necessidade sentida pelos autores de preencherem uma lacuna identificada na evidência disponível sobre a associação entre a percepção das utentes com cancro de mama em relação à informação fornecida durante este período crítico e os seus níveis de funcionalidade do membro superior e qualidade de vida.

A análise dos resultados deste estudo foi conduzida com base numa amostra de 33 participantes do sexo feminino, com uma idade média de 54 anos, variando entre os 31 e os 83 anos, indicador de uma ampla faixa etária, o que poderá influenciar a diversidade de experiências e desafios enfrentados pelas mulheres com cancro de mama. A grande amplitude da faixa etária está alinhada com Fincka *et al.* (2018) que indicam a incidência do cancro de mama em Portugal em mulheres de diferentes faixas etárias.

Para uma visão abrangente do perfil das participantes, passamos a uma descrição mais detalhada da caracterização sociodemográfica, visando proporcionar uma compreensão mais contextualizada dos resultados deste estudo. A mediana das idades foi calculada em 53 anos, indicando que 50% das utentes tinham pelo menos esta idade, estando, assim, abrangidas no grupo de rastreio do cancro de mama. No que diz respeito ao estado civil, aproximadamente 48% das mulheres eram casadas, 12% viviam em união de facto, 21% eram solteiras, 9% divorciadas e 9% viúvas. Em relação à ocupação laboral, a maioria das utentes estava ativa a nível laboral, representando 66%.

Quanto ao nível de habilitações académicas, cerca de 64% concluíram pelo menos o ensino secundário e, por último quanto ao local de residência, 88% das mulheres vivia em meio urbano, enquanto 12% residiam em meio rural.

A perceção que as participantes do estudo apresentaram relativamente à informação que lhes é fornecida entre o processo de diagnóstico e o início dos tratamentos de fisioterapia, em regime ambulatorio no IPOLFG, resultante da correlação das escalas do questionário de perceção de informação EORTC QLQ-INFO25 com o respetivo *score* Global, resultou em dados que sugerem que a qualidade e quantidade de informação fornecida sobre a doença, testes médicos, tratamento e outros tópicos específicos estão positivamente relacionadas com a perceção geral de informação das utentes com cancro de mama. No entanto, a forma como a informação é apresentada em formato escrito e audiovisual sugere não ser tão influente nessa perceção global. Estes resultados fornecem *insights* valiosos sobre a perceção das participantes em relação à informação fornecida e destacam a importância de estratégias de comunicação eficazes no contexto do tratamento do cancro de mama, bem como, fortalece a importância de fornecer informações abrangentes e adaptadas às necessidades individuais das utentes com cancro de mama, de forma a melhorar a qualidade percebida do suporte informativo durante o período desde o diagnóstico até às 4 a 5 semanas pós-cirurgia.

Quanto à relação entre a perceção de informação avaliado pelo EORTC QLQ-INFO25 e as características sociodemográficas da amostra, demonstrou que à medida que a idade aumenta, há uma tendência de maior interesse em receber informações sobre os testes médicos e uma diminuição do desejo de receber menos informação sobre a doença. Para a variável anos de escolaridade completos, constatou-se apenas uma correlação positiva e estatisticamente significativa com o *score* desejo de receber menos informação, demonstrando que à medida que o nível de escolaridade das participantes aumenta, também aumenta o desejo ou intenção de receber menos informação sobre a doença. Por fim, a perceção da informação não é influenciada pelo estado civil ou pela ocupação laboral das participantes.

Estes resultados ressaltam a complexidade das relações entre as características sociodemográficas idade, nível de escolaridade e a satisfação com a informação recebida em utentes com cancro de mama, destacando a necessidade de abordagens personalizadas e sensíveis às características individuais das utentes no processo de comunicação e educação, que estão em consonância com outros estudos, que indicam uma maior satisfação e perceção sobre a utilidade da informação por parte de utentes mais jovens e com maior nível educacional (Pinto *et al.*, 2014). O estudo de Ankem

(2006) também ressalta um desejo mais pronunciado por parte das utentes mais jovens de receberem mais informação. No mesmo sentido, o estudo de Arraras *et al.* (2010) sugere que utentes mais jovens, com maior escolaridade e melhor função emocional, apresentam expectativas nos níveis de informação mais elevados, demonstrando menor desejo de receber mais informação, mas maior satisfação com as informações recebidas. Além disso, pesquisas adicionais destacam que utentes mais jovens e com maior escolaridade tendem a ter expectativas mais elevadas em relação à informação, o que pode resultar em níveis mais baixos de satisfação quando comparados com utentes com níveis educacionais mais baixos (Bozec *et al.*, 2016).

Contudo, enquanto alguns estudos indicam que a literacia é um fator protetor, capacitando as pessoas a procurar recursos e mobilizar meios para a promoção da saúde (King, Kenny, Shiell, Hall, & Boyages, 2000; Peuckmann *et al.*, 2007), outros divergem de opinião. Por um lado, destacam que, independentemente da idade, os utentes desejam ser informados sobre a doença (Jenkins, Fallowfield & Saul, 2001), por outro lado, afirmam que as utentes mais jovens desejam informações mais detalhadas acerca da doença, tratamento, progressão da doença e efeitos secundários (Ankem, 2006; Degner LF, Kristjanson LJ, Bowman, 1997; Jenkins, Fallowfield & Saul, 2001; Meredith C, Symonds P, Webster, 1995), enquanto as utentes mais velhas expressam um desejo por informações centradas em auto-cuidados e aspetos da vida social (Boudioni M, McPherson K, Mossman, 1999; Luker *et al.*, 1995).

Para além disso, a evidência também refere que as utentes com mais idade, com múltiplas comorbilidades, menor nível de educação ou provenientes de estados socioeconómicos mais desfavorecidos, demonstraram maior insatisfação com a qualidade da informação recebida e uma necessidade aumentada de obter mais informação. Esta insatisfação, conforme apontada por White *et al.* (2022), coloca estas utentes em situações de risco de apresentar piores níveis de qualidade de vida. Por fim, alguns estudos identificam disparidades que ocorrem no acesso à informação e identificam alguns fatores que impactam estas disparidades, tal como é o caso de questões raciais, étnicas, comorbilidades associadas, menores níveis de escolaridade e maior insatisfação com a qualidade de informação que recebem (White *et al.*, 2022).

Apesar de neste estudo, as características sociodemográficas, estado civil e ocupação laboral não terem apresentado uma influência estatisticamente significativa na perceção da informação sobre a doença nas participantes do estudo, a evidência aponta para a necessidade de uma atenção mais direcionada à variável estado civil das utentes diagnosticadas com cancro de mama. Em especial entre as utentes não casadas, sobretudo na faixa etária entre os 25 e os 34 anos, observa-se uma

maior necessidade percebida de apoio e aconselhamento sobre a doença, sugerindo a relevância de implementar intervenções educativas específicas para este grupo (Hinyard *et al.*, 2017).

Este dado destaca a importância de os profissionais de saúde na área de oncologia estarem conscientes de que as utentes não casadas constituem um grupo de risco, necessitando de um maior apoio social e psicológico. Por sua vez, comparativamente, as utentes casadas, tendem a apresentar um prognóstico mais favorável em relação às restantes. No entanto, no grupo das utentes não casadas, as solteiras demonstram uma maior probabilidade de sobrevivência em comparação com as utentes divorciadas e viúvas (Ding *et al.*, 2021). Tendo em consideração a evidência, a complexidade das dinâmicas associadas ao estado civil e à ocupação laboral, sugerem a necessidade de implementar estratégias de apoio e acompanhamento personalizadas, considerando as diferentes necessidades e desafios enfrentados por cada subgrupo de utentes com cancro de mama.

Quanto à correlação e comparação entre a perceção da informação recebida sobre a doença avaliado através do questionário EORTC QLQ-INFO25 e as características clínicas (terapias oncológicas neoadjuvantes e procedimento cirúrgico), os resultados sugerem que, a forma como a informação é percebida não é substancialmente afetada pelo tipo de tratamento, terapias oncológicas neoadjuvantes e procedimentos cirúrgicos. Quanto à lateralidade coincidente com o lado da cirurgia, os resultados sugerem que as utentes cujo lado dominante coincide com o lado da cirurgia, demonstram uma inclinação estatisticamente significativa para preferir informações escritas e sobre estratégias de autoajuda, sendo que no geral, a lateralidade não parece ser um fator determinante significativo na perceção da informação pelas utentes.

Estes resultados divergem de outros estudos que defendem que utentes que realizaram quimioterapia prévia à radioterapia apresentam *scores* mais baixos na subescala informação sobre a doença (Bergenmar *et al.*, 2014). Quanto ao procedimento cirúrgico, não foi possível encontrar estudos que façam a comparação entre grupos das subescalas do questionário EORTC QLQ-INFO25 com os diferentes tipos de cirurgia (linfadenectomia axilar e biópsia de gânglio sentinela), nem com a lateralidade coincidente com o lado da cirurgia.

Quanto à relação entre a qualidade de vida avaliado pelo questionário EORTC QLQ-C30 e as características sociodemográficas, a perceção da qualidade de vida sugere influência da idade e nível de escolaridade. Estes resultados contrariam as conclusões de um estudo, que indica que as utentes com cancro de mama na faixa etária dos 50 e 60 anos apresentam melhor qualidade de vida em comparação com as mais jovens, na faixa etária entre 30 e 40 anos (Biparva *et al.*, 2022; Park

et al., 2021). Para além disso, segundo Fantoni *et al.* (2010), as mulheres com idade inferior a 50 anos e com um nível educacional superior conseguem voltar mais rapidamente a exercer a sua profissão, refletindo-se numa melhor qualidade de vida, enquanto que as utentes que foram submetidas a quimioterapia e que apresentavam disfunções tais como dor, linfedema e cicatrizes apresentavam maior dificuldade em regressar ao trabalho.

Quanto ao nível de escolaridade, também a evidência não corrobora os nossos resultados, apontando para uma correlação estatisticamente significativa entre o nível de escolaridade e a qualidade de vida, sugerindo que utentes com maior nível de escolaridade apresentam, em média, melhores níveis de qualidade de vida e de função física e social (Kaminska *et al.*, 2015). Uma possível explicação para estes resultados, pode ser a tendência de algumas utentes mais velhas e com menor escolaridade, evitar responder a certos tópicos, especialmente relacionados com a sexualidade, ou responder aleatoriamente (Ośmiałowska *et al.*, 2022).

No entanto, o estado civil e a ocupação laboral não parecem ser fatores determinantes significativos no estado de saúde geral e qualidade de vida nas participantes do estudo, o que contrasta com as evidências que indicam que, mulheres divorciadas ou sem parceiro apresentam menor qualidade de vida, comparativamente às mulheres casadas ou que vivem em união de facto (Akezaki *et al.*, 2021). Em contraste, a evidência sugere que mulheres divorciadas ou sem parceiro têm uma qualidade de vida inferior em comparação com as casadas ou em união de facto (Akezaki *et al.*, 2021). Na opinião de alguns investigadores, uma sólida rede de apoio em utentes com cancro de mama, está associada a uma perspetiva positiva da vida, impactando favoravelmente a respetiva qualidade de vida (Biparva *et al.*, 2022).

Uma possível explicação para os resultados obtidos relacionados com as variáveis sociodemográficas, podem ter sido impactadas pela pequena dimensão da amostra e pela inclusão de utentes mais motivadas e bem informadas, selecionadas por conveniência, como mencionado no capítulo da metodologia.

No que diz respeito à relação entre a perceção do estado de saúde global/qualidade de vida no EORTC QLQ-C30 e as características clínicas (terapias oncológicas neoadjuvantes e procedimento cirúrgico e lateralidade dominante coincidente com o lado da cirurgia), não sugerem ter uma influência estatisticamente significativa na perceção global da qualidade de vida na amostra analisada. Estes resultados não estão totalmente alinhados com a evidência disponível, que sugere que as utentes submetidas a biópsia de gânglio sentinela têm melhores níveis de qualidade de vida em comparação com aquelas que realizam linfadenectomia (Che Bakri *et al.*, 2022). No caso das

terapias oncológicas neoadjuvantes, os resultados do estudo de Zhao *et al.* (2022) também não corroboram os nossos resultados, indicando que as utentes com cancro de mama submetidas a quimioterapia neoadjuvante apresentam *scores* mais baixos de qualidade de vida, especialmente nos sintomas físicos, psicológicos e no suporte social e familiar.

Quanto às diferenças na perceção da funcionalidade do membro superior, avaliada na DASH, relacionadas com as características sociodemográficas, os resultados estatísticos destacam a idade como uma variável significativa na funcionalidade do membro superior, enquanto, que os anos de escolaridade, o estado civil e a ocupação laboral não revelaram uma influência significativa na perceção da funcionalidade do membro superior na DASH. Estes resultados estão alinhados com a evidência que indica um maior impacto na funcionalidade em utentes mais velhas, especialmente na capacidade de contração e resistência muscular, resultando em maiores desafios nas atividades diárias e impacto negativo no estado de saúde global (Carvalho *et al.*, 2014). Contudo, contrastam com a evidência em relação ao estado civil sugerindo uma tendência para as mulheres que vivem sozinhas apresentarem maior incapacidade funcional na DASH (White, 2006; Strayer & Caple, 2012).

Embora a literatura enfatize que, por um lado, as mulheres com cancro de mama casadas e com um *status* socioeconómico mais elevado apresentam taxas de sobrevivência mais altas e por outro lado, as mulheres não casadas têm um maior risco de mortalidade. Estas conclusões sugerem vantagens nas mulheres casadas, em comparação com as não casadas, relacionadas a melhores recursos económicos e um suporte social mais robusto no primeiro grupo (Martinez *et al.*, 2017).

Esta ênfase na importância da continuidade da ocupação laboral para a satisfação e bem-estar das utentes não foi corroborada pelos resultados do presente estudo, apresentando uma discrepância em relação à evidência que destaca a satisfação das mulheres em poderem continuar a exercer as suas profissões, sublinhando que o impacto financeiro da doença é mais pronunciado em mulheres mais jovens (Carvalho *et al.*, 2014).

Quanto às diferenças na perceção da funcionalidade do membro superior na escala DASH, relacionadas com as características clínicas, os resultados sugerem que terapias oncológicas neoadjuvantes, procedimentos cirúrgicos e a lateralidade dominante coincidente com o lado da cirurgia não exerceram uma influência estatisticamente significativa na perceção da funcionalidade do membro superior das participantes.

Estes resultados não encontram suporte na evidência existente, que sugere que cirurgias conservadoras e mastectomia radical podem impactar os movimentos de flexão e abdução após a

intervenção (Carvalho *et al.*, 2014). Adicionalmente, estudos indicam que por um lado, a linfadenectomia resulta numa diminuição da amplitude de movimento no membro superior, em comparação com a biópsia de gânglio sentinela e, por outro, a radioterapia na região axilar, supraclavicular e na parede torácica está associada a uma maior prevalência de redução da amplitude de movimento (Che Bakri *et al.*, 2022) e, por ultimo, utentes submetidas a tratamentos com quimioterapia, apresentam maior incapacidade funcional, interrupção laboral e aposentação precoce (Carvalho *et al.*, 2014).

Apesar de não terem sido encontradas evidências que corroborem os nossos resultados, alguns estudos indicam que os diversos tratamentos para o cancro de mama podem provocar complicações, como dor ou restrição de mobilidade no membro superior homolateral, impactando negativamente a qualidade de vida, mesmo após o término dos tratamentos (Nogueira *et al.*, 2017). Para além disso, também é apontado que utentes submetidas a cirurgia no lado não dominante, apresentam maior perda de força de preensão em comparação com aquelas cuja lateralidade dominante coincidiu com o lado da cirurgia, destacando ainda que a perda de força no membro superior é mais significativa em utentes submetidas a linfadenectomia axilar (Che Bakri *et al.*, 2022).

Relativamente à perceção da qualidade de vida (score no EORTC QLQ-C30), relacionada com a perceção de informação disponibilizada (score no EORTC QLQ-INFO25), os resultados sugerem que à medida que a satisfação com a informação aumenta e as utentes percebem melhor a informação sobre outros serviços e autoajuda, a qualidade de vida tende a melhorar. No entanto, não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas entre os restantes *scores* das subescalas do questionário EORTC QLQ-INFO25 e o *score* global do EORTC QLQ-C30.

A evidência disponível não permite corroborar estes resultados, porém destaca que a disponibilização de informação de qualidade tem benefícios não só na capacidade de tomar decisões, como na melhoria da satisfação com os cuidados de saúde prestados, capacidade de controlo, níveis mais baixos de stress e qualidade de vida, pelo que os níveis de qualidade de vida são inversamente proporcionais ao défice de informação (Arraras *et al.*, 2010).

No que diz respeito à relação entre a perceção de informação no EORTC QLQ-INFO25 e a funcionalidade do membro superior na DASH, os resultados apresentados mostram que no geral, a perceção global da informação não parece estar fortemente associada à funcionalidade do

membro superior. No entanto, foi encontrada significância estatística entre o *score* global DASH e os *scores* das subescalas, utilidade da informação e satisfação com a informação. Em resumo, menor satisfação com a informação está relacionada a pior funcionalidade do membro superior, conforme avaliado pela escala DASH, ou seja, *scores* mais baixos no questionário de percepção de informação no EORTC QLQ-INFO25 correspondem a *scores* mais altos na escala de funcionalidade do membro superior na DASH.

Por fim, quanto à relação entre a percepção da qualidade de vida (ESG/QdV) no EORTC QLQ-C30 e a funcionalidade do membro superior na DASH, os resultados destacam uma relação inversa entre a funcionalidade do membro superior e a percepção da qualidade de vida. Portanto, à medida que a funcionalidade do membro superior piora, a qualidade de vida percebida também tende a diminuir. Esta relação sugere que a melhoria da funcionalidade do membro superior pode ter um impacto positivo na qualidade de vida percebida pelas utentes com cancro de mama, inferindo-se que estratégias e intervenções direcionadas para melhorar a funcionalidade do membro superior podem potencialmente contribuir para uma melhoria na qualidade de vida global destas utentes.

É importante destacar que não foram encontradas evidências que sustentem os resultados deste estudo, especialmente no que diz respeito à relação entre a percepção global da informação no EORTC QLQ-INFO25 e a funcionalidade do membro superior na DASH, assim como na relação entre a funcionalidade do membro superior na DASH e a percepção da qualidade de vida no EORTC QLQ-C30. No entanto, a literatura sugere que quanto maior a funcionalidade, maior é a qualidade de vida das utentes com cancro de mama (Sendim *et al.*, 2017).

Passamos a tecer algumas considerações metodológicas e clínicas que fornecem uma base para reflexão sobre os resultados do estudo e oferecem *insights* valiosos para a prática futura do fisioterapeuta em contextos similares:

Considerações Metodológicas

Ao finalizar o estudo, é relevante salientar algumas limitações e pontos fortes que influenciam a interpretação dos resultados. Entre as limitações, destacam-se: a) o desenho observacional e transversal do estudo, o qual impede inferências causais, permitindo apenas análises de associação; b) a pequena dimensão da amostra que compromete a generalização dos resultados para mulheres com cancro de mama no período de 4 a 5 semanas pós-cirurgia, e o critério de seleção por conveniência das participantes, introduzindo potencial vieses nos resultados.

Contudo, como pontos positivos deste estudo, ressaltamos a análise da consistência interna dos instrumentos utilizados, como o questionário de percepção global da informação, o EORTC QLQ-INFO25, a escala DASH e o questionário de qualidade de vida, o EORTC QLQ-C30. Os elevados valores de alfa de *Cronbach* obtidos nestes instrumentos reforçam a confiabilidade das conclusões alcançadas no estudo, evidenciando consistência e precisão em relação ao que os instrumentos se pretenderam avaliar.

Considerações clínicas

Os resultados deste estudo enfatizam a importância crucial da educação e da qualidade da informação fornecida a mulheres com cancro de mama, 4 a 5 semanas após a cirurgia, especificamente às que aguardam tratamento de fisioterapia em regime ambulatorio, no Serviço de Medicina Física e Reabilitação do Instituto Português de Lisboa Francisco Gentil. Neste contexto, o papel do fisioterapeuta torna-se fundamental não apenas na oferta de informações apropriadas sobre a condição de saúde, mas também nas opções de tratamento e na gestão das complicações associadas.

A evidência existente sublinha que a informação detalhada sobre a doença e o tratamento proporcionada às utentes com cancro de mama constitui uma abordagem de cuidados de saúde de qualidade. A qualidade da informação não influencia apenas a capacidade de tomar decisões, mas também contribui para a melhoria da satisfação com os cuidados de saúde, a capacidade de controlo, níveis reduzidos de stress e uma melhor qualidade de vida. Consequentemente, os níveis de qualidade de vida estão inversamente relacionados com o défice de informação (Arraras *et al.*, 2010).

Para a prática clínica dos fisioterapeutas, os resultados do estudo oferecem informações pertinentes, das quais se destaca a necessidade de uma abordagem personalizada e individualizada que leve em consideração as características específicas das utentes, tanto sociodemográficas (idade, estado civil, nível de escolaridade, ocupação laboral), quanto clínicas (terapias oncológicas neoadjuvantes vs tipo de cirurgia e lateralidade dominante coincidente com o lado da cirurgia). É crucial ainda ressaltar a importância da informação fornecida entre o processo de diagnóstico e o início dos tratamentos de fisioterapia, bem como a necessidade de uma integração colaborativa entre os cuidados prestados pelo fisioterapeuta e os profissionais de saúde de outras especialidades, visando otimizar os resultados na qualidade de vida destas utentes.

A abordagem personalizada, considerando as particularidades de cada indivíduo, pode contribuir significativamente para a melhoria da satisfação com a informação recebida e, por conseguinte,

promover uma melhor qualidade de vida nesta população. Adicionalmente, reporta para a necessidade de avaliar continuamente as necessidades prioritárias de informação das utentes com cancro de mama no *continuum* dos cuidados prestados aos sobreviventes de cancro de mama. Isto inclui avaliar com precisão o que é relevante para as necessidades individuais de cada utente, compreender e estar ciente do impacto das pressões culturais no comportamento face à doença, garantir que a informação é transmitida de forma clara e precisa e, reconhecer que a informação é crucial para as mulheres com cancro de mama e desempenha um papel vital na gestão da sua doença.

A evidência é consensual em considerar que a comunicação é mais eficaz quando os profissionais de saúde avaliam o ponto de vista das utentes acerca da informação que receberam, uma vez que as prioridades das utentes e dos profissionais de saúde nem sempre coincidem, e a necessidade de informação por parte dos utentes varia ao longo do tempo. Muitas utentes relatam que a sua satisfação com a informação fornecida diminui após o tratamento, refletindo a discrepância entre a quantidade e a relevância das informações fornecidas aos utentes ao longo de todo o processo (Bozec *et al.*, 2016).

Resumindo, capacitar as utentes para uma participação ativa nas decisões sobre os cuidados de saúde que lhe são prestados, fazendo uso apropriado das informações fornecidas e fomentando a sua autonomia, requer uma abordagem colaborativa efetiva entre os diversos profissionais da equipa multidisciplinar envolvida. A forma como as pessoas com doença oncológica acedem a informações de saúde e o impacto dessas informações nas tomadas de decisão são aspetos de interesse crucial no doente oncológico, com potencial impacto na respetiva qualidade de vida. A condição de doença e a frequente incerteza sobre a evolução da mesma aumentam a vulnerabilidade percebida, enfatizando a importância de uma abordagem cuidadosa e inclusiva na promoção da capacidade de decisão das sobreviventes de cancro de mama.

Conclusão

O objetivo principal deste estudo foi analisar a perceção das utentes com cancro da mama em relação à informação fornecida, desde o diagnóstico até às 4 a 5 semanas pós-cirurgia, e avaliar o impacto dessa informação nos níveis de funcionalidade do membro superior e na qualidade de vida.

O presente estudo pretendeu contribuir para uma compreensão mais abrangente e detalhada das complexas interações e implicações das variáveis sociodemográficas e clínicas na perceção de informação, funcionalidade do membro superior e qualidade de vida destas utentes. No entanto,

dadas as limitações metodológicas mencionadas, a interpretação dos resultados deve ser realizada com cautela.

Em síntese, este estudo sugere *insights* valiosos para orientar a prática clínica do Fisioterapeuta, em relação ao impacto da qualidade e quantidade de informação fornecida a mulheres diagnosticadas com cancro de mama nos níveis de funcionalidade do membro superior e qualidade de vida. Adicionalmente destaca a necessidade de uma abordagem holística e personalizada, considerando as características individuais (sociodemográficas e clínicas), e o papel crucial do Fisioterapeuta na oferta de informações adequadas e na gestão das complicações associadas ao tratamento, visando otimizar a funcionalidade do membro superior e a qualidade de vida destas utentes.

Estes resultados fundamentam a importância de futuros estudos que aprofundem a compreensão da relação entre a informação fornecida a utentes com cancro de mama no *continuum* dos cuidados prestados às sobreviventes de cancro de mama e a funcionalidade do membro superior e, a qualidade de vida: a) Estudo longitudinal sobre impacto da informação em utentes com cancro de mama nas diferentes fases de sobrevivência, na funcionalidade do membro superior e qualidade de vida; b) Ensaio clínico randomizado para investigar o impacto de intervenções educativas específicas na melhoria da qualidade de informação recebida por utentes com cancro de mama e avaliar as mudanças subsequentes na funcionalidade do membro superior e qualidade de vida; c) Estudo comparativo para investigar o impacto de diferentes estratégias de comunicação de informação a utentes com cancro de mama na funcionalidade do membro superior e qualidade de vida; d) Estudo na linha de continuidade do presente estudo ou uma variante deste, alargado a todos os institutos oncológicos do país, de modo a obter uma visão mais robusta e abrangente sobre a relação entre a informação fornecida, funcionalidade do membro superior e qualidade de vida, que possibilite a generalização das conclusões para toda a população de mulheres diagnosticadas com cancro de mama.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amatya, B., Khan, F., & Galea, M. P. (2017). Optimizing post-acute care in breast cancer survivors: A rehabilitation perspective. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 10, 347–357.
- Aguiar, P. Guia prático de estatística em investigação epidemiológica: spss. 1ª Ed.Lisboa. Climepsi Editores, 2007.
- Akezaki Y, Nakata E, Kikuuchi M, Tominaga R, Kurokawa H, Okamoto M, Hamada M, Aogi K, Ohsumi S, Sugihara S. Investigation of Factors Affecting Early Quality of Life of Patients after Breast Cancer Surgery. *Healthcare (Basel)*. 2021 Feb 16;9(2):213.
- Ankem K. Factors influencing information needs among cancer patients: A meta-analysis. *Library & Information Science Research* 2006;28(1):7-23.
- Arraras, J. I., Manterola, A., Hernández, B., Arias De La Vega, F., Martínez, M., Vila, M., ... Domínguez, M. Á. (2011). The EORTC information questionnaire, EORTC QLQ-INFO25. Validation study for Spanish patients. *Clinical and Translational Oncology*, 13(6), 401–410.
- Banda, S., Nkungula, N., Chiumia, I.K. *et al.* Tools for measuring client experiences and satisfaction with healthcare in low- and middle-income countries: a systematic review of measurement properties. *BMC Health Serv Res* 23, 133 (2023).
- Berger O, Grønberg BH, Loge JH, Kaasa S, Sand K. Cancer patients' knowledge about their disease and treatment before, during and after treatment: a prospective, longitudinal study. *BMC Cancer*. 2018 Apr 3;18(1):381. doi: 10.1186/s12885-018-4164-5. PMID: 29614997; PMCID: PMC5883273.
- Bergenmar M, Johansson H, Sharp L. Patients' perception of information after completion of adjuvant radiotherapy for breast cancer. *Eur J Oncol Nurs*. 2014 Jun;18(3):305-9. doi: 10.1016/j.ejon.2014.02.002. Epub 2014 Mar 11. PMID: 24629506.
- Beurskens, C., Van Uden, C., Strobbe, L., Oostendorp, R., & Wobbes, T. (2007). The efficacy of physiotherapy upon shoulder function following axillary dissection in breast cancer, a

- randomized controlled study. *BMC Cancer*, 7(1), 166.
- Bonin CDB, Santos RZ, Ghisi GLM, et al. (2014). Construção e validação do questionário de conhecimentos para pacientes com insuficiência cardíaca. *Arq Bras Cardiol*;102(4):364-73.
- Boudioni M, McPherson K, Mossman J. An analysis of first-time enquirers to the cancer. BACUP information service: variations with cancer site, demographic status and geographical location. *Br J Cancer* 1999; 79(1): 38- 145.
- Byrt T, Bishop J, Carlin J (1993). Bias, prevalence and kappa. *J. Clin. Epidemiol*; 46(5):423-9
- Bozec A, Schultz P, Gal J, Chamorey E, Chateau Y, Dassonville O, Poissonnet G, Santini J, Peyrade F, Saada E, Guigay J, Benezery K, Leysalle A, Santini L, Giovanni A, Messaoudi L, Fakhry N. Evaluation of the information given to patients undergoing head and neck cancer surgery using the EORTC QLQ-INFO25 questionnaire: A prospective multicentric study. *Eur J Cancer*. 2016 Nov;67:73-82. doi: 10.1016/j.ejca.2016.08.005. Epub 2016 Sep 9. PMID: 27616438.
- Campos, J. A. D. B., Spexoto, M. C. B., Silva, W. R. da, Serrano, S. V., & Marôco, J. (2018). European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 30: factorial models to Brazilian cancer patients. *Einstein (Sao Paulo, Brazil)*, 16(1), eAO4132.
- Castro, C. F. de, Quintana, A. M., Olesiak, L. da R., & München, M. A. B. (2020). Termo de consentimento livre e esclarecido na assistência à saúde. *Revista Bioética*, 28(3), 522–530.
- Cataldo, R., Arancibia, M., Stojanova, J., & Papuzinski, C. (2019). Conceptos generales en bioestadística y epidemiología clínica: estudios observacionales con diseños transversal y ecológico. *Medwave*, 19(8), e7698.
- Che Bakri NA, Kwasnicki RM, Khan N, et al. Impact of axillary lymph node dissection and sentinel lymph node biopsy on upper limb morbidity in breast cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *Ann Surg*. 2022;277:572.
- Cohen, J., & Hillsdale, N. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*.

Behavioral Sciences, (2nd ed.).

Da, C., & Bezerra, S. (2021). São paulo 2021.

Dakić, T. (2020). No research for the decisionally-impaired mentally ill: A view from Montenegro. *BMC Medical Ethics*, 21(1), 1–9.

Dancey, C., & Reidy, J. (2006). Estatística Sem Matemática para Psicologia: Usando SPSS para Windows. *Porto Alegre, Artmed*.

Degner LF, Kristjanson LJ, Bowman D. Information needs and decisional preferences in women with breast cancer. *JAMA* 1997; 277(18): 1485-1492.

Deo, S. V. S., Sharma, J., & Kumar, S. (2022). GLOBOCAN 2020 Report on Global Cancer Burden: Challenges and Opportunities for Surgical Oncologists. *Annals of Surgical Oncology*, 29(11), 6497–6500.

Ding, W., Ruan, G., Lin, Y. *et al*. Dynamic changes in marital status and survival in women with breast cancer: a population-based study. *Sci Rep* 11, 5421 (2021). <https://doi.org/10.1038/s41598-021-84996-y>

Dhankhar, R., Vyas, S. P., Jain, A. K., Arora, S., Rath, G., & Goyal, A. K. (2010). Advances in novel drug delivery strategies for breast cancer therapy. *Artificial Cells, Blood Substitutes, and Biotechnology*, 38(5), 230–249.

Duarte, N. M., Aguiar, P., Faria, P.L., & Bernardo, M. (2017). Effectiveness of Physiotherapy Intervention on the Quality of Life of Women With Breast Cancer who Underwent Sentinel Lymph Node Biopsy. *Open Science Journal*, 2 (4), 1-19.

Eliza R. Macdonald, Nadia M. L. Amorim, Amanda D. Hagstrom, Katarina Markovic, David Simar, R. E. W. & B. K. C. (2023). Evaluating the effect of upper-body morbidity on quality of life following primary breast cancer treatment: a systematic review and meta-analysis.

- Etikan, I. (2016). Comparison of Convenience Sampling and Purposive Sampling. *American Journal of Theoretical and Applied Statistics*, 5(1), 1.
- Fayers, P., Aaronson, N. K., Bjordal, K., Groenvold, M., Curran, D., & Bottomley, A. (2001). *EORTC QLQ-C30 Scoring Manual*. (3rd ed.) European Organisation for Research and Treatment of Cancer.
- Fantoni, S.Q., Peugniez, C., Duhamel, A. *et al.* Factors Related to Return to Work by Women with Breast Cancer in Northern France. *J Occup Rehabil* **20**, 49–58 (2010). <https://doi.org/10.1007/s10926-009-9215-y>
- Ferreira, P., & Portugal, C. (1997). The Portuguese version of the EORTC QLQ-C30 International Meeting of Gynaecological Oncology. *Universidade de Coimbra*, 527–532.
- Fincka, C., Barradasb, S., Zengerc, M., and Hinze, A. (2018). Quality of life in breast cancer patients: associations with optimism and social support. *Int. J. Clin. Health Psychol.* 18, 27–34. doi: 10.1017/S147895151400087X
- Gerber, L. H., Stout, N. L., Schmitz, K. H., & Stricker, C. T. (2012). Integrating a prospective surveillance model for rehabilitation into breast cancer survivorship care. *Cancer*, 118(8), 2201–2206.
- Gomide, L. B., Matheus, J. P., Candido Dos Reis, F. J. Morbidity after breast cancer treatment and physiotherapeutic performance. *International Journal of Clinical Practice*, 2007, Vol. 61(6), pp. 972–982.
- Gro F. Bertheussen, Stein Kaasa, Anne Hokstad, Jon Arne Sandmæl, Jorunn L. Helbostad, Øyvind Salvesen & Line M. Oldervoll (2012) Feasibility and changes in symptoms and functioning following inpatient cancer rehabilitation, *Acta Oncologica*, 51:8, 1070-1080
- Gummeson C, Atroshi I, Ekdahl C. The disabilities of the arm, shoulder and hand (DASH) outcome questionnaire: longitudinal construct validity and measuring self-rated health change after surgery. *BMC Musculoskelet Disord.* 2003 Jun 16;4:11.

- Harder, H., Holroyd, P., Burkinshaw, L., Watten, P., Zammit, C., Hariis, P.R., Good, A., Jenkins, V. (2017). A user-centred approach to developing bWell, a mobile app for arm and shoulder exercises after breast cancer treatment. *Journal of Cancer Survivorship*, 11, 732-742.
- Hayes, S. C., Johansson, K., Stout, N. L., Prosnitz, R., Armer, J. M., Gabram, S., & Schmitz, K. H. (2012). Upper-body morbidity after breast cancer: Incidence and evidence for evaluation, prevention, and management within a prospective surveillance model of care. *Cancer*, 118(SUPPL.8), 2237–2249.
- Helms, R. L., O’Hea, E. L., & Corso, M. (2008). Body image issues in women with breast cancer. *Psychology, Health and Medicine*, 13(3), 313–325.
- Hinyard, L., Wirth, L. S., Clancy, J. M., & Schwartz, T. (2017). The effect of marital status on breast cancer-related outcomes in women under 65: A SEER database analysis. *The Breast*, 32, 13-17.
- Hudak PL, Amadio PC, Bombardier C. Development of an upper extremity outcome measure: the DASH (disabilities of the arm, shoulder and hand). The Upper Extremity Collaborative Group (UECG). *Am J Ind Med*. 1996 Jun;29(6):602-8
- International Agency for Research on Cancer – Globocan, 2020.
- Javan Biparva A, Raoof S, Rafei S, Pashazadeh Kan F, Kazerooni M, Bagheribayati F et al (2022) Global quality of life in breast cancer: systematic review and meta-analysis. *BMJ Support Palliat Care*. 1-10 <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2022-003642>
- Jenkins V, Fallowfield L, Saul J. Information needs of patients with cancer; results from a large study in UK cancer centers. *British Journal of Cancer* 2001; 84(1): 48-51
- Johansson, K. Is physiotherapy useful to the breast cancer patient? *Acta Oncol*. 2005, Vol. 44 (5), pp. 423-4.
- Kamińska M, Ciszewski T, Kukielka-Budny B, Kubiowski T, Baczewska B, Makara-Studzińska M, Starosławska E, Bojar I. Life quality of women with breast cancer after mastectomy or

- breast conserving therapy treated with adjuvant chemotherapy. *Ann Agric Environ Med*. 2015;22(4):724-30. doi: 10.5604/12321966.1185784. PMID: 26706986.
- Kärki, A., Simonen, R., Mälkiä, E., Selfe J.(2004). Postoperative education concerning the use of the upper limb, and exercise and treatment of the upper limb: cross-sectional survey of 105 breast cancer patients. *Support Care Cancer*, 12, 347-354. Richmond, H., Lait, C., Srikesavan, C., Williamson, E., Moser, J., Newman, M., Betteley, L., Fordham, B., Rees, S., Lamb, S.E., Bruce, J. (2018).
- King, M.T., Kenny, P., Shiell, A., Hall, J., & Boyages, J. (2000). Quality of life three months and one year after first treatment for early stage breast cancer: influence of treatment and patient characteristics. *Qual Life Res.*,9,789–800.
- Krogstad, D. J., Diop, S., Diallo, A., Mzayek, F., Keating, J., Koita, O. A., & Touré, Y. T. (2010). Informed consent in international research: The rationale for different approaches. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 83(4), 743–747.
- Kugbey, N., Meyer-weitz, A., & Oppong, K. (2019). Patient Education and Counseling Access to health information , health literacy and health-related quality of life among women living with breast cancer : Depression and anxiety as mediators. *Patient Education and Counseling*, 102(7), 1357–1363.
- Legese B, Addissie A, Gizaw M, Tigneh W, Yilma T. Information Needs of Breast Cancer Patients Attending Care at Tikur Anbessa Specialized Hospital: A Descriptive Study. *Cancer Manag Res*. 2021 Jan 12;13:277-286. doi: 10.2147/CMAR.S264526. PMID: 33469370; PMCID: PMC7812026.
- Lovelace, D. L., McDaniel, L. R., & Golden, D. (2019). Long-Term Effects of Breast Cancer Surgery, Treatment, and Survivor Care. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 64(6), 713–724.
- Luker KA, Beaver K, Leinster SJ, Owens RG, Degner LF, Sloan JA. The information needs of women newly diagnosed with breast cancer. *J Adv Nurs* 1995; 22: 134-141.

- Macdonald, E.R., Amorim, N.M.L., Hagstrom, A.D. *et al.* Evaluating the effect of upper-body morbidity on quality of life following primary breast cancer treatment: a systematic review and meta-analysis. *J Cancer Surviv* (2023). <https://doi.org/10.1007/s11764-023-01395-0>
- Management, C. (2021). Information Needs of Breast Cancer Patients Attending Care at Tikur Anbessa Specialized Hospital : A Descriptive Study, 277–286.
- ME Martinez, J.T. Unkart, L. Tao, C.H. Kroenke, R. Schwab, I. Komenaka, et al., Prognostic significance of marital status in breast cancer survival: A population-based study, *PLoS One* 12 (2017), e0175515.
- Meredith C, Symonds P, Webster L. Information needs of cancer patients in West Scotland; cross sectional survey of patients' views. *Br Med J* 1996; 313: 724-726.
- McCallin, M., Johnston, J., Basset, S. How effective are physiotherapy techniques to treat established secondary lymphoedema following surgery for cancer? A critical analysis of the literature. *N Z J Physiother.* 2005, Vol. 33(3), pp 101-12
- Miller, K. D., Nogueira, L., Devasia, T., Mariotto, A. B., Yabroff, K. R., Jemal, A., ... Siegel, R. L. (2022). Cancer treatment and survivorship statistics, 2022. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 72(5), 409–436
- Marôco, J. (2021). Análise estatística com o SPSS statistics (8ª ed.). Pêro Pinheiro: ReportNumber.
- Moro-Valdezate D, Peiró S, Buch-Villa E, Caballero-Gárate A, Morales-Monsalve MD, Martínez-Agulló A, Checa-Ayet F, Ortega-Serrano J. Evolution of Health-Related Quality of Life in Breast Cancer Patients during the First Year of Follow-Up. *J Breast Cancer.* 2013 Mar;16(1):104-11. doi: 10.4048/jbc.2013.16.1.104. Epub 2013 Mar 31. PMID: 23593090; PMCID: PMC3625756.
- Nascimento de Carvalho F, Bergmann A, Koifman RJ. Functionality in Women with Breast Cancer: The Use of International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in Clinical Practice. *J Phys Ther Sci.* 2014 May;26(5):721-30. doi: 10.1589/jpts.26.721. Epub 2014 May 29. PMID: 24926139; PMCID: PMC4047239.

- Nogueira de Oliveira Martins, T.; dos Santos, L.F.; do Nascimento Petter, G.; da Silva Ethur, J.N.; Medeiros Braz, M.; Foletto Pivetta, H.M. Immediate breast reconstruction versus non-reconstruction after mastectomy: A study on quality of life, pain and functionality. *Fisioter. Pesqui.* **2017**, *24*, 412–419.
- Nolte, S., Liegl, G., Petersen, M. A., Aaronson, N. K., Costantini, A., Fayers, P. M., ... Rose, M. (2019). General population normative data for the EORTC QLQ-C30 health-related quality of life questionnaire based on 15,386 persons across 13 European countries, Canada and the Unites States. *European Journal of Cancer*, *107*, 153–163.
- Ośmiałowska E, Staś J, Chabowski M, Jankowska-Polańska B. Illness Perception and Quality of Life in Patients with Breast Cancer. *Cancers (Basel)*. 2022 Feb 25;14(5):1214. doi: 10.3390/cancers14051214. PMID: 35267522; PMCID: PMC8909179
- Paraskevi, T. (2012). Quality of life outcomes in patients with breast cancer, 6.
- Park JH, Jung YS, Kim JY, Bae SH. Determinants of quality of life in women immediately following the completion of primary treatment of breast cancer: A cross-sectional study.
- Peuckmann, V., Ekholm, O., Rasmussen, N.K., Møller, S., Groenvold, M., Christiansen, P.(2007). Health-related quality of life in long-term breast cancer survivors: nationwide survey in Denmark. *Breast Cancer Res Treat*,104,39 – 46.
- Picaró, P., & Perloiro, F. (2005). A Evidência da Intervenção Precoce da Fisioterapia em Mulheres Mastectomizadas: Estudo Comparativo. *EssFisiOnline*, *1*, 14. Retrieved from <http://www.pnfchi.com/fotos/literatura/1233837612.pdf>
- Pinto AC, Ferreira-Santos F, Lago LD, de Azambuja E, Pimentel FL, Piccart-Gebhart M, Razavi D. Information perception, wishes, and satisfaction in ambulatory cancer patients under active treatment: patient-reported outcomes with QLQ-INFO25. *Ecancermedicalscience*. 2014 May 2;8:425. doi: 10.3332/ecancer.2014.425. PMID: 24834120; PMCID: PMC4019460.

- Rafn, B.S., Hung, S., Hoens, A.M., McNeely, M.L., Singh, C.A., Kwan, W., Dingee, C., McKeivitt, E.C., Kuusk, U., Pao, J., Laeken, N. V., Goldsmith, C. H. Campbell, K. L. (2018). Prospective surveillance and targeted physiotherapy for arm morbidity after breast cancer surgery: a pilot randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 32 (6), 811-826
- Ribeiro, J. L. P., Pinto, C., & Santos, C. (2008). Validation study of the portuguese version of the QLC-C30-V.3. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(1), 89–102.
- Richmond, H., Lait, C., Srikesavan, C., Williamson, E., Moser, J., Newman, M., Betteley, L., Fordham, B., Rees, S., Lamb, S.E., Bruce, J. (2018). Development of an exercise intervention for the prevention of musculoskeletal shoulder problems after breast cancer treatment: the prevention of shoulder problems trial (UK PROSPER). *BMC Health Services Research*, 18 (463), 1-12
- Riedl D, Giesinger JM, Wintner LM, Loth FL, Rumpold G, Greil R, Nickels A, Licht T, Holzner B. Improvement of quality of life and psychological distress after inpatient cancer rehabilitation: Results of a longitudinal observational study. *Wien Klin Wochenschr*. 2017 Oct;129(19-20):692-701.
- Roy, J. S., Macdermid, J. C., & Woodhouse, L. J. (2009). Measuring shoulder function: A systematic review of four questionnaires. *Arthritis Care and Research*, 61(5), 623–632.
- Salas, M., Mordin, M., Castro, C., Islam, Z., Tu, N., & Hackshaw, M. D. (2022). Health-related quality of life in women with breast cancer: a review of measures. *BMC Cancer*, 22(1), 1–20.
- Saleh, H. A., Rageh, T. M., Alhassanin, S. A., & Megahed, M. A. (2018). Upper limb lymphedema related to breast cancer therapy: incidence, risk factors, diagnostic techniques, risk reduction and optimal management. *International Surgery Journal*, 5(11), 3633.
- Santos, J. & Gonçalves, R. S. (2006). Adaptação e validação cultural da versão portuguesa do Disabilities of the Arm Shoulder and Hand – DASH. *Revista Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia*, 2006 14(3): 29-44, 29–44.

- Sendim, Sónia Alexandra Nunes. Funcionalidade do membro superior, qualidade de vida e estratégias de coping da mulher submetida a cirurgia por cancro da mama. 2017
- Siegel, R. L., Miller, K. D., Wagle, N. S., & Jemal, A. (2023). Cancer statistics, 2023. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 73(1), 17–48.
- Stout, N.L., Binkley, J.M., Schmitz, K.H., Andrews, K., Hayes, S.C., Campbell, K.L., McNeely, M.L., Soballe, P.W., Berger, A.M., Cheville, A.L., Fabian, C., Gerber, L.H., Harris, S.R., Johansson, K., Sci, M., Pusic, A. L., Prosnitz, R. G., Smith, R. A. (2012). A prospective surveillance model for rehabilitation for women with breast cancer. *Cancer* 118 (8), 2191-2200
- Stout, N. L., Mina, D. S., Lyons, K. D., Robb, K., Silver, J. K., Virginia, W., ... Hospital, S. R. (2022). Recommendations in Oncology Guidelines, 71(2), 149–175.
- Toija, A.S., Kettunen, T.H., Leidenius, M.H.K. *et al.* Effectiveness of peer support on health-related quality of life in recently diagnosed breast cancer patients: a randomized controlled trial. *Support Care Cancer* 27, 123–130 (2019). <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4499-0>
- Tommasi C, Balsano R, Corianò M, Pellegrino B, Saba G, Bardanzellu F, Denaro N, Ramundo M, Toma I, Fusaro A, Martella S, Aiello MM, Scartozzi M, Musolino A, Solinas C. Long-Term Effects of Breast Cancer Therapy and Care: Calm after the Storm? *J Clin Med*. 2022 Dec 6;11(23):7239.
- Toro-Córdova, A., Llaguno-Munive, M., Jurado, R., & Garcia-Lopez, P. (2022). The Therapeutic Potential of Chemo/Thermotherapy with Magnetoliposomes for Cancer Treatment. *Pharmaceutics*, 14(11), 2443.
- Venetis, M. K., Staples, S., Robinson, J. D., Kearney, T., Venetis, M. K., Staples, S., & Robinson, J. D. (2018). Provider Information Provision and Breast Cancer Patient Well-Being. *Health Communication*, 00(00), 1–11.

- Vineis, P., & Wild, C. P. (2014). Global cancer patterns: Causes and prevention. *The Lancet*, 383(9916), 549–557.
- Wang, T., Molassiotis, A., Pui, B., Chung, M., & Tan, J. (2018). Unmet care needs of advanced cancer patients and their informal caregivers : a systematic review, 1–29.
- Wilkinson, L., & Gathani, T. (2022). Understanding breast cancer as a global health concern. *British Journal of Radiology*, 95(1130), 7–9.
- White, C. (2006). Body Image Dimensions and Cancer: a Heuristic Cognitive Behavioral Model. *Psycho-Oncology*, 9, 183-192.
- Strayer, D. A., & Caple, C. (2012). Breast Cancer in Women: the Effect on the Family. *Cinahl Information Systems* (Glendale, California), 6 (2).
- World Health Organization (WHO). (2023). Global Breast Cancer Initiative Implementation Framework Assessing , strengthening and scaling up services for the early detection and management of breast cancer.
- White VM, Lisy K, Ward A, Ristevski E, Clode M, Webber K, Emery J, Ijzerman MJ, Afshar N, Millar J, Gibbs P, Evans S, Jefford M. Disparities in quality of life, social distress and employment outcomes in Australian cancer survivors. *Support Care Cancer*. 2022 Jun;30(6):5299-5309. doi: 10.1007/s00520-022-06914-w. Epub 2022 Mar 12. PMID: 35279769; PMCID: PMC9046289.
- Yfantis, A., Sarafis, P., Moisoglou, I., Tolia, M., Intas, G., Tiniakou, I., Kontos, M. (2020). How breast cancer treatments affect the quality of life of women with non-metastatic breast cancer one year after surgical treatment: A cross-sectional study in Greece. *BMC Surgery*, 20(1), 1–11.
- Zhao Y, Chen L, Zheng X, Shi Y. Quality of life in patients with breast cancer with neoadjuvant chemotherapy: A systematic review. *BMJ Open* (2022) 12(11):1–9. doi: 10.1136/bmjopen-2022-061967

AGRADECIMENTOS

Quero desde já agradecer aos meus Orientadores, o Professor Doutor Nuno Duarte e a Professora Doutora Elisabete Martins por toda a ajuda, compreensão e disponibilidade ao longo da realização deste trabalho. Sem o apoio constante dos mesmos, bem como a prontidão na resposta e esclarecimento de todas as minhas dúvidas não teria sido possível concluir este projeto.

Gostaria também de agradecer à Professora Cláudia Silva que me acompanhou e ajudou com a análise estatística. À Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde do Alcoitão, bem como, à Comissão de Ética e Conselho de Investigação do IPOLFG, que aprovaram o presente projeto. O meu agradecimento aos Terapeutas do SMFR do IPOLFG que ajudaram na distribuição dos questionários e escala. Assim como, a todas as utentes que aceitaram participar neste estudo, sem a colaboração das mesmas não teria sido possível a concretização do mesmo.

Por fim, agradecer à minha família, amigos e namorado por toda a paciência, apoio e ajuda nestes últimos 2 anos.

APÊNDICES

Apêndice I

Termo Explicativo do Estudo

Título do estudo: Informação clínica e a sua relação com a funcionalidade e qualidade de vida em mulheres com cancro de mama

Investigador: Leonor dos Santos Bettencourt Picanço, Fisioterapeuta e Estudante de Mestrado em Fisioterapia Especialização em Saúde da Mulher, ESSA.

Exma. Senhora,

O presente estudo decorre no âmbito do Mestrado em Fisioterapia no ramo de Saúde da Mulher, da Escola Superior de Saúde do Alcoitão e pretende avaliar a perceção da doente com cancro da mama relativamente à informação que lhe é fornecida durante o processo de diagnóstico e tratamento, bem como averiguar se existe relação entre essa perceção, a funcionalidade e a qualidade de vida.

Este documento descreve e explica o estudo, estando a investigadora principal disponível para esclarecer qualquer dúvida que possa surgir durante a sua leitura.

Por favor, leia-o atentamente.

A informação clínica que o doente recebe ao longo do seu processo de diagnóstico e tratamento é um ponto fundamental dos cuidados de saúde de qualidade, permitindo o esclarecimento de dúvidas e uma melhor compreensão da doença e da decisão clínica tomada, contribuindo para a melhoria da sua qualidade de vida. Atualmente não existem estudos que permitam saber se a informação prestada pelos profissionais de saúde no continuum do processo clínico da mulher com cancro da mama tem influência na sua funcionalidade e qualidade de vida.

Com este estudo pretende-se averiguar a perceção que as utentes com cancro da mama têm relativamente à informação que recebem, por parte dos profissionais de saúde que as acompanham, no decorrer dos cuidados de saúde que são prestados, verificando se a mesma tem influência na funcionalidade e qualidade de vida.

Neste sentido, ser-lhe-á pedido que responda a três questionários de fácil compreensão e preenchimento. O questionário EORTC QLQ-C30 está relacionado com a sua perceção de qualidade de vida e o EORTC QLQ-INFO25 com a quantidade de informação que foi recebendo ao longo do seu processo de diagnóstico e tratamento. O questionário *Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand* (DASH), está relacionada com a funcionalidade do membro superior.

Será ainda necessário que faculte informação relativa a dados pessoais e clínicos, que será recolhida pela investigadora com recurso a um formulário criado para o efeito.

A sua participação é fundamental para que os profissionais de saúde tenham conhecimento relativamente à sua prática clínica, sendo um contributo importante para a promoção da melhoria contínua conduzindo a cuidados de saúde de qualidade.

A decisão em participar é voluntária e deve ser tomada com consciência e de livre vontade. A sua participação não acarreta qualquer risco, e não traz, qualquer vantagem a quem nele participa. A participação não envolve quaisquer encargos financeiros da sua parte. É de referir que, caso não consinta a sua participação no estudo ou desista em qualquer momento do mesmo, a qualidade dos serviços prestados pelo Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, EPE (IPOLFG) em nada será afetada.

Os dados recolhidos serão codificados e tratados de forma confidencial, estando o anonimato garantido ao longo de todo o processo de realização do estudo bem como em período posterior. Estes dados serão mantidos em posse do investigador, que assumirá a responsabilidade de os guardar, estando os resultados à disposição, a pedido dos interessados. Após a conclusão do estudo, os dados serão conservados no gabinete de coordenação do Serviço de Medicina Física e de Reabilitação do IPOLFG, ficando à guarda do responsável pela investigação no IPOLFG durante um período de 5 anos. Após o término do prazo legal de conservação, os dados serão eliminados com recurso a um sistema de trituração de papel, garantindo assim, o carácter confidencial da informação sensível.

Em caso de dúvida pode em qualquer momento entrar em contacto através do endereço eletrónico:
- Fisioterapeuta Leonor Bettencourt Picanço: leonorbttpicanco@gmail.com

Agradecemos desde já a sua colaboração.

Apêndice II

Termo de Consentimento Informado

Conforme o Artº 66 nº1 da Lei 58/2019 de 8 de agosto que assegura a execução do RGPD (UE) e a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial (Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996; Edimburgo 2000; Washington 2002; Tóquio 2004; Seul 2008; Fortaleza 2013).

Designação do Estudo e Investigador Responsável

Trabalho de Projeto de Mestrado de Leonor dos Santos Bettencourt Picanço: “Informação clínica e a sua relação com a funcionalidade e qualidade de vida em mulheres com cancro de mama”

Eu, abaixo-assinado,

Fui informado de que o Estudo de Investigação acima mencionado se destina a verificar se a informação prestada pelos profissionais de saúde no continuum do processo clínico da mulher com cancro da mama tem influência na funcionalidade e qualidade de vida.

Sei que neste estudo está prevista a aplicação de questionários, tendo-me sido explicado em que consistem e quais os seus possíveis efeitos.

Foi-me garantido que todos os dados relativos à identificação dos participantes neste estudo são confidenciais e que será mantido o anonimato.

Sei que posso recusar-me a participar ou interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem nenhum tipo de penalização por este facto.

Compreendi a informação que me foi dada, tive oportunidade de fazer perguntas e as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Aceito participar de livre vontade no estudo acima mencionado e recebo uma cópia deste consentimento informado.

Também autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio pedagógico ou científico, garantindo o anonimato.

Data e assinatura de acordo com as características do estudo e respectivos requisitos legais

____/____/____

Declaro que o participante foi informado da natureza, dos objetivos e dos possíveis benefícios e riscos do estudo, utilizando linguagem compreensível e apropriada. O participante afirmou ter compreendido a minha explicação bem como ter-lhe sido esclarecidas todas as dúvidas existentes.

Nome da pessoa que obteve o consentimento informado: _____

_____/____/____

Apêndice III

Questionário Sociodemográfico e Clínico

Título do estudo: “Informação clínica e a sua relação com a funcionalidade e qualidade de vida em mulheres com diagnóstico de cancro de mama”

Data: ____/____/____

Código atribuído no estudo: nº

Idade: _____

Peso: _____ Kgs

Altura: _____ cm

IMC: _____

Local de Residência: ☐ Meio Urbano ☐ Meio Rural

Estado Civil: ☐ Solteira ☐ Casada ☐ Divorciada ☐ União de facto ☐ Viúva

Habilitações Literárias: ☐ Ensino Primário ☐ 2º Ciclo ☐ 3º Ciclo

☐ Ensino Secundário ☐ Ensino Superior

Anos de Escolaridade completos: _____ anos

Ocupação: ☐ No ativo ☐ Reformada ☐ Desempregada

Terapia Oncológica Neoadjuvante: ☐ Sim ☐ Não

Terapia Neoadjuvante realizada: ☐ Radioterapia ☐ Quimioterapia ☐ Terapias Alvo

☐ Quimioterapia + Hormonoterapia

☐ Radioterapia e Quimioterapia ☐ Hormonoterapia

Lateralidade dominante: ☐ Direita ☐ Esquerda

Lateralidade da cirurgia: ☐ Direita ☐ Esquerda

Procedimento cirúrgico: ☐ Com linfadenectomia axilar ☐ Com biópsia de gânglio sentinela

Obrigada pela sua colaboração.

Apêndice IV

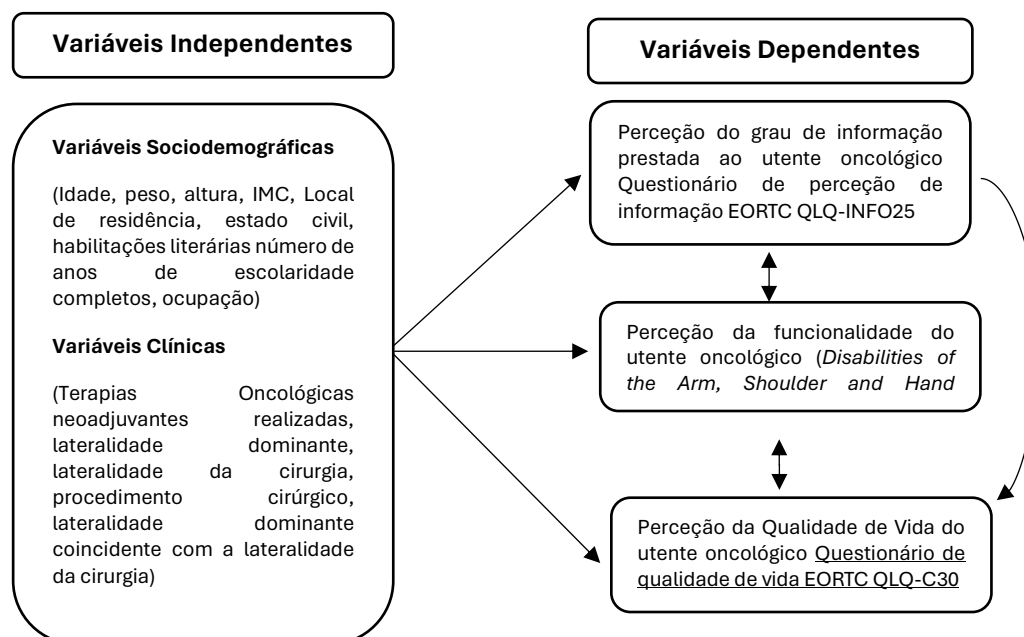


Figura 1. Plano conceitual da correlação entre a informação prestada ao doente oncológico e a qualidade de vida

Apêndice V

Quadro 1. Operacionalização das variáveis independentes de caracterização

Variável	Valores	Tipo de Variável	Critérios
Idade	Em anos	Contínua	Questionário Sociodemográfico e clínico
Peso	Em quilogramas	Contínua	Questionário Sociodemográfico e clínico
Altura	Em centímetros	Contínua	Questionário Sociodemográfico e clínico
Índice de massa corporal (IMC)	peso / (altura x altura)	Contínua	Questionário Sociodemográfico e clínico
Local de residência	Meio Rural; Meio Urbano	Nominal	Questionário Sociodemográfico e clínico
Estado civil	1=Solteira; 2=Casada; 3=Divorciada; 4=Viúva; 5=União de facto	Nominal	Questionário Sociodemográfico e clínico
Habilitações literárias	1=Ensino primário; 2= 2º Ciclo; 3=3º Ciclo, 4=Ensino Secundário; 5=Ensino Superior	Nominal	Questionário Sociodemográfico e clínico
Número de anos de escolaridade completos	Anos	Contínua	Questionário Sociodemográfico e clínico
Ocupação	1=No ativo; 2=Reformada,3= Desempregada	Nominal	Questionário Sociodemográfico e clínico
Terapias Oncológicas Neoadjuvantes	1= Sim; 2= Não;	Nominal	Questionário Sociodemográfico e clínico
Terapias Neoadjuvantes realizadas	1= Radioterapia; 2=Quimioterapia 3= Radioterapia e quimioterapia 4= Hormonoterapia 5= Terapias Alvo 6 = Quimioterapia + hormonoterapia	Nominal	Questionário Sociodemográfico e clínico
Lado dominante da utente	1= Direito; 2= Esquerdo;	Nominal	Questionário Sociodemográfico e clínico
Lateralidade da cirurgia	1=Direita; 2=Esquerda; 3= Bilateral;	Nominal	Questionário Sociodemográfico e clínico
Procedimento Cirúrgico	1= Com linfadenectomia axilar 2= Com biopsia de gânglio sentinela	Nominal	Questionário Sociodemográfico e clínico

Quadro 2 - Operacionalização das variáveis dependentes de caracterização obtidas pelo questionário de qualidade de vida EORTC QLQ-C30

Variável	Valores	Tipo de Variável	Critérios
Qualidade de vida e estado de saúde global	0-100	Contínua	Questionário EORTC QLQ-C30

Legenda: 0-Péssimo 100- Ótimo

Quadro 3 - Operacionalização das variáveis dependentes obtidas pelo questionário de percepção de informação EORTC QLQ-INFO25

Variável	Valores	Tipo de Variável	Critérios
Informação sobre a doença	0-100	Nominal	Questionário EORTC QLQ-INFO25
Informação sobre os exames médicos	0-100	Contínua	Questionário EORTC QLQ-INFO25
Informação sobre os tratamentos	0-100	Contínua	Questionário EORTC QLQ-INFO25
Informação sobre outros serviços	0-100	Contínua	Questionário EORTC QLQ-INFO25
Informação sobre outros locais de cuidados de saúde	0-100	Contínua	Questionário EORTC QLQ-INFO25
Informação de formas sobre cuidar de si próprio	0-100	Contínua	Questionário EORTC QLQ-INFO25
Forma como recebeu a informação	0-100	Numérica	Questionário EORTC QLQ-INFO25
Satisfação com a informação	0-100	Contínua	Questionário EORTC QLQ-INFO25
Perspetiva da informação recebida	0-100	Numérica	Questionário EORTC QLQ-INFO25
Utilidade da Informação	0-100	Contínua	Questionário EORTC QLQ-INFO25
Score Global	0-100	Contínua	Questionário EORTC QLQ-INFO25

Legenda: 0-Máxima funcionalidade 100- Máxima incapacidade

Quadro 4 - Operacionalização das variáveis dependentes obtidas pelo questionário de funcionalidade do membro superior, *Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand (DASH)*

Variável	Valores	Tipo de Variável	Critérios
Medir o impacto de uma condição de saúde na funcionalidade do membro superior	0-100	Contínua	<i>Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand</i>
Legenda: 0-Máxima funcionalidade 100- Máxima incapacidade			

Apêndice VI

Para calcular o *Raw score* (RS) realiza-se a média dos itens de cada subescala, somando as respostas dadas e dividindo pelo número de itens da subescala, representado abaixo.

$$RS = \frac{I1 + I2 + \dots + In}{n}$$

Figura 3. Fórmula para calcular *Raw score*

A transformação linear visa converter o RS numa pontuação que varia entre 0 e 100, sendo por para o efeito, necessário calcular a amplitude, isto é, a diferença entre o valor máximo e mínimo possíveis de RS. Esta abordagem é aplicada em escalas funcionais, escalas de sintomas e itens, bem como em escalas de estado de saúde global/qualidade de vida, representadas nas figuras 4, 5 e 6, respetivamente.

$$\text{Score} = \left\{ 1 - \frac{(RS-1)}{\text{range}} \right\} \times 100$$

Figura 4. Fórmula para calcular o score de escalas funcionais

$$\text{Score} = \left\{ \frac{(RS-1)}{\text{range}} \right\} \times 100$$

Figura 5. Fórmula para calcular o score de escalas de sintomas/itens

$$\text{Score} = \left\{ \frac{(RS-1)}{\text{range}} \right\} \times 100$$

Figura 6. Fórmula para calcular o score de escalas de estado de saúde global/qualidade de vida

Apêndice VII

O *Raw score* (RS) é calculado como a média dos itens de cada escala “multi-item”, somando as respostas dadas e dividindo pelo número de itens da subescala, como representado abaixo.

$$RS = \frac{I1 + I2 + \dots + In}{n}$$

Figura 6. Fórmula para calcular *Raw score*

A Transformação Linear para obter o *score*, exige a transformação do *Raw score* numa pontuação de 0 a 100, utilizando a fórmula abaixo apresentada.

$$\text{Score} = \left\{ \frac{(RS - 1)}{\text{range}} \right\} \times 100$$

Figura 7. Fórmula para calcular o *score*

Apêndice VIII

Tabela 1-*Caracterização sociodemográfica da amostra*

Variável em análise (n=33):	Categorias da variável	Contagens: Frequência absoluta	Percentagens: Frequência Relativa	Estatística descritiva
Idade				Média: 54,485 Mediana: 53 Desvio Padrão: 11,511 Min - Max: 31 – 83
Peso				Média: 68,303 Mediana: 70 Desvio Padrão: 13,073 Min - Max: 43 – 95
Altura				Média: 1,614 Mediana: 1,61 Desvio Padrão: 0,064 Min - Max: 1,49 - 1,72
IMC				Média: 26,121 Mediana: 25,85 Desvio Padrão: 4,131 Min - Max: 18,13 - 35,32
Anos de escolaridade				Média: 11,545 Mediana: 12 Desvio Padrão: 4,982 Min - Max: 4 – 22
Local de residência	Urbano	29	87,88%	
	Rural	4	12,12%	
Estado Civil	Casadas	20	60,61%	
	Não Casadas	13	39,39%	
	Ensino Primário	6	18,18%	
	Segundo Ciclo	3	9,09%	
Habilitações Literárias	Terceiro Ciclo	3	9,09%	
	Ensino Secundário	11	33,33%	
	Ensino Superior	10	30,30%	
Ocupação	Ativas	22	66,67%	
	Não ativas	11	33,33%	

Apêndice IX

Variável em análise (n=33):	Categorias da variável	Contagens: Frequência absoluta	Percentagens: Frequência Relativa
Terapia Oncológica Neadjuvante	Sim	26	78,79%
	Não	7	21,21%
	Radioterapia	1	3,03%
	Quimioterapia	17	51,52%
	Radio + Químio	1	3,03%
Tipo de terapia Oncológica Neadjuvante	Hormonoterapia	2	6,06%
	Químio + Hormono	1	3,03%
	Químio + Terapias-alvo	1	3,03%
	Radio + Hormono	1	3,03%
	Radio + Químio + Hormono	2	6,06%
Lateralidade dominante	Nenhuma	7	21,21%
	Direita	27	81,82%
	Esquerda	6	18,18%
Lateralidade cirurgia	Direita	16	48,48%
	Esquerda	13	39,39%
	Bilateral	4	12,12%
Lateralidade dominante coincidente com o lado da cirurgia	Sim	24	72,7%
	Não	9	27,3%
Procedimento cirúrgico	Linfadenectomia axilar	22	66,67%
	Biópsia do gânglio sentinela	11	33,33%

Apêndice X

Tabela 5-Teste não paramétrico Mann-Whitney entre os dados sociodemográficos, estado civil e ocupação laboral, com o questionário EORTC-INFO25

Variável em análise (n=33):	Estado Civil			Ocupação Laboral		
	Casadas	Não Casadas	Valor de p	Ativas	Não Ativas	Valor de p
Score_Infodoença	Mediana:50,00	Mediana: 50,00	0,724	Mediana:54,16	Mediana: 50	0,513
	Média: 48,33	Média: 51,28		Média: 51,13	Média: 46,21	
	Máximo: 83,33	Máximo: 100		Máximo: 100	Máximo:83,33	
	Mínimo: 25,00	Mínimo: 8,33		Mínimo: 8,33	Mínimo: 16,67	
	Mediana: 55,55	Mediana: 66,66		Mediana: 66,66	Mediana:55,55	
Score_Infotestemédicos	Média: 60,55	Média: 58,11	0,807	Média: 64,14	Média: 50,50	0,077
	Máximo: 88,89	Máximo: 100		Máximo: 100	Máximo:77,78	
	Mínimo: 33,33	Mínimo: 11,11		Mínimo: 33,33	Mínimo: 11,11	

Score_Infotratamentos	Mediana: 55,55	Mediana: 50,00		Mediana: 55,55	Mediana:38,88	
	Média: 55,00	Média: 46,58		Média: 55,30	Média: 44,44	
	Máximo: 88,89	Máximo: 88,89	0,364	Máximo: 88,89	Máximo:88,89	0,179
	Mínimo: 33,33	Mínimo: 0		Mínimo: 22,22	Mínimo: 0	
Score_Infooutroserviços	Mediana: 25,00	Mediana: 33,33		Mediana: 29,16	Mediana:33,33	
	Média:36,25	Média: 39,74	0,614	Média: 37,87	Média: 37,12	
	Máximo: 83,33	Máximo: 83,33		Máximo: 83,33	Máximo: 75	0,816
	Mínimo: 8,33	Mínimo: 16,67		Mínimo: 8,33	Mínimo: 8,33	
Score_Infooutroslocais	Mediana: 33,33	Mediana: 33,33		Mediana: 33,33	Mediana:33,33	
	Média: 33,33	Média: 39,74	0,406	Média: 36,36	Média: 39,39	0,889
	Máximo: 100	Máximo: 100		Máximo: 100	Máximo: 100	
	Mínimo: 0	Mínimo: 0		Mínimo:0	Mínimo: 0	
Score_Infoautoajuda	Mediana: 33,33	Mediana: 66,66		Mediana: 33,33	Mediana:66,66	0,121
	Média: 43,33	Média: 48,71	0,541	Média: 39,39	Média:57,57	
	Máximo: 100	Máximo: 100		Máximo: 66,67	Máximo: 100	
	Mínimo: 0	Mínimo: 0		Mínimo: 0	Mínimo: 33,33	
Score_Infoescrita	Mediana: 100,00	Mediana: 0	0,418	Mediana: 0	Mediana: 0	
	Média: 25,00	Média: 38,46		Média: 31,81	Média: 27,27	0,792
	Máximo: 100	Máximo:100		Máximo: 100	Máximo: 100	
	Mínimo: 0	Mínimo: 0		Mínimo: 0	Mínimo: 0	
Score_InfoCD	Mediana: 100	Mediana: 100		Mediana: 100	Mediana: 100	
	Média: 95,00	Média: 100		Média: 95,45	Média: 100	
	Máximo: 100	Máximo: 100	0,420	Máximo: 100	Máximo: 100	0,480
	Mínimo: 0	Mínimo: 100		Mínimo: 0	Mínimo: 100	
Score_Satisinfo	Mediana: 50,00	Mediana: 66,66		Mediana: 33,33	Mediana:66,66	
	Média: 50,00	Média: 56,41		Média:48,48	Média: 60,60	0,233
	Máximo: 100	Máximo: 100	0,565	Máximo: 100	Máximo: 100	
	Mínimo: 0	Mínimo: 0		Mínimo: 0	Mínimo: 33,33	
Score_Recmaisinfo	Mediana: 0	Mediana: 100		Mediana: 50	Mediana: 0	
	Média: 40,00	Média: 61,53	0,234	Média: 50	Média: 45,45	0,808
	Máximo: 100	Máximo: 100		Máximo: 100	Máximo: 100	
	Mínimo: 0	Mínimo: 0		Mínimo: 0	Mínimo: 0	
Score_Recmenosinfo	Mediana: 100	Mediana: 100		Mediana: 100	Mediana: 100	

Score_Utilinfo	Média: 95,00	Média: 92,30	0,755	Média: 95,45	Média: 90,90	0,611
	Máximo: 100	Máximo: 0		Máximo: 0	Máximo: 100	
	Mínimo: 0	Mínimo: 100		Mínimo: 100	Mínimo: 0	
	Mediana: 66,66	Mediana: 66,66		Mediana: 66,66	Mediana: 66,66	
Score_Global	Média: 66,66	Média: 64,10		Média: 65,15	Média: 66,66	0,713
	Máximo: 100	Máximo: 100	0,708	Máximo: 100	Máximo: 100	
	Mínimo: 0	Mínimo: 33,33		Mínimo: 33,33	Mínimo: 0	
	Mediana: 51,85	Mediana: 56,71		Mediana: 55,78	Mediana: 54,86	
Score_Global	Média: 54,03	Média: 58,40		Média: 55,88	Média: 55,51	1,000
	Máximo: 78,01	Máximo: 92,82	0,387	Máximo: 92,82	Máximo: 77,08	
	Mínimo: 31,71	Mínimo: 27,08		Mínimo: 27,08	Mínimo: 34,26	

Apêndice X

Tabela 6-Correlação entre as características clínicas, terapias oncológicas neoadjuvantes e procedimento cirúrgico, com o questionário EORTC-INFO25

Variável em análise (n=33):	Terapias Neoadjuvantes			Procedimento Cirúrgico		
	Sim	Não	Valor de p	Com linf. Axilar	Com biop. Gânglio sentinela	Valor de p
Score_Infodoença	Mediana: 50	Mediana: 50	0,824	Mediana: 50	Mediana: 41,66	0,577
	Média: 49,35	Média: 50		Média: 50,37	Média: 47,72	
	Máximo: 100	Máximo: 75		Máximo: 83,33	Máximo: 100	
	Mínimo: 8,33	Mínimo: 16,67		Mínimo: 25	Mínimo: 8,33	
Score_Infotestemédicos	Mediana: 61,11	Mediana: 55,55	0,432	Mediana: 66,66	Mediana: 55,55	0,471
	Média: 61,96	Média: 50,79		Média: 61,11	Média: 56,56	
	Máximo: 100	Máximo: 77,78		Máximo: 22,22	Máximo: 100	
	Mínimo: 33,33	Mínimo: 11,11		Mínimo: 100	Mínimo: 11,11	
Score_Infotratamentos	Mediana: 55,55	Mediana: 33,33	0,121	Mediana: 55,55	Mediana: 38,88	0,198
	Média: 55,12	Média: 38,88		Média: 55,30	Média: 44,44	
	Máximo: 88,89	Máximo: 83,33		Máximo: 88,89	Máximo: 88,89	
	Mínimo: 22,22	Mínimo: 0		Mínimo: 16,67	Mínimo: 0	
Score_Infoutroserviços	Mediana: 33,33	Mediana: 25	0,823	Mediana: 33,33	Mediana: 25	0,614
	Média: 38,46	Média: 34,52		Média: 38,63	Média: 35,60	
	Máximo: 83,33	Máximo: 58,33		Máximo: 83,33	Máximo: 83,33	
	Mínimo: 8,33	Mínimo: 25		Mínimo: 8,33	Mínimo: 8,33	
Score_Infoutroslocais	Mediana: 33,33	Mediana: 0		Mediana: 33,33	Mediana: 33,33	

	Média: 39,74 Máximo: 100 Mínimo: 0	Média: 28,57 Máximo: 100 Mínimo: 0	0,380	Média: 34,84 Máximo: 100 Mínimo: 0	Média: 42,42 Máximo: 100 Mínimo: 0	0,589
Score_Infoautoajuda	Mediana: 33,33 Média: 43,58 Máximo: 100 Mínimo: 0	Mediana: 66,66 Média: 52,38 Máximo: 100 Mínimo: 0	0,466	Mediana: 33,33 Média: 45,45 Máximo: 100 Mínimo: 0	Mediana: 33,33 Média: 45,45 Máximo: 100 Mínimo: 0	0,984
Score_Infoescrita	Mediana: 0 Média: 30,76 Máximo: 100 Mínimo: 0	Mediana: 0 Média: 28,57 Máximo: 100 Mínimo: 0	0,912	Mediana: 0 Média: 27,27 Máximo: 100 Mínimo: 0	Mediana: 0 Média: 36,36 Máximo: 100 Mínimo: 0	0,598
Score_InfoCD	Mediana: 100 Média: 96,15 Máximo: 100 Mínimo: 0	Mediana: 100 Média: 100 Máximo: 100 Mínimo: 100	0,604	Mediana: 100 Média: 95,45 Máximo: 100 Mínimo: 0	Mediana: 100 Média: 100 Máximo: 100 Mínimo: 100	0,480
Score_Satisinfo	Mediana: 50 Média: 51,28 Máximo: 100 Mínimo: 0	Mediana: 66,66 Média: 57,14 Máximo: 100 Mínimo: 33,33	0,635	Mediana: 50 Média: 51,51 Máximo: 100 Mínimo: 33,33	Mediana: 66,66 Média: 54,54 Máximo: 100 Mínimo: 0	0,742
Score_Recmaisinfo	Mediana: 0 Média: 46,15 Máximo: 100 Mínimo: 0	Mediana: 100 Média: 57,14 Máximo: 100 Mínimo: 0	0,611	Mediana: 100 Média: 54,54 Máximo: 100 Mínimo: 0	Mediana: 0 Média: 36,36 Máximo: 100 Mínimo: 0	0,332
Score_Recmenosinfo	Mediana: 100 Média: 92,30 Máximo: 100 Mínimo: 0	Mediana: 100 Média: 100 Máximo: 100 Mínimo: 100	0,456	Mediana: 100 Média: 95,45 Máximo: 100 Mínimo: 0	Mediana: 100 Média: 90,90 Máximo: 100 Mínimo: 0	0,611
Score_Utilinfo	Mediana: 66,66 Média: 65,38 Máximo: 100 Mínimo: 0	Mediana: 66,66 Média: 66,66 Máximo: 100 Mínimo: 33,33	0,981	Mediana: 66,66 Média: 66,66 Máximo: 100 Mínimo: 0	Mediana: 66,66 Média: 63,63 Máximo: 100 Mínimo: 33,33	0,683
Score_Global	Mediana: 55,43 Média: 55,85 Máximo: 92,82 Mínimo: 27,08	Mediana: 48,37 Média: 55,39 Máximo: 73,84 Mínimo: 41,44	0,912	Mediana: 56,59 Média: 56,38 Máximo: 78,01 Mínimo: 31,71	Mediana: 50,23 Média: 54,50 Máximo: 92,82 Mínimo: 27,08	0,516

Apêndice XII

Tabela 7-*Correlação entre os dados clínicos e a percepção da informação recebida segundo questionário EORTC-INFO25*

Variável em análise (n=33):	Lateralidade dominante coincidente com o lado da cirurgia		
	Sim	Não	Valor de p
Score_Infodoença	Mediana: 45,83	Mediana: 50	0,271
	Média: 47,22	Média: 55,55	
	Máximo: 100	Máximo: 83,33	
	Mínimo: 8,33	Mínimo: 33,33	
Score_Infotestemédicos	Mediana: 55,55	Mediana: 59,25	0,837
	Média: 59,72	Média: 66,66	
	Máximo: 100	Máximo: 77,78	
	Mínimo: 11,11	Mínimo: 22,22	
Score_Infotratamentos	Mediana: 52,77	Mediana: 53,08	0,823
	Média: 51,15	Média: 61,11	
	Máximo: 88,89	Máximo: 88,89	
	Mínimo: 0	Mínimo: 16,67	
Score_Infooutroserviços	Mediana: 25,00	Mediana: 41,66	0,286
	Média: 36,11	Média: 41,66	
	Máximo: 83,33	Máximo: 75	
	Mínimo: 8,33	Mínimo: 25	
Score_Infooutrosloais	Mediana: 33,33	Mediana: 33,33	0,735
	Média: 36,11	Média: 49,74	
	Máximo: 100	Máximo: 100	
	Mínimo: 0	Mínimo: 0	
Score_Infoautoajuda	Mediana: 33,33	Mediana: 66,66	0,021
	Média: 38,88	Média: 62,96	
	Máximo: 100	Máximo: 100	
	Mínimo: 0	Mínimo: 33,33	
Score_Infoescrita	Mediana: 0	Mediana: 0	0,022
	Média: 41,66	Média: 0	
	Máximo: 100	Máximo: 0	
	Mínimo: 0	Mínimo: 0	
Score_InfoCD	Mediana: 100	Mediana: 100	0,540
	Média: 95,83	Média: 100	
	Máximo: 100	Máximo: 100	
	Mínimo: 0	Mínimo: 100	
Score_Satisinfo	Mediana: 33,33	Mediana: 66,66	0,122
	Média: 48,61	Média: 62,96	
	Máximo: 100	Máximo: 100	
	Mínimo: 0	Mínimo: 33,33	
Score_Recmaisinfo	Mediana: 100	Mediana: 0	0,069
	Média: 58,33	Média: 22,22	
	Máximo: 100	Máximo: 100	

	Mínimo: 0	Mínimo: 0	
Score_Recmenosinfo	Mediana: 100	Mediana: 100	0,379
	Média: 91,66	Média: 100	
	Máximo: 100	Máximo: 100	
	Mínimo: 0	Mínimo: 100	
Score_Utilinfo	Mediana: 66,66	Mediana: 66,66	0,289
	Média: 62,50	Média: 74,07	
	Máximo: 100	Máximo: 100	
	Mínimo: 0	Mínimo: 33,33	
Score_Global	Mediana: 56,25	Mediana: 54,86	0,903
	Média: 55,65	Média: 56,04	
	Máximo: 92,82	Máximo: 77,08	
	Mínimo: 27,08	Mínimo: 46,30	

ANEXOS

Anexo 1 – Questionário de qualidade de vida EORTC QLQ-C30

PORTUGUESE



EORTC QLQ-C30 (version 3)

Gostaríamos de conhecer alguns pormenores sobre si e a sua saúde. Responda você mesmo/a, por favor, a todas as perguntas fazendo um círculo à volta do número que melhor se aplica ao seu caso. Não há respostas certas nem erradas. A informação fornecida é estritamente confidencial.

Escreva as iniciais do seu nome:

--	--	--	--	--

A data de nascimento (dia, mês, ano):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

A data de hoje (dia, mês, ano):

31

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

Durante a última semana :	Não	Um pouco	Bastante	Muito
16. Teve prisão de ventre?	1	2	3	4
17. Teve diarreia?	1	2	3	4
18. Sentiu-se cansado/a?	1	2	3	4
19. As dores perturbaram as suas actividades diárias?	1	2	3	4
20. Teve dificuldade em concentrar-se, por exemplo, para ler o jornal ou ver televisão?	1	2	3	4
21. Sentiu-se tenso/a?	1	2	3	4
22. Teve preocupações?	1	2	3	4
23. Sentiu-se irritável?	1	2	3	4
24. Sentiu-se deprimido/a?	1	2	3	4
25. Teve dificuldade em lembrar-se das coisas?	1	2	3	4
26. O seu estado físico ou tratamento médico interferiram na sua vida <u>familiar</u> ?	1	2	3	4
27. O seu estado físico ou tratamento médico interferiram na sua actividade <u>social</u> ?	1	2	3	4
28. O seu estado físico ou tratamento médico causaram-lhe problemas de ordem financeira?	1	2	3	4

Nas perguntas que se seguem faça um círculo à volta do número, entre 1 e 7, que melhor se aplica ao seu caso

29. Como classificaria a sua saúde em geral durante a última semana?

1	2	3	4	5	6	7
Péssima						Ótima

30. Como classificaria a sua qualidade de vida global durante a última semana?

1	2	3	4	5	6	7
Péssima						Ótima

Anexo 2 – Questionário de percepção de informação EORTC QLQ-INFO25



EORTC QLQ – INFO25

Estamos interessados na informação que tem recebido sobre aspectos da sua doença e do seu tratamento, de forma a melhorar os seus cuidados de saúde. Por favor, responda a TODAS as questões, assinalando com um *círculo* o número da resposta que melhor se aplica a si. Não há respostas certas ou erradas. A informação que nos fornecer permanecerá estritamente confidencial.

Durante a sua doença actual ou tratamento que quantidade de informação recebeu sobre:	Nenhuma	Alguma	Bastante	Muita
	1	2	3	4
31. O diagnóstico da sua doença?				
32. A extensão da sua doença?	1	2	3	4
33. As possíveis causas da sua doença?	1	2	3	4
34. Se a sua doença está controlada?	1	2	3	4
35. O objectivo dos exames médicos que tem feito ou possa vir a fazer?	1	2	3	4
36. Os procedimentos dos exames médicos?	1	2	3	4
37. Os resultados dos exames médicos que já recebeu?	1	2	3	4
38. O tratamento médico (quimioterapia, radioterapia, cirurgia ou outra modalidade terapêutica)?	1	2	3	4
39. O benefício esperado com o tratamento?	1	2	3	4
40. Os possíveis efeitos secundários do tratamento?	1	2	3	4
41. Os efeitos esperados do tratamento sobre os sintomas da sua doença?	1	2	3	4
42. Os efeitos do tratamento na sua vida social e familiar?	1	2	3	4
43. Os efeitos do tratamento na sua actividade sexual?	1	2	3	4
44. Ajuda adicional fora do hospital (ex. ajuda nas actividades diárias, grupos de auto-ajuda, equipas domiciliárias)?	1	2	3	4
45. Serviços de reabilitação (ex. fisioterapia, terapia ocupacional)?	1	2	3	4

Durante a sua doença actual ou tratamento que quantidade de informação recebeu sobre:	Nenhuma	Alguma	Bastante	Muito
	1	2	3	4
46. Aspectos relacionados com a gestão da sua doença em casa?				
47. Possibilidade de suporte psicológico especializado?	1	2	3	4
48. Diferentes locais de cuidados (hospitais/ serviços de ambulatório/ casa)?	1	2	3	4
49. Coisas que pode fazer para se ajudar a si mesmo a melhorar (repouso, contactos com outras pessoas...)?	1	2	3	4
50. Recebeu informação escrita?	Sim		Não	
51. Recebeu informação em CD, cassete / vídeo?	Sim		Não	
	Não	Um pouco	Bastante	Muito
52. Ficou satisfeito com a quantidade de informação recebida?	1	2	3	4
53. a) Deseja receber <u>mais</u> informação?	Sim		Não	
b) Se sim, por favor especifique em que tópicos?	_____			
54. a) Desejava ter recebido <u>menos</u> informação?	Sim		Não	
b) Se sim, por favor especifique em que tópicos?	_____			
	Não	Um pouco	Bastante	Muito
55. No geral, a informação que tem recebido tem sido útil?	1	2	3	4

Anexo 3 – Escala Disabilities of the arm, shoulder and hand (DASH)

DISABILITIES OF THE ARM, SHOULDER AND HAND

DASH

Portugal

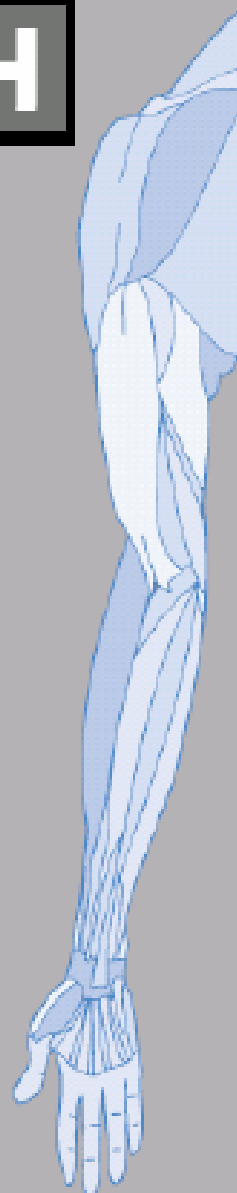
INSTRUÇÕES

Com este questionário pretendemos conhecer os seus sintomas, bem como a sua capacidade para desempenhar determinadas actividades.

Responda, por favor, a todas as perguntas e, com base na sua condição física na última semana, faça um círculo à volta do número que considere mais adequado.

Se, na última semana, não teve oportunidade de desempenhar uma determinada actividade, por favor seleccione a resposta com maior probabilidade de ser a mais adequada.

Não importa qual a mão ou braço que utiliza para desempenhar a actividade ou o modo como a realiza. Por favor, responda apenas com base na sua capacidade para realizar a tarefa.



DISABILITIES OF THE ARM, SHOULDER AND HAND

Por favor, classifique a sua capacidade para desempenhar as actividades seguintes na última semana, fazendo um círculo à volta do número à frente da resposta adequada.

	NENHUMA DIFICULDADE	POUCA DIFICULDADE	ALGUMA DIFICULDADE	MUITA DIFICULDADE	INCAPAZ
1. Abrir um frasco novo ou com tampa bem fechada.	1	2	3	4	5
2. Escrever.	1	2	3	4	5
3. Rodar uma chave na fechadura.	1	2	3	4	5
4. Preparar uma refeição.	1	2	3	4	5
5. Abrir e empurrar uma porta pesada.	1	2	3	4	5
6. Colocar um objecto numa prateleira acima da cabeça.	1	2	3	4	5
7. Realizar tarefas domésticas pesadas (por exemplo: lavar paredes, lavar o chão).	1	2	3	4	5
8. Fazer jardinagem ou trabalhar no quintal.	1	2	3	4	5
9. Fazer a cama.	1	2	3	4	5
10. Carregar um saco de compras ou uma pasta.	1	2	3	4	5
11. Carregar um objecto pesado (mais de 5 kg).	1	2	3	4	5
12. Trocar uma lâmpada acima da cabeça.	1	2	3	4	5
13. Lavar a cabeça ou secar o cabelo.	1	2	3	4	5
14. Lavar as costas.	1	2	3	4	5
15. Vestir uma camisola.	1	2	3	4	5
16. Usar uma faca para cortar alimentos.	1	2	3	4	5
17. Actividades de lazer que requerem pouco esforço (por exemplo: jogar às cartas, fazer tróis, etc.).	1	2	3	4	5
18. Actividades de lazer que exijam alguma força ou provoquem algum impacto no braço, ombro ou mão (por exemplo: golfe, mentelar, ténis, etc.).	1	2	3	4	5
19. Actividades de lazer, nas quais movimenta o braço livremente (por exemplo: jogar ao disco, jogar badminton, etc.).	1	2	3	4	5
20. Utilizar meios de transporte para se deslocar (de um lugar para o outro).	1	2	3	4	5
21. Actividades sexuais.	1	2	3	4	5

DISABILITIES OF THE ARM, SHOULDER AND HAND

	NÃO AFECTOU NADA	AFECTOU POUCO	AFECTOU	AFECTOU MUITO	INCAPACITOU
22. Em que medida é que, na última semana, o seu problema no braço, ombro ou mão afectou as suas actividades sociais habituais com a família, os amigos, os vizinhos ou outras pessoas? (Faça um círculo à volta do número)	1	2	3	4	5

	NÃO LIMITOU NADA	LIMITOU POUCO	LIMITOU	LIMITOU MUITO	INCAPACITOU
23. Em que medida é que, na última semana, o seu problema no braço, ombro ou mão o limitou no trabalho ou noutras actividades diárias? (Faça um círculo à volta do número)	1	2	3	4	5

Por favor, classifique a gravidade dos sintomas seguintes na última semana. (Faça um círculo à volta do número)

	NENHUMA	POUCA	ALGUMA	MUITA	EXTREMA
24. Dor no braço, ombro ou mão.	1	2	3	4	5
25. Dor no braço, ombro ou mão ao executar uma actividade específica.	1	2	3	4	5
26. Dormência (formiguelo) no braço, ombro ou mão.	1	2	3	4	5
27. Frequente no braço, ombro ou mão.	1	2	3	4	5
28. Rigidez no braço, ombro ou mão.	1	2	3	4	5

	NENHUMA DIFICULDADE	POUCA DIFICULDADE	ALGUMA DIFICULDADE	MUITA DIFICULDADE	TANTA DIFICULDADE QUE NÃO CONSIGO DORMIR
29. Na última semana, teve dificuldade em dormir, por causa de dor no braço, ombro ou mão? (Faça um círculo à volta do número)	1	2	3	4	5

	DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO	NEM CONCORDO NEM DISCORDO	CONCORDO	CONCORDO TOTALMENTE
30. Sinto-me menos capaz, menos confiante ou menos útil por causa do meu problema no braço, ombro ou mão. (Faça um círculo à volta do número)	1	2	3	4	5

PONTUAÇÃO DASH INCAPACIDADES/SINTOMAS = $\frac{[(\text{soma de n respostas}) - 1] \times 25}{n}$, onde n é igual ao número de respostas válidas.

Não se pode calcular uma pontuação DASH se existirem mais de 3 itens não válidos.

DISABILITIES OF THE ARM SHOULDER AND HAND

MÓDULO RELATIVO AO TRABALHO (OPCIONAL)

As perguntas que se seguem são relativas ao impacto que o seu problema no braço, ombro ou mão tem na sua capacidade para trabalhar (incluindo as tarefas domésticas, se estas forem a sua actividade principal).

Por favor indique qual a sua profissão / actividade : _____

☐ Não trabalho. (Pode saltar esta secção).

Faça um círculo à volta do número que melhor descreve a sua capacidade física na última semana. Teve alguma dificuldade em:

	NENHUMA DIFICULDADE	POUCA DIFICULDADE	ALGUMA DIFICULDADE	MUITA DIFICULDADE	INCAPAZ
1. fazer os movimentos que normalmente utiliza no seu trabalho?	1	2	3	4	5
2. fazer o seu trabalho habitual devido a dores no braço, ombro ou mão?	1	2	3	4	5
3. fazer o seu trabalho tão bem como gostaria?	1	2	3	4	5
4. fazer o seu trabalho no tempo habitual?	1	2	3	4	5

MÓDULO RELATIVO A DESPORTO / MÚSICA (OPCIONAL)

As perguntas que se seguem são relativas ao impacto que tem o seu problema no braço, ombro ou mão, quando toca um instrumento musical, pratica desporto ou ambos. Se pratica mais do que um desporto ou toca mais do que um instrumento musical (ou ambos), responde em função da actividade que é mais importante para si.

Por favor indique qual o desporto ou instrumento musical mais importante para si : _____

☐ Não pratico desporto, nem toco um instrumento musical. (Pode saltar esta secção.)

Faça um círculo à volta do número que melhor descreve a sua capacidade física na última semana. Teve alguma dificuldade em:

	NENHUMA DIFICULDADE	POUCA DIFICULDADE	ALGUMA DIFICULDADE	MUITA DIFICULDADE	INCAPAZ
1. usar a técnica habitual para tocar o instrumento musical ou praticar desporto?	1	2	3	4	5
2. tocar o instrumento musical ou praticar desporto devido a dores no braço, ombro ou mão?	1	2	3	4	5
3. tocar o instrumento musical ou praticar desporto tão bem como gostaria?	1	2	3	4	5
4. estar o tempo habitual a tocar o instrumento musical ou a praticar desporto?	1	2	3	4	5

PONTUAR OS MÓDULOS OPCIONAIS: Somar os valores atribuídos a cada resposta; dividir por 4 (número de itens); subtrair 1; multiplicar por 25. A pontuação de um módulo opcional pode não ser calculada no caso de algum dos itens não ter sido respondido.

Anexo 4 - Apreciação pelo Conselho de Mestrado e Conselho Técnico Científico da Escola Superior de Saúde do Alcoitão (ESSA)



Declaração de aprovação de Protocolo de Investigação

O Conselho de Mestrado em Fisioterapia, da Escola Superior de Saúde do Alcoitão, analisou a proposta apresentada pelo estudante Leonor dos Santos Bettencourt Picanço, intitulada "Informação clínica e a sua relação com a qualidade de vida e funcionalidade em mulheres com diagnóstico de cancro de mama", com a orientação do Professor Doutor Nuno Miguel de Faria Bento Duarte e Professora Doutora Maria Elisabete Martins

Nos seus aspetos metodológicos o Protocolo de Investigação foi aprovado

NOTA: os membros do Conselho de Mestrado não participam no processo de avaliação dos projetos onde constam como investigadores.

Data de aprovação:

16 novembro 2022

Assinatura

Profª Doutora Maria Lapa Capacete Rosado
Coordenadora do Mestrado em Fisioterapia

Escola Superior de Saúde do Alcoitão / Alcoitão School of Health Sciences
Rua Conde Barão - Alcoitão - 2649-506 Alcabideche
Tel: + 351 21 460 74 50 - geral.essa@essa.acml.pt
www.essa.pt
www.acml.pt

SANTA CASA
Misericórdia de Lisboa

Anexo 5 – Parecer positivo por parte da Comissão de ética do IPOLFG

	Apreciação e Votação de Parecer	CE
	INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DE LISBOA FRANCISCO GENTIL, EPE Comissão de Ética	

Apreciação do Parecer

Projeto de Investigação "Informação Clínica e a sua relação com a funcionalidade e qualidade de vida em mulheres com cancro da mama - UIC/1586

A Presidente da Comissão de Ética para a Saúde (CES) do Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, EPE, apreciou o parecer do perito ao pedido de realização do projeto acima identificado.

O processo foi votado pelos membros da CES:

Presidente – Dra. Filomena Pereira

Dra. Cristina Nave, Dra. Fátima Vaz, Doutor Adelino Cardoso, Enfermeira Maria Manuel Pinto,

Resultado da Votação:

Parecer: Parecer Favorável (Fundamentação em anexo)

Data: 30-05-2023

Pela Comissão de Ética



Filomena Pereira