

Classe de Movimento: Influência na Qualidade de Vida da Mulher Submetida a Cirurgia a Cancro da Mama



**ESCOLA SUPERIOR
DE SAÚDE DO ALCOITÃO**

SANTA CASA da Misericórdia de Lisboa

Autor: Ana Isabel Pereira de Sousa

**Classe de Movimento: Influência na Qualidade de Vida
da Mulher Submetida a Cirurgia a Cancro da Mama**

Projeto/Relatório elaborado com vista à obtenção do grau de Mestre em Fisioterapia na
especialidade de Saúde da Mulher

Orientador: Professor Doutor Carlos Matias Dias

Co- Orientador: Mestre Nuno Duarte

Maio, 2015



SANTA CASA da Misericórdia de Lisboa

Autor: Ana Isabel Pereira de Sousa

**Classe de Movimento: Influência na Qualidade de Vida da
Mulher Submetida a Cirurgia a Cancro da Mama**

Projeto/Relatório elaborado com vista à obtenção do grau de Mestre em Fisioterapia na
especialidade de Saúde da Mulher

Orientador: Professor Doutor Carlos Matias Dias

Coorientador: Mestre Nuno Duarte

Júri:

Presidente: Professora Doutora Maria da Lapa Capacete Rosado

Professora adjunta da Escola Superior de Saúde de Alcoitão

Vogais: Professor Doutor Carlos Matias Dias

Professor Auxiliar convidado da Escola da Saúde Pública

Mestre Carla Sofia Cláudio Martinho Neto

Especialista de reconhecida experiência e competência profissional na área da
fisioterapia, pelo conselho técnico Científico da E.S.S.A.

Fisioterapeuta do Hospital Fernando da Fonseca

Maio, 2015

Resumo

O cancro da mama é uma das doenças com maior impacto em Portugal - constituindo a primeira causa de morte nas mulheres entre os 35 e os 50 anos -, sendo que a sua associação à qualidade de vida está bem documentada. O objetivo principal do presente estudo foi averiguar o efeito de uma intervenção fisioterapêutica adicional – classes de movimento -, na qualidade de vida de pacientes com cancro da mama submetidas a cirurgia no Hospital de Faro. A amostra não-probabilística é composta por 50 mulheres, submetidas a mastectomias ou cirurgias conservadoras, divididas em dois grupos: controlo (submetidas à fisioterapia convencional) e, experimental (submetidas à fisioterapia convencional e, complementarmente, a classes de movimento). A qualidade de vida foi avaliada através do EORTC QLQ-C30 e QLQ-BR23, tendo adicionalmente sido utilizado um questionário sociodemográfico. Os resultados principais sugerem que, não obstante, os sintomas da mama e do braço terem diminuído significativamente em ambos os grupos após a fisioterapia, no experimental, as diferenças apresentam uma magnitude bastante mais acentuada. Tais resultados sugerem que, mais investigações são necessárias no sentido de se poder, com uma maior segurança, atribuir tais diferenças às classes de movimento.

Abstract

Breast cancer is one of the biggest impacting diseases in Portugal - it represents the main mortality cause among women's aged from 35 to 50 -, and the negative association between breast cancer patients and quality of life seems nowadays well established. The present study main objective was to examine the effects of additional physical therapy – movement classes – on the quality of life of breast cancer patients submitted to surgery in Faro Hospital. The non-probabilistic sample include 50 women, submitted to mastectomy or conservatory surgery, which were divided in two groups: control (submitted to conventional physical therapy) and, experimental (submitted to conventional physical therapy and additional movement classes). Quality of Life was assessed with EORTC QLQ-C30 and QLQ-BR23, additionally a socio-demographic questionnaire was used. Main results suggest that, despite, in both group's breast and arm symptoms are significantly lower after physical therapy, on the experimental one, these differences are much more visible than in the control one. These results suggest that further investigations are required before any significance can be attributed to the movement classes.

Introdução

O cancro é, atualmente, a segunda causa de morte nos países industrializados (Pimentel, 2006), sendo responsável por mais de 12% de todos os óbitos no Mundo. Segundo a *International Union Against Cancer* (2006), mais de sete milhões de pessoas morrem anualmente desta doença que, progressivamente, tem vindo a adquirir uma maior incidência na população Mundial. Não obstante a esperança média de vida destes doentes ter vindo a melhorar gradativamente, prevê-se que atinja mais de 15 milhões de pessoas no ano de 2020. À semelhança do que acontece noutras partes do Mundo, também na Europa, a problemática do cancro é considerada um dos principais problemas de saúde pública, estimando-se que em 2006 foram diagnosticados cerca de 3,2 milhões de novos casos de cancro (excluindo os casos de cancros da pele) e aproximadamente 1,7 milhões de mortes diretamente relacionadas com esta doença. Dentro dos vários tipos de cancro existentes, o da mama é o mais comum na Europa, representando 13,5% da totalidade de cancros diagnosticados (Ferlay et al., 2007).

Por sua vez, em Portugal, o cancro da mama é também uma das doenças com maior impacto na sociedade portuguesa, constituindo a primeira causa de morte nas mulheres entre os 35 e os 50 anos, sendo que, segundo o Portal de Oncologia Português (2013), 1 em cada 10 mulheres poderá vir a desenvolver esta condição patológica ao longo da vida. Segundo a Liga Portuguesa Contra o Cancro (2013), em Portugal são anualmente detetados cerca de 4500 novos casos (175 no Algarve), ocorrendo 1500 mortes associadas ao cancro da mama (70 no Algarve). Em suma, de acordo com o Registo Oncológico Nacional (2008), à semelhança do que acontece na Europa, também em Portugal o cancro da mama é aquele que tem uma maior incidência nas mulheres, representando 28% da totalidade dos cancros diagnosticados nesse grupo.

Segundo Pimentel (2006), o aumento generalizado da incidência do cancro dever-se-á às mudanças nos estilos de vida, ao envelhecimento da população, mas também, devido ao aumento da sobrevivência e à evolução dos meios de diagnóstico. Com efeito, o progresso da medicina no diagnóstico e tratamento das doenças oncológicas tem contribuído para que o cancro deixasse de ser uma doença inevitavelmente fatal, para que passasse a ser uma doença crónica e, porquanto, ameaçadora do bem-estar e da qualidade de vida do indivíduo. Concretamente, no caso dos cancros da mama, desde 1995 tem-se assistido a uma ligeira tendência para a redução da mortalidade por cancro de mama, sendo que tal deverá estar associado

essencialmente a dois fatores: maior precocidade no diagnóstico e, melhor qualidade dos tratamentos (Coordenação Nacional das Doenças Oncológicas, 2007).

Os Fatores de Risco Associados ao Cancro da Mama

O cancro da mama, tal como a grande generalidade da patologia oncológica, é considerada uma doença multifatorial causada, em muitos casos, por fatores intrínsecos e/ou extrínsecos, sendo que a identificação de tais fatores acabou por permitir a determinação do risco de se vir a desenvolver a doença (Musolino et al., 2007). Entre os vários fatores de risco consistentemente associados ao cancro da mama destacam-se: a nuliparidade (Pirhardt & Mercês, 2009); a idade avançada aquando da 1ª gravidez (Pirhardt & Mercês, 2009); a idade avançada (Gennari et al., 2004; Pierga et al., 2004); o facto de se ser mulher pré-menopausica utilizadora de contraceptivos orais (Pirhardt & Mercês, 2009); uma maior exposição às hormonas reprodutivas sejam elas endógenas ou exógenas (Chlebowski et al., 2009; Kotsopoulos et al., 2005; Chlebowski et al., 2009; Pirhardt & Mercês, 2009); mulheres com um elevado consumo de gorduras, calorias e de álcool (Coyle, 2009; Pirhardt & Mercês, 2009); sedentarismo (Coyle, 2009; Pirhardt & Mercês, 2009); história familiar de cancro da mama (Garber & Offit 2005; Coyle, 2009; Pirhardt & Mercês, 2009); tabagismo (Coyle, 2009; Pirhardt & Mercês, 2009); obesidade (Coyle, 2009; Pirhardt & Mercês, 2009); a presença de patologia benigna da mama (Tamimi et al., 2007); exposição a radiações ionizantes em idade inferior a 30 anos (Pirhardt & Mercês, 2009) e; a menstruação precoce (Pirhardt & Mercês, 2009) são os que parecem estar muitas vezes na origem da oncogénese do cancro da mama. Não obstante o mencionado, convém, em boa verdade, realçar-se que os fatores de risco não passam disso, ou seja, não parece, até à data, ser possível estimar-se a probabilidade de alguém vir ou não a desenvolver a doença em função da identificação de fatores de risco.

Prevenção e Diagnóstico

Tal como realçado anteriormente, embora estejam identificados alguns fatores ambientais e comportamentais associados a um risco aumentado de se vir a desenvolver cancro da mama, estudos epidemiológicos têm consistentemente realçado a importância da adoção de estratégias específicas de prevenção (Ministério da Saúde, 2004). Dentro deste paradigma e, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (cit. por Ministério da Saúde, 2004), existem três tipos de atuação para a prevenção do cancro da mama:

- a) Primária, consistindo na educação populacional e profissional, bem como na divulgação de informações relacionadas com o cancro;
- b) Secundária, realizada com a intenção de promover o diagnóstico e o tratamento precoce do cancro, dirigindo-se essencialmente a indivíduos com algum risco (o rastreio do cancro permite o diagnóstico precoce com o objetivo de reduzir a mortalidade);

Terciária, consistindo em medidas para minimizar o impacto da doença, ou seja, tendo por objetivo aumentar a qualidade de vida destes doentes (é nesta fase que a fisioterapia se enquadra, pondo em prática técnicas específicas de tratamento com o objetivo de diminuir ou eliminar os efeitos secundários dos tratamentos - cirurgia, quimioterapia, radioterapia - e o impacto negativo da doença).

Deste modo, parecem hoje existir evidências bastante consistentes relativamente aos benefícios da prevenção dentro da área do cancro. A este respeito, por exemplo, Brentani, Coelho e Kowalsky (2003) realçam que as prevenções primárias e secundárias são capazes de reduzir até 15% da mortalidade por cancro.

Tal como mencionado anteriormente, é fundamental que o diagnóstico do cancro da mama seja feito o mais precocemente possível, pois tal evita ou limita, por exemplo, que este se metastize para outras partes do corpo. Deste modo, a precocidade no diagnóstico acaba por favorecer o prognóstico, a recuperação, a reabilitação e, em última instância a probabilidade de sobrevivência. O diagnóstico precoce do cancro da mama está assente em três frentes: realização mensal (após o período menstrual) de autoexames das mamas (Administração Regional de Saúde do Algarve, 2013); integração em programas de rastreio que permitam a deteção e tratamento de fases cada vez mais pré-clínicas da doença (de suma importância para o declínio da taxa de mortalidade) e; consulta médica de especialidade em patologia mamária uma vez por ano (Duffy et al., 2005).

Estádio e classificação do cancro da mama.

O estágio em que se encontra um cancro e, neste caso particular, o da mama é considerado o fator de prognóstico mais importante, sendo que, para o efeito, existe um sistema de classificação internacionalmente aceite. Tal sistema foi preconizado pela União Internacional Contra o Cancro – UICC – (cit. por Greene et al., 2002) e pela *American Joint Committee on Cancer* – AJCC - (cit. por Greene et al., 2002). Tal classificação, internacionalmente aceite desde 1954, tem desde então sido alvo de várias

revisões, datando as mais recentes de 2002 e 2010 (Greene et al., 2002; Burnstein, Harris & Morrow, 2008; Edge et al., 2010). Esta classificação, conhecida por TNM, visa a determinação de estádios de desenvolvimento da doença, tendo por base a avaliação de três características do tumor: descrição do tamanho original do tumor e se invadiu tecidos próximos (T); descrição do envolvimento de nódulos linfáticos próximos (N); descrição da existência metástases distantes (M). Deste modo, após a determinação do tamanho do tumor, da existência de invasão ganglionar e de metastização, é então estabelecido o estágio em que se encontra a doença (Greene et al., 2002).

Deste modo, mediante a extensão atingida pela massa de células malignas, os carcinomas poderão ser classificados em cinco estádios (0 a IV), servindo tais para o estabelecimento de um prognóstico a cinco anos. Habitualmente, tumores pequenos, diagnosticados antes de metastizarem (estádios iniciais), têm um excelente prognóstico, isto é, apresentam uma taxa de sobrevivência a cinco anos superior a 80%. Por outro lado, tumores mais avançados e, por isso, classificados em estádios mais avançados, tem um prognóstico pobre, normalmente com uma taxa de sobrevivência a cinco anos inferior a 40% (Damjanov, 2006; Ruddon, 2007). No caso particular do cancro da mama, existem várias tipologias de tumores (e.g., adenocarcinoma, carcinoma ductal in situ, carcinoma lobular in situ), sendo que tanto as técnicas de tratamentos como os prognósticos variam consoante o tumor, assim como, consoante as características dos doentes.

Terapias/Tratamentos Oncológicos do Cancro da Mama

Segundo Veronesi et al., (2001), em termos terapêuticos, são vários os procedimentos cirúrgicos usados para fazer face ao cancro da mama, entre esses, encontram-se por exemplo as tumorectomias, quadrantectomias, mastectomias simples, mastectomias radicais e, mastectomias radicais modificadas. Dentro deste âmbito, isto é, dos procedimentos cirúrgicos, convém realçar-se que após a realização de qualquer tipo de cirurgia, a equipa médica realiza um rigoroso exame do estado dos gânglios, na medida em que estes constituem um dos fatores de prognóstico mais importante (e.g., quando o gânglio sentinela é positivo torna-se necessário proceder ao esvaziamento ganglionar axilar).

Por outro lado, tal como mencionado por DeVita, Laerence e Rosenberg (2008), para além dos procedimentos cirúrgicos, outras terapias/tratamentos podem ser

utilizadas, antes e/ou depois das cirurgias, para combater o cancro da mama, nomeadamente:

- a) Quimioterapia (neoadjuvante ou adjuvante) - Consiste na utilização de medicamentos que agem na destruição das células malignas, podendo ser aplicadas através de injeções (intramusculares ou endovenosas) ou por via oral. Note-se ainda que a quimioterapia, numa fase pré-operatória, pode tornar tumores grandes e inoperáveis mais suscetíveis de extração cirúrgica.
- b) Radioterapia – É um tratamento local que utiliza raios de alta energia (externa ou interna) que têm a capacidade de destruir as células cancerosas e impedir que elas se multipliquem. A radioterapia da mama, após cirurgia de preservação (lumpectomia), é atualmente considerada como a terapia de referência, na medida em que as radiações erradicam as células tumorais que não foram extraídas através da manipulação do tumor durante a cirurgia. Após este protocolo, o risco de recorrência local é mínimo.
- c) Hormonoterapia - Tem como finalidade impedir que as células malignas continuem a receber a hormona (estrogénio) que estimula o seu crescimento. Este tipo de tratamento pode incluir o uso de drogas, que modificam a forma de atuar das hormonas, ou a cirurgia, que remove os ovários - órgãos responsáveis pela produção dessas hormonas. Da mesma maneira que a quimioterapia, a terapia hormonal atua nas células do corpo todo.
- d) Imunoterapia - Também denominada de terapêutica biológica, recorre à capacidade natural que os organismos têm para eliminar a doença. Por exemplo, uma das abordagens dirigidas ao tratamento do cancro da mama envolve a utilização de anticorpos monoclonais (proteínas sintéticas produzidas em laboratório) preparadas expressamente para atingirem determinadas células tumorais. Adicionalmente, pensa-se que este tipo de terapêutica possa estimular o sistema imunitário para destruir as células tumorais.

Qualidade de Vida

A qualidade de vida - conceito que ganhou visibilidade desde a década de 70 do século passado – é um conceito amplo, relacionado com o bem-estar geral dentro de uma sociedade. Na medida em que a ideia subjacente à qualidade de vida é proporcionar aos indivíduos, tanto quanto possível, meios para que estes alcancem as suas metas e possam escolher o seu estilo de vida ideal, tal conceito parece ter um alcance mais lato do que, por exemplo, as condições de vida, que tendem a focar-se essencialmente nos recursos materiais ao alcance dos indivíduos (Alber, Delhey, Keck & Nauenburg, 2004). Segundo Fahey, Nolan e Whelan (2003, cit. por Alber et al., 2004) o conceito de qualidade de vida está associado a três grandes características:

- a) Refere-se à situação de vida de cada indivíduo, pelo que requiere uma micro perspectiva, isto é, onde as condições e perspectivas dos indivíduos têm um papel bastante mais importante do que o contexto económico e social da sociedade onde se encontram inseridos.
- b) É um conceito multidimensional, ou seja, a importância das várias áreas da vida expande-o muito para além de uma aproximação mais materialista. Em suma, esta multidimensionalidade, para além de envolver uma apreciação de várias áreas da vida, enfatiza as inter-relações estabelecidas entre elas enquanto mediadoras de qualidade de vida.
- c) A qualidade de vida é avaliada por indicadores objetivos e subjetivos. De facto, perceções subjetivas parecem assumir uma relevância especial quando se pretende identificar objetivos e orientações individuais, porém, tais são bastante mais úteis quando associadas a dados objetivos acerca das suas condições de vida.

Por sua vez, a Organização Mundial de Saúde (1997) define a qualidade de vida como a perceção que os indivíduos têm acerca do seu posicionamento na vida, tendo em consideração a cultura e os sistemas de valores nos quais estão inseridos, assim como, os seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Dada a amplitude de tal conceito, este é afetado pela saúde física e psicológica, assim como, pelos níveis de independência, relacionamentos sociais e crenças pessoais.

Deste modo, tal como também realçado por Seidl e Zannon (2004), assim como por Oliveira e Orsini (2009), o conceito de qualidade de vida é bastante abrangente, incluindo uma grande variedade de condições que podem afetar a perceção dos indivíduos, sentimentos e comportamentos relacionados com o seu funcionamento

diário, incluindo, mas não se limitando, à sua condição de saúde e às intervenções médicas.

A qualidade de vida relacionada com a saúde.

De um ponto de vista geral, a qualidade de vida relacionada com a saúde refere-se às doenças, analisando o contributo dessas e do seu tratamento para o bem-estar de cada indivíduo. Em suma, de acordo com o seu sentido específico, a qualidade de vida relacionada com a saúde está diretamente associada ao modo como uma doença específica afeta ou limita a qualidade de vida (Silva et al., 2004). Esta maior especificidade, segundo Campos e Neto (2008), pode ser considerada como o valor atribuído à vida, sendo este ponderado pelos danos funcionais, as perceções e condições sociais que são induzidas pela doença, os tratamentos e, a organização política e económica do sistema assistencial. Para Pimentel (2006), a relação da qualidade de vida com a saúde inclui vários conceitos, tais como: bem-estar físico e atividades quotidianas, bem-estar psicológico e, relações sociais e sintomas.

A qualidade de vida da mulher com o cancro da mama.

O estudo da qualidade de vida em doentes com cancro da mama é relativamente recente e, tem vindo a desenvolver-se de forma relativamente paulatina. Deste modo, por exemplo, estudos recentes sugerem que, a longo prazo, tanto a cirurgia conservadora, como a mastectomia radical são opções cirúrgicas com resultados equivalentes em termos de qualidade de vida (Ganz et al., 2002; Janni et al., 2001; Nissen et al., 2001). Paralelamente, num estudo de Kenny et al. (2000), concluiu-se que existe uma associação entre a idade e a qualidade de vida de pacientes com cancro da mama (submetidas a cirurgia), isto é, mulheres mais jovens apresentam uma qualidade de vida inferior dos que as restantes. No mesmo estudo, pôde também concluir-se que, considerando unicamente as mulheres mais jovens, aquelas que tinham sido submetidas a cirurgias conservadoras apresentam uma qualidade de vida superior às restantes (mastectomia radical).

Por outro lado, as doentes de cancro da mama são submetidas a terapêuticas sistémicas (quimioterapia, hormonoterapia, terapêutica biológica, imunoterapia), neoadjuvantes ou adjuvantes, que têm por finalidade reduzir o tamanho dos tumores, o risco de recorrência e/ou a progressão da doença. Ora, qualquer destas terapêuticas parece ser capaz de se refletir na qualidade de vida das pacientes (Ahles et al., 2005).

Dentro dessas terapêuticas, a quimioterapia é aquela que exerce um efeito mais marcado sobre a qualidade de vida das pacientes, sendo mesmo considerada como o pior fator no período pós-tratamento (Ganz et al., 2002). Apesar da maior magnitude dos efeitos da quimioterapia na qualidade de vida das pacientes, tanto a imunoterapia, como a hormonoterapia têm a capacidade de diminuir a qualidade de vida relacionada com a saúde. No caso da primeira, registam-se sintomas gripais (febre, náuseas, constipação, dores musculares, etc.), enquanto na segunda, é comum observarem-se mialgias, artralhas, diminuição da massa óssea, alteração do humor, fadiga, calores, secura vaginal, corrimento, coágulos de sangue, náuseas e, aumento da probabilidade de ocorrência de acidentes vasculares cerebrais e de cancros do útero (Saliman, 2013).

Por outro lado, realça-se que num estudo de Browall et al. (2008), as pacientes submetidas a radioterapia, comparativamente com as sujeitas a quimioterapia, apresentaram um melhor funcionamento físico e emocional, pese embora, os sintomas da mama e a dor localizada na área irradiada pareçam ser comuns a ambos os tipos de pacientes. Por fim, destaca-se que parece existir uma relação negativa entre a quantidade de terapias oncológicas a que as doentes são submetidas e a qualidade de vida.

Fisioterapia na Reabilitação da Mulher com Cancro da Mama

Na medida em que a reabilitação das mulheres submetidas a cirurgias no âmbito do cancro da mama é muito importante, a intervenção precoce fisioterapêutica parece ser fundamental para prevenir ou melhorar as complicações que advêm das terapias/tratamentos ao cancro da mama, mormente, linfedemas e limitações articulares (Lacomba et al., 2010). Silva, Derchain, Rezende, Cabello e Martinez (2004) também enfatizam o aspeto direto que a fisioterapia tem em termos preventivos, isto é, minimizando ou fazendo regredir as complicações pós-cirúrgicas e, conseqüentemente, promovendo uma adequada recuperação funcional e melhoria da qualidade de vida.

Tal como realçado por Yamamoto e Yamamoto (2007), dentro do âmbito do cancro da mama, os programas de fisioterapia devem ser realizados em todas as suas fases: pré-tratamento (ensino das doentes); durante o tratamento (quimioterapia, radioterapia, cirurgia, hormonoterapia e, imunoterapia); após o tratamento (período de seguimento) e; na recidiva da doença e nos cuidados paliativos. Naturalmente que, em cada uma dessas fases, é necessário conhecer e identificar as necessidades do paciente, os seus sintomas, as suas causas e o impacto desses nas atividades diárias.

Dentro deste contexto, parece assim existir um corpo amplamente aceite de evidências que sustenta os benefícios associados às intervenções fisioterapêuticas. Por exemplo, Yamamoto e Yamamoto (2007) realçam alguns desses benefícios em contexto pós-operatório: permite a eliminação ou o não surgimento de um problema articular inaceitável; facilita a integração do lado operado ao resto do corpo e as atividades quotidianas e; auxilia a prevenção de outras complicações comuns nesse tipo de pacientes. Por sua vez, Nagel, Bruggink, Wobbes e Strobbe (2003) realçam que a reeducação da cintura escapular e do membro superior é uma necessidade básica nas pacientes operadas ao cancro da mama (de modo a restabelecer-se o mais rapidamente possível a função do membro), isto, independentemente da técnica cirúrgica utilizada. Duarte (2010) destaca ainda a importância que as intervenções fisioterapêuticas precoces têm no contexto de tratamentos de radioterapia. Para este Autor, dado que para a realização dos tratamentos de radioterapia é necessário que as doentes tenham determinadas amplitudes de abdução (90°) e rotação externa, um apoio precoce fisioterapêutico poderá permitir a obtenção de uma posição de tratamento não dolorosa, evitando, por exemplo, que o início dos tratamentos radioterapêuticos sejam adiados por impossibilidade de posicionamento.

No âmbito da intervenção fisioterapêutica, a drenagem linfática manual apresenta-se como uma técnica de eleição para o tratamento dos linfedemas secundários que, alteram imagem corporal, causam desconforto físico, assim como, incapacidade funcional (Lacombe et al., 2010). Por sua vez, Fernandez e Serin (2006) realçam que a massagem das cicatrizes é bastante benéfica para prevenir ou melhorar as aderências cicatriciais, o estado da pele, a sensibilidade, assim como, a facilitação do movimento dos membros superiores, na medida em que se potencia uma maior mobilidade da pele. Sturgeon, Wetta-Hall, Hart, Good e Dakhil (2009), por seu lado, enfatizam os aspetos benéficos que as massagens terapêuticas têm sobre a qualidade de vida das mulheres com cancro da mama, sendo especialmente úteis para reduzir o impacto de alguns dos efeitos da quimioterapia e radioterapia, designadamente da ansiedade, dor, náusea e, qualidade do sono.

Não obstante, tal como mencionado anteriormente, a fisioterapia assuma, dentro do contexto do cancro da mama, um papel relevante em várias fases da doença, este parece ganhar um especial relevo no período pós-cirúrgico, onde, idealmente, as intervenções devem ser iniciadas logo que possível, ou seja, um ou dois dias pós-

cirurgia. Inicialmente, os exercícios são pouco intensos, podendo ser feitos no leito, sendo que, gradativamente passam a ser mais exigentes (em termos de resistência e sequência de exercícios) e começam a ser incorporados nas rotinas diárias. Tal aumento de intensidade acaba, naturalmente, por contribuir para a variação da pressão tecidual, promovendo uma melhoria da drenagem linfática, da amplitude de movimento, força muscular no braço e ombro, diminuição da dor e da hipomobilidade da coluna vertebral, em particular na zona cervical (Silva et al., 2004).

Por sua vez, a implementação de intervenções fisioterapêuticas de grupo - classes de movimento – tem, de um modo geral, um papel igualmente importante no aumento da capacidade funcional, independência e qualidade de vida das doentes, sendo que, tal como mencionado por Leduc (2008), este tipo de intervenção encontra-se contemplada nas linhas orientações do Consenso Europeu que rege a intervenção do fisioterapeuta numa fase pós-cirurgia ao cancro da mama. Este tipo de classes coletivas afigura-se como uma extensão das sessões fisioterapêuticas individuais, pelo que, os resultados procurados são semelhantes. Em suma, no geral, procura-se as melhorias da flexibilidade e mobilidade articular, da funcionalidade e autonomia, do alongamento e fortalecimento articular e, em particular, são trabalhados vários aspetos associados à prevenção do linfedema, principalmente, aqueles associados ao desenvolvimento dos ductos linfáticos colaterais nas regiões de ombros e omoplatas, na medida em que vão ter que se substituir aos canais lesados pela cirurgia (Nogueira, Guirro, Rinaldo & Palauro, 2005).

Em suma, de um modo geral, existem evidências consistentes de que as pacientes submetidas a tratamentos de fisioterapia readquirem mais rapidamente a amplitude dos seus movimentos, força, boa postura, coordenação, autoestima e, veem minimizadas as possíveis complicações pós-operatórias. A magnitude de tais intervenções parece ser de tal ordem que as doentes voltam mais rapidamente às suas atividades quotidianas, ocupacionais e desportivas e, por conseguinte, veem a sua qualidade de vida aumentar (Bendz & Olsén, 2002; Silva et al., 2004; Moreira & Manaia, 2005; Beurskens, Uden, Strobbe, Oostendorp & Wobbes, 2007; Cheema, Gaul, Lane & Fiatarone, 2008; Leduc, 2008; McNeely et al., 2010; Speck, Courneya, Masse, Duval & Schmitz, 2010).

Definição da Problemática

Por tudo o que foi exposto anteriormente e, na medida em que no Serviço de Medicina Física e Reabilitação do Hospital de Faro, não se encontra protocolada a realização de classes de movimentos, no âmbito da intervenção fisioterapêutica de doentes com cancro da mama submetidos a cirurgia, pretendeu-se com o presente estudo perceber o efeito que a implementação de tais classes poderia ter na reabilitação e qualidade de vida desses pacientes. Dito isto, em termos concretos, pretendeu-se averiguar se algumas facetas da qualidade de vida de doentes com cancro da mama, submetidos a cirurgia com esvaziamento ganglionar axilar, difeririam após diferentes tipos de intervenção fisioterapêutica, isto é, consoante tivessem sido submetidos ao procedimento protocolar do Serviço de Medicina Física e Reabilitação do Hospital de Faro ou, a um procedimento alternativo, consistindo na intervenção protocolar, acrescida de classes de movimento.

Metodologia

Participantes

A população do presente estudo é constituída por mulheres com cancro da mama, residentes no Algarve, submetidas a cirurgia com esvaziamento ganglionar axilar e seguidas no Serviço de Medicina Física e de Reabilitação, no departamento de fisioterapia do Hospital de Faro no ano 2013. Para além dos critérios de inclusão diretamente relacionados com as características da população supramencionada, foi tido em conta o facto das inquiridas terem que apresentar um domínio da língua portuguesa (oral e escrita) adequada para o preenchimento dos questionários. Note-se ainda que foram excluídos indivíduos que apresentassem outras patologias que, eventualmente, pudessem introduzir um viés nos resultados encontrados e/ou levar a um agravamento do estado de saúde das utentes (e.g. tendinites, artrites, artroses, especialmente a nível do ombro, assim como, da própria doença numa fase de metastização).

A amostra do presente estudo é não probabilística, por conveniência, sendo constituída por 50 indivíduos do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 33 e 86 anos ($M = 51,50$; $DP = 13,83$), sendo que no Quadro 1 é possível observarem-se algumas características sociodemográficas adicionais.

Quadro 1 – Caracterização sociodemográfica.

	N	%
Estado Civil		
Solteira	3	6
Viúva	6	12
Casada/União de facto	41	82
Grau de escolarização		
Inferior ao 1º Ciclo	4	8
1º Ciclo	9	18
2º Ciclo	7	14
3º Ciclo	8	16
Ensino Secundário	12	24
Ensino Superior	10	20
Número de filhos		
Nenhum	8	16
Um	18	36
Dois	17	34
Três	6	12
Quatro	1	2
Constituição do agregado familiar		
Filho(s) e marido	26	52
Marido	14	28
Pais	2	4
Outros	8	16
Tipo de Cancro		
Carcino ductal invasor	38	76
Carcinoma lobular invasor	9	18
Carcinoma ductal in situ	3	6
Tipo de cirurgia		
Conservadora	6	12
Mastectomia	44	88

Instrumentos

A recolha dos dados foi feita por via de questionários anónimos, de autorresposta, constituídos por três partes:

1. Questionário Sociodemográfico: este questionário, construído para o efeito, é constituído por oito questões (de resposta fechada) que pretendem caracterizar as inquiridas (idade; estado civil; grau de escolarização; número de filhos; rendimento; constituição do agregado familiar; tipo de cirurgia e; terapias oncológicas realizadas).
2. Questionário de Qualidade de Vida em Doentes Oncológicos – EORTC QLQ-C30: Esta escala, desenvolvida pela *European Organization for Research and Treatment of Cancer* pretende medir a qualidade de vida em doentes oncológicos, sendo constituída por 30 itens distribuídos em três grupos de escalas:
 - a) Subescalas Funcionais: Funcionamento Físico (itens 1, 2, 3, 4 e 5); Funcionamento Ocupacional (itens 6 e 7); Funcionamento Emocional

(itens 21, 22, 23 e 24); Funcionamento Cognitivo (itens 20 e 25); Funcionamento Social (itens 26 e 27).

b) Itens/Subescalas de Sintomas: Fadiga (itens 10, 12 e 18); Náusea e Vômito (itens 14 e 15); Dor (itens 9 e 19); Dispneia (item 8); Insónia (item 11); Perda de apetite (item 13); Obstipação (item 16); Diarreia (item 17); Dificuldades financeiras (item 28).

c) Estado Global de Saúde e Qualidade de Vida (itens 29 e 30).

A resposta a 28 dos 30 itens é dada segundo uma escala ordinal de quatro pontos (codificações de 1 a 4), que varia entre "não", "um pouco", "bastante" e "muito", sendo que as únicas exceções são observadas nos itens 29 e 30 (escala com 7 pontos). As pontuações das várias subescalas resultam da adição dos vários itens que lhes dão origem (escalas aditivas), sendo que nas subescalas funcionais e de sintomas, valores mais elevados correspondem a uma qualidade de vida inferior. Pelo contrário, na subescala denominada Estado Global de Saúde e Qualidade de Vida, valores mais elevados correspondem a uma melhor qualidade de vida.

3. Questionário de Qualidade de Vida em Doentes Oncológicos – Módulo do Cancro da Mama (QLQ-BR23): Esta escala, também desenvolvida pela *European Organization for Research and Treatment of Cancer* é um pouco mais específica que a anterior, isto é, pretende avaliar a qualidade de vida dos doentes com carcinoma da mama, sendo constituída por 23 itens distribuídos em dois grupos de escalas/itens:

a) Itens/subescalas Funcionais: Imagem Corporal (itens 9, 10, 11 e 12); Funcionamento Sexual (itens 14 e 15); Prazer Sexual (item 16); Perspetivas Futuras (item 13).

b) Itens/Subescalas de Sintomas: Efeitos da Terapêutica Sistémica (itens 1, 2, 3, 4, 6, 7 e 8); Sintomas da Mama (itens 20, 21, 22, e 23); Sintomas no braço (17, 18 e 19); Queda de Cabelo (item 5).

A resposta a todos os 23 itens é dada segundo uma escala ordinal de quatro pontos (codificações de 1 a 4), que varia entre "não", "um pouco", "bastante" e "muito". As pontuações das várias subescalas resultam igualmente da adição dos vários itens que lhes dão origem (escalas aditivas), sendo que na subescala de funcionamento sexual e no item relativo ao prazer sexual, valores mais elevados correspondem a uma qualidade

de vida superior, enquanto nas restantes subescalas/itens valores mais elevados correspondem a uma pior qualidade de vida.

Procedimentos

A operacionalização da parte empírica do presente estudo teve início no mês de Fevereiro de 2013, altura em se enviaram os pedidos formais de autorização ao Concelho de Administração e à Comissão de Ética do Hospital de Faro. Num segundo momento, após a receção das autorizações, fez-se um levantamento das potenciais utentes que poderiam vir a ser elegíveis para o presente estudo, sendo que para tal se recorreu a uma listagem das cirurgias (mastectomia e cirurgia conservadora) agendadas pelo bloco operatório. Posteriormente, isto é, entre os meses de Abril e Junho, após a realização dos procedimentos cirúrgicos, todas as utentes foram semanalmente encaminhadas para o Departamento de Fisioterapia do Serviço de Medicina Física de Reabilitação, onde, tendo-se em conta os critérios de inclusão/exclusão supramencionados, foram consideradas como sendo ou não elegíveis para o presente estudo. Às utentes que preenchiam os critérios de inclusão, foi-lhes fornecida uma breve explicação (oral e escrita) acerca do âmbito e objetivos do estudo, tendo sido enfatizado o aspeto voluntário e anónimo dos dados a recolher, assim como, o facto de que a não participação no estudo não prejudicaria a qualidade dos serviços recebidos.

Após o consentimento informado das utentes, estas foram divididas de forma aleatória simples em dois grupos (ambos com 25 indivíduos) designados como “grupo experimental” e “grupo de controlo”. As utentes do grupo experimental foram submetidas ao protocolo convencional de fisioterapia pós cirurgia ao cancro da mama, ou seja, duas semanas de sessões (10 sessões) de fisioterapia individual com a uma duração de aproximadamente 45 minutos e, adicionalmente, foram sujeitas a um tratamento designado de “classes de movimento”, que consistiu em mais duas semanas de sessões (10 sessões) de fisioterapia coletiva (3 a 6 utentes) com uma duração de aproximadamente 30 minutos. Por sua vez, no grupo de controlo, as utentes foram unicamente submetidas ao tratamento convencional de fisioterapia pós cirurgia ao cancro da mama protocolizado no Hospital de Faro (10 sessões de fisioterapia individual de $\pm 45'$).

Quanto à recolha dos dados propriamente dita (por questionário), esta ocorreu em dois momentos, ou seja, antes do início da primeira sessão da intervenção fisioterapêutica (decorridas três semanas da cirurgia) e no final da dita intervenção. Não

obstante o mencionado, realça-se que enquanto no grupo experimental a segunda aplicação das Escalas de qualidade de vida utilizadas coincidiu com o término da intervenção fisioterapêutica (passadas 4 semanas), no grupo de controlo, tal aplicação foi deliberadamente adiada por um período de duas semanas, por forma a coincidir com as mesmas quatro semanas do grupo experimental e, assim, minimizar-se a introdução de um viés temporal. O tempo de preenchimento dos questionários rondou os 10-15 minutos.

Os dados foram tratados recorrendo-se ao programa SPSS 20, sendo que para o efeito se considerou um nível de significância de 5% ($\alpha = ,05$) e se recorreu às seguintes ferramentas:

1. Diagramas de barras, medidas descritivas, de localização e dispersão;
2. Testes Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk: sempre que se pretendeu averiguar se a distribuição de uma amostra se ajustava à normalidade;
3. Teste de Mann-Whitney: Sempre que se pretendeu comparar a tendência central de uma variável "dependente" (distribuída de forma não normal) entre dois grupos independentes;
4. Teste t para grupos independentes: Sempre que se pretendeu comparar a média de uma variável "dependente" (normalmente distribuída) entre dois grupos independentes;
5. Teste de Wilcoxon: Sempre que se pretendeu comparar a tendência central de uma variável "dependente" (não seguindo uma distribuição normal) entre dois grupos dependentes/emparelhados;
6. Teste t para grupos dependentes: Sempre que se pretendeu comparar a média de uma variável "dependente" (normalmente distribuída) entre dois grupos dependentes/emparelhados;
7. Medidas de Magnitude de Efeito, que foram calculadas manualmente seguindo-se as recomendações de Field (2009):
 - a. Testes de Mann-Whitney e Wilcoxon: $r = \frac{z}{\sqrt{N}}$, note-se que no caso do teste de Wilcoxon, o N corresponde ao número de observações;
 - b. Teste t para amostras independentes e dependentes: $r = \sqrt{\frac{t^2}{t^2 + gl}}$.
8. As medidas de magnitude de efeito supramencionadas foram posteriormente interpretadas tendo em conta as sugestões de Cohen (1992, cit. por Field, 2009):

- $r = ,10$ (efeito fraco);
- $r = ,30$ (efeito moderado);
- $r = ,50$ (efeito forte).

Por fim, realça-se que, complementarmente, os resultados obtidos foram analisados tendo-se em conta o conceito de *diferença mínima com significado clínico* introduzido por Osoba, Rodrigues, Myles, Zee e Pater (1998). Segundo o estudo realizado a cabo pelos Autores supramencionados, as diferenças podem classificar-se em quatro categorias:

1. Diferenças inferiores a 5 pontos são consideradas insignificantes;
2. Diferenças que variam entre 5 e 10 pontos são consideradas fracas;
3. Diferenças que variam entre 10 e 20 pontos são consideradas moderadas;
4. Diferenças superiores a 20 pontos são consideradas fortes.

Resultados

Qualidade de Vida: Grupo Experimental vs Grupo de Controlo (1º Momento)

Ao analisarem-se os resultados obtidos pelas inquiridas na Escala de Qualidade de Vida (EORTC QLQ-C30) durante o primeiro momento de observação (Quadro 2), verifica-se que dentro das escalas funcionais, as que mais contribuem para um boa qualidade de vida, ou seja, as que apresentam médias mais elevadas, são as relativas ao Funcionamento Cognitivo e Funcionamento Físico. Por outro lado, a média mais baixa é encontrada no Funcionamento Social. Quando a análise recai sobre as escalas de sintomas, as médias mais elevadas, ou seja, mais problemáticas em termos de qualidade de vida, são as relativas à Dor, Dificuldades Financeiras e Insónia. Por sua vez, dentro dessas escalas, as médias mais baixas observam-se na Dispneia e na Diarreia. Realça-se ainda que, em ambos os grupos em comparação, a média observada do Estado Global de Saúde é relativamente baixa.

Ainda no mesmo Quadro, verifica-se que ao comparar-se a tendência central das 15 escalas extraídas do QLQ-C30, entre o grupo experimental (indivíduos que iam ser submetidos às classes de movimento) e o grupo de controlo (indivíduos que não iam ser submetidos às classes de movimento), durante o primeiro momento de observação, unicamente se encontram diferenças estatisticamente significativas nas escalas de Funcionamento Emocional ($U = 201,5; p = ,030$) e Funcionamento Social ($U = 208,5; p = ,036$). Deste modo, pôde concluir-se que os indivíduos selecionados para serem

submetidos às classes de movimento apresentaram um Funcionamento Emocional ($Mdn = 41,67$; $M = 42,00$; $DP = 19,76$) e Social ($Mdn = 33,33$; $M = 38,00$; $DP = 29,86$) inferior ao dos elementos do grupo de controlo ($Mdn = 50,00$; $M = 54,33$; $DP = 19,71$ e $Mdn = 66,67$; $M = 54,67$; $DP = 24,31$ respetivamente). Note-se ainda que em ambos os casos a magnitude dos efeitos observados pode ser considerada moderada ($r = -,31$ e $r = -,30$ respetivamente).

Quadro 2 - Comparação da qualidade de vida (EORTC QLQ-C30) entre indivíduos com e sem classes de movimento durante o primeiro momento de observação.

	Grupo	Mediana	Média	Desvio			<i>R</i>
				Padrão	<i>U/t</i>	<i>p</i>	
Estado Global de Saúde	Com classe de movimento	25,00	32,33	14,70	241,5/-	,163	-,20
	Sem classe de movimento	41,67	38,00	16,68			
Funcionamento Físico	Com classe de movimento	80,00	77,07	14,67	293,0/-	,701	-,05
	Sem classe de movimento	80,00	70,93	22,10			
Funcionamento Ocupacional	Com classe de movimento	66,67	54,67	16,33	268,5/-	,356	-,13
	Sem classe de movimento	50,00	48,67	24,02			

Notas: *U* - Estatística de Mann-Whitney; *t* - Estatística t para amostras independentes; *p* - Probabilidade de significância bilateral; *r* - Magnitude de efeito.

Quadro 2 (Cont.) - Comparação da qualidade de vida (EORTC QLQ-C30) entre indivíduos com e sem classes de movimento durante o primeiro momento de observação.

	Grupo	Mediana	Média	Desvio			<i>R</i>
				Padrão	<i>U/t</i>	<i>p</i>	
Funcionamento Emocional	Com classe de movimento	41,67	42,00	19,76	201,5/-	,030	-,31
	Sem classe de movimento	50,00	54,33	19,71			
Funcionamento Cognitivo	Com classe de movimento	83,33	83,33	18,63	285,0/-	,569	-,08
	Sem classe de movimento	83,33	77,33	25,86			
Funcionamento Social	Com classe de movimento	33,33	38,00	29,86	208,5/-	,036	-,30
	Sem classe de movimento	66,67	54,67	24,31			
Fadiga	Com classe de movimento	33,33	34,67	19,59	-/-1,12	,268	,17
	Sem classe de movimento	33,33	42,22	27,40			
Náusea e Vômito	Com classe de movimento	33,33	26,00	23,61	248,5/-	,186	-,19
	Sem classe de movimento	0,00	21,33	32,82			
Dor	Com classe de movimento	50,00	51,33	22,01	257,5/-	,264	-,16
	Sem classe de movimento	66,67	57,33	23,11			
Dispneia	Com classe de movimento	0,00	6,67	16,67	312,5/-	1,000	,00
	Sem classe de movimento	0,00	6,67	16,67			
Insónia	Com classe de movimento	33,33	36,00	23,41	275,0/-	,432	-,11
	Sem classe de movimento	33,33	44,00	34,32			
Perda de Appetite	Com classe de movimento	33,00	36,00	27,08	260,0/-	,279	-,15
	Sem classe de movimento	0,00	28,00	32,89			
Obstipação	Com classe de movimento	0,00	33,33	37,27	294,5/-	,705	-,05
	Sem classe de movimento	33,33	28,00	32,89			
Diarreia	Com classe de movimento	0,00	13,33	25,46	275,0/-	,276	-,15
	Sem classe de movimento	0,00	6,67	19,25			
Dificuldades Financeiras	Com classe de movimento	33,33	45,33	40,69	279,0/-	,497	-,10
	Sem classe de movimento	33,33	36,00	30,31			

Notas: *U* - Estatística de Mann-Whitney; *t* - Estatística t para amostras independentes; *p* - Probabilidade de significância bilateral; *r* - Magnitude de efeito.

No quadro 3, pode observar-se que ao analisarem-se os resultados obtidos pelas inquiridas no módulo adicional, QLQ-BR23, relativo ao cancro da mama, ainda durante o primeiro momento de observação, verifica-se que dentro das escalas funcionais, as que mais contribuem para um boa qualidade de vida são as relativas às Perspetivas Futuras e Imagem Corporal, sendo que a tendência central mais baixa é encontrada no Funcionamento Sexual. Por outro lado, quando se analisam as escalas de sintomas, a média mais elevada é encontrada na Queda de Cabelo, sendo a mais baixa observada nos Efeitos da Terapêutica Sistémica.

Finalmente, ao comparar-se a tendência central das oito escalas extraídas do QLQ-BR23, entre o grupo experimental (indivíduos que iam ser submetidos às classes de movimento) e o grupo de controlo (indivíduos que não iam ser submetidos às classes de movimento), durante o primeiro momento de observação, unicamente se encontram diferenças estatisticamente significativas na escala relativa à Imagem Corporal ($t = 3,30$; $p = ,002$). Desta forma, observou-se que os indivíduos selecionados para serem submetidos às classes de movimento apresentaram um Funcionamento Emocional ($Mdn = 75,00$; $M = 72,00$; $DP = 24,40$) superior ao dos restantes ($Mdn = 50,00$; $M = 50,00$; $DP = 22,69$) e que, a magnitude desse efeito é moderada ($r = -,43$).

Quadro 3 - Comparação da qualidade de vida (EORTC QLQ-BR23) entre indivíduos com e sem classes de movimento durante o primeiro momento de observação.

	Grupo	Mediana	Média	Desvio			
				Padrão	<i>U/t</i>	<i>p</i>	<i>R</i>
Imagem Corporal	Com classe de movimento	75,00	72,00	24,40	-3,30	,002	-,43
	Sem classe de movimento	50,00	50,00	22,69			
Funcionamento Sexual	Com classe de movimento	16,67	16,67	15,21	630,0/-	,874	-,02
	Sem classe de movimento	16,67	17,33	16,30			
Prazer Sexual	Com classe de movimento	33,33	19,44	17,16	138,0/-	,397	-,17
	Sem classe de movimento	33,33	25,00	15,08			
Perspetivas Futuras	Com classe de movimento	100,00	90,67	18,05	592,5/-	,282	-,15
	Sem classe de movimento	100,00	86,67	16,67			
Efeitos da Terapêutica Sistémica	Com classe de movimento	23,81	28,76	22,27	617,0/-	,689	-,06
	Sem classe de movimento	14,29	27,24	27,10			
Sintomas da Mama	Com classe de movimento	41,67	46,33	12,75	624,0/-	,790	-,04
	Sem classe de movimento	50,00	47,67	17,92			
Sintomas no Braço	Com classe de movimento	44,44	46,22	17,47	-0,00	1,000	,00
	Sem classe de movimento	44,44	46,22	19,16			
Queda de Cabelo	Com classe de movimento	100,00	74,36	36,40	78,0/-	,418	-,18
	Sem classe de movimento	66,67	58,33	46,29			

Notas: *U* - Estatística de Mann-Whitney; *t* - Estatística t para amostras independentes; *p* - Probabilidade de significância bilateral; *r* - Magnitude de efeito.

Qualidade de Vida: Grupo Experimental vs Grupo de Controlo (2º Momento)

Ao analisarem-se os resultados obtidos pelas inquiridas na Escala de Qualidade de Vida (EORTC QLQ-C30) durante o segundo momento de observação (Quadro 4), verifica-se que considerando as escalas funcionais, as que apresentam médias mais elevadas, isto é, as que mais contribuem para uma boa qualidade de vida, continuam a ser as relativas ao Funcionamento Cognitivo e Funcionamento Físico. Quanto à média mais baixa, também à semelhança do que se observou no primeiro momento de observação, esta pôde observar-se no Funcionamento Social. Quando a análise recai sobre as escalas de sintomas, as médias mais problemáticas em termos de qualidade de vida (mais elevadas), são as relativas à Dor, Fadiga, Náusea e Vômito e Insónia. Por outro lado, dentro dessas escalas, a média mais baixa observa-se na Dispneia. Realça-se ainda que, em ambos os grupos em comparação, a média observada do Estado Global de Saúde é baixa.

Ainda no Quadro 4, observa-se que ao comparar-se a tendência central das 15 escalas extraídas do QLQ-C30, entre o grupo experimental (indivíduos que iam ser submetidos às classes de movimento) e o grupo de controlo (indivíduos que não iam ser submetidos às classes de movimento), durante o segundo momento de observação, não se encontraram quaisquer diferenças estatisticamente significativas. Não obstante o mencionado, realça-se uma diferença marginalmente significativa na escala de Diarreia ($U = 225,5$; $p = ,055$), sendo que se observou que os indivíduos submetidos às classes de movimento apresentaram uma tendência central inferior ($Mdn = 0,00$; $M = 13,33$; $DP = 25,46$) à dos elementos do grupo de controlo ($Mdn = 33,33$; $M = 29,33$; $DP = 32,38$), sendo a magnitude de efeito das diferenças observadas relativamente modesta ($r = -,27$).

Quadro 4 - Comparação da qualidade de vida (EORTC QLQ-C30) entre indivíduos com e sem classes de movimento durante o segundo momento de observação.

	Grupo	Mediana	Média	Desvio			
				Padrão	<i>U/t</i>	<i>p</i>	<i>R</i>
Estado Global de Saúde	Com classe de movimento	16,67	22,33	8,91	295,5/-	,716	-,05
	Sem classe de movimento	16,67	20,67	9,95			
Funcionamento Físico	Com classe de movimento	60,00	59,47	14,00	-/0,8	,424	,12
	Sem classe de movimento	60,00	56,00	16,33			
Funcionamento Ocupacional	Com classe de movimento	33,33	30,00	13,61	277,0/-	,340	-,13
	Sem classe de movimento	33,33	26,00	13,68			
Funcionamento Emocional	Com classe de movimento	25,00	28,00	11,51	302,5/-	,842	-,03
	Sem classe de movimento	33,33	29,33	11,06			
Funcionamento Cognitivo	Com classe de movimento	66,67	71,33	15,61	266,0/-	,349	-,13
	Sem classe de movimento	66,67	65,33	20,37			
Funcionamento Social	Com classe de movimento	33,33	23,33	17,35	256,0/-	,183	-,19
	Sem classe de movimento	33,33	30,00	10,76			
Fadiga	Com classe de movimento	77,78	72,89	16,06	234,0/-	,119	-,22
	Sem classe de movimento	66,67	66,22	14,87			
Náusea e Vômito	Com classe de movimento	50,00	57,33	28,09	292,0/-	,685	-,06
	Sem classe de movimento	50,00	58,00	28,10			
Dor	Com classe de movimento	83,33	82,67	15,58	267,0/-	,346	-,13
	Sem classe de movimento	66,67	78,67	16,33			
Dispneia	Com classe de movimento	0,00	6,67	16,67	310,5/-	,951	-,01
	Sem classe de movimento	0,00	5,33	12,47			
Insónia	Com classe de movimento	33,33	45,33	25,24	282,5/-	,525	-,09
	Sem classe de movimento	33,33	50,67	23,80			
Perda de Appetite	Com classe de movimento	33,33	42,67	18,05	294,5/-	,698	-,05
	Sem classe de movimento	33,33	40,00	27,22			
Obstipação	Com classe de movimento	33,33	25,33	29,31	272,0/-	,402	-,12
	Sem classe de movimento	33,33	33,33	33,33			
Diarreia	Com classe de movimento	0,00	13,33	25,46	225,5/-	,055	-,27
	Sem classe de movimento	33,33	29,33	32,38			
Dificuldades Financeiras	Com classe de movimento	33,33	44,00	41,63	304,5/-	,872	-,02
	Sem classe de movimento	33,33	40,00	30,43			

Notas: *U* - Estatística de Mann-Whitney; *t* - Estatística t para amostras independentes; *p* - Probabilidade de significância bilateral; *r* - Magnitude de efeito.

No quadro 5, pode observar-se que ao analisarem-se os resultados obtidos pelas inquiridas no módulo adicional, QLQ-BR23, relativo ao cancro da mama, desta feita, durante o segundo momento de observação, verifica-se que dentro das escalas funcionais, à semelhança do que já se observara na primeira observação, as que mais contribuem para um boa qualidade de vida são as relativas às Perspetivas Futuras e Imagem Corporal. Dentro destas escalas, também neste caso, a tendência central mais baixa foi encontrada no Funcionamento Sexual. Por fim, relativamente às escalas de sintomas, a média mais elevada é encontrada na Queda de Cabelo, sendo a mais baixa observada nos Sintomas no Braço.

Por fim, ao comparar-se a tendência central das oito escalas extraídas do QLQ-BR23, entre o grupo experimental (indivíduos submetidos às classes de movimento) e o

grupo de controlo, durante o segundo momento de observação, encontraram-se diferenças estatisticamente significativas em várias escalas: a tendência central da Imagem Corporal do grupo experimental ($Mdn = 83,33$; $M = 81,67$; $DP = 16,32$) é significativamente superior ($U = 203,0$; $p = ,031$) à do grupo de controlo ($Mdn = 66,67$ $M = 70,33$; $DP = 19,41$); a tendência central do Funcionamento Sexual do grupo experimental ($Mdn = 0,00$; $M = 8,00$; $DP = 11,90$) é significativamente superior ($U = 226,5$; $p = ,021$) à do grupo de controlo ($Mdn = 0,00$; $M = 2,00$; $DP = 7,33$); a tendência central dos Sintomas da Mama do grupo experimental ($Mdn = 25,00$; $M = 23,00$; $DP = 8,43$) é significativamente inferior ($U = 127,5$; $p < ,001$) à do grupo de controlo ($Mdn = 33,33$; $M = 37,33$; $DP = 14,05$); a tendência central dos Sintomas no Braço do grupo experimental ($Mdn = 22,22$; $M = 23,11$; $DP = 8,44$) é significativamente inferior ($U = 190,5$; $p = ,012$) à do grupo de controlo ($Mdn = 33,33$; $M = 33,33$; $DP = 16,67$). Quanto às magnitudes de efeito das diferenças observadas, elas oscilam entre o moderado, no casos da Imagem Corporal, Funcionamento Sexual e Sintomas no Braço ($r = -,31$; $r = -,33$ e; $r = -,36$ respetivamente) e, o forte, no caso dos Sintomas da Mama ($r = -,52$).

Quadro 5 - Comparação da qualidade de vida (EORTC QLQ-BR23) entre indivíduos com e sem classes de movimento durante o segundo momento de observação.

	Grupo	Mediana	Média	Desvio			R
				Padrão	U/t	p	
Imagem Corporal	Com classe de movimento	83,33	81,67	16,32	203,0/-	,031	-,31
	Sem classe de movimento	66,67	70,33	19,41			
Funcionamento Sexual	Com classe de movimento	0,00	8,00	11,90	226,5/-	,021	-,33
	Sem classe de movimento	0,00	2,00	7,33			
Prazer Sexual	Com classe de movimento	33,33	20,83	17,25	1,5/-	,264	-,37
	Sem classe de movimento	0,00	,00	*			
Perspetivas Futuras	Com classe de movimento	100,00	96,00	14,66	311,5/-	,967	-,01
	Sem classe de movimento	100,00	97,33	9,23			
Efeitos da Terapêutica Sistémica	Com classe de movimento	42,86	48,76	19,60	-/0,00	1,000	,00
	Sem classe de movimento	42,86	48,76	16,40			
Sintomas da Mama	Com classe de movimento	25,00	23,00	8,43	127,5/-	<,001	-,52
	Sem classe de movimento	33,33	37,33	14,05			
Sintomas no Braço	Com classe de movimento	22,22	23,11	8,44	190,5/-	,012	-,36
	Sem classe de movimento	33,33	33,33	16,67			
Queda de Cabelo	Com classe de movimento	100,00	93,06	13,83	285,5/-	,942	-,01
	Sem classe de movimento	100,00	91,67	17,72			

Notas: U - Estatística de Mann-Whitney; t - Estatística t para amostras independentes; p - Probabilidade de significância bilateral; r - Magnitude de efeito; * n = 1 pelo que não foi possível calcular o DP.

Qualidade de Vida: 1º Momento vs 2º Momento (Grupo Experimental)

Ao compararem-se os resultados obtidos pelas inquiridas do grupo experimental (com classes de movimento) no EORTC QLQ-C30, entre o primeiro e segundo momento de observação (Quadro 6), verifica-se que todas as escalas funcionais, assim como, o Estado Global de Saúde apresentam diferenças estatisticamente significativas entre os dois momentos em análise. Deste modo, tais indicadores sugerem um decréscimo significativo da Qualidade de Vida entre o primeiro e segundo momento de observação, sendo a magnitude de tais efeitos mais acentuada - forte - no caso do Funcionamento Físico ($r = -,61$), Funcionamento Ocupacional ($r = -,58$) e Estado Global de Saúde ($r = -,54$). No caso do Funcionamento Social ($r = -,41$), Funcionamento Emocional ($r = -,40$) e, Cognitivo ($r = -,37$) as magnitudes das diferenças observadas podem considerar-se moderadas.

Pôde igualmente observar-se que ao fazer-se o mesmo tipo de análise, porém considerando as escalas de sintomas, as diferenças entre os dois momentos em comparação são menos evidentes. De facto, das oito escalas de sintomas do QLQ-C30, só se encontraram diferenças estatisticamente significativas em três, a saber, na Fadiga ($t = -10,52$; $p < ,001$), nas Náuseas e Vômitos ($z = -3,52$; $p < ,001$) e na Dor ($z = -4,15$; $p < ,001$). Dado que a tendência central de tais variáveis aumentou entre o primeiro e o segundo momento de observação, tal também sugere uma diminuição da Qualidade de Vida, sendo a magnitude desses efeitos forte ($r = ,91$ na Fadiga; $r = -,59$ na Dor e; $r = -,50$ no caso da Náusea e Vômito).

Por outro lado, quando se analisam as diferenças mínimas com significado clínico pode verificar-se que todas as escalas funcionais apresentam diferenças moderadas. Quanto às diferenças nas escalas de sintomas, excetuando as da Dispneia, Diarreia e Dificuldades Financeiras que não apresentam diferenças mínimas com significado clínica, as restantes apresentam diferenças que oscilam entre o fraco (Insónia, Perda de Apetite e, Obstipação) e o forte (Fadiga, Náusea e Vômito e, Dor).

Quadro 6 - Comparação da qualidade de vida (EORTC QLQ-C30), dos indivíduos submetidos a classes de movimento, entre o primeiro e segundo momento de observação.

	Grupo	Mediana	Média	Desvio			
				Padrão	<i>z/t</i>	<i>p</i>	<i>r</i>
Estado Global de Saúde	1º Momento	25,00	32,33	14,70	-3,80/-	<,001	-,54
	2º Momento	16,67	22,33	8,91			
Funcionamento Físico	1º Momento	80,00	77,07	14,67	-4,34/-	<,001	-,61
	2º Momento	60,00	59,47	14,00			
Funcionamento Ocupacional	1º Momento	66,67	54,67	16,33	-4,09/-	<,001	-,58
	2º Momento	33,33	30,00	13,61			

Notas: *z* - Estatística de Wilcoxon; *t* - Estatística t para amostras dependentes; *p* - Probabilidade de significância bilateral; *r* - Magnitude de efeito.

Quadro 6 (Cont.) - Comparação da qualidade de vida (EORTC QLQ-C30), dos indivíduos submetidos a classes de movimento entre o primeiro e segundo momento de observação.

	Grupo	Mediana	Média	Desvio			
				Padrão	<i>z/t</i>	<i>p</i>	<i>r</i>
Funcionamento Emocional	1º Momento	41,67	42,00	19,76	-2,85/-	,004	-,40
	2º Momento	25,00	28,00	11,51			
Funcionamento Cognitivo	1º Momento	83,33	83,33	18,63	-2,65/-	,008	-,37
	2º Momento	66,67	71,33	15,61			
Funcionamento Social	1º Momento	33,33	38,00	29,86	-2,88/-	,004	-,41
	2º Momento	33,33	23,33	17,35			
Fadiga	1º Momento	33,33	34,67	19,59	-/-10,52	<,001	,91
	2º Momento	77,78	72,89	16,06			
Náusea e Vômito	1º Momento	33,33	26,00	23,61	-3,52/-	<,001	-,50
	2º Momento	50,00	57,33	28,09			
Dor	1º Momento	50,00	51,33	22,01	-4,15/-	<,001	-,59
	2º Momento	83,33	82,67	15,58			
Dispneia	1º Momento	,00	6,67	16,67	,00/-	1,000	,00
	2º Momento	,00	6,67	16,67			
Insônia	1º Momento	33,33	36,00	23,41	-1,70/-	,090	-,24
	2º Momento	33,33	45,33	25,24			
Perda de Apetite	1º Momento	33,33	36,00	27,08	-1,16/-	,244	-,16
	2º Momento	33,33	42,67	18,05			
Obstipação	1º Momento	,00	33,33	37,27	-1,05/-	,292	-,15
	2º Momento	33,33	25,33	29,31			
Diarreia	1º Momento	,00	13,33	25,46	-,09/-	,927	-,01
	2º Momento	,00	13,33	25,46			
Dificuldades Financeiras	1º Momento	33,33	45,33	40,69	-,45/-	,655	-,06
	2º Momento	33,33	44,00	41,63			

Notas: *z* - Estatística de Wilcoxon; *t* - Estatística t para amostras dependentes; *p* - Probabilidade de significância bilateral; *r* - Magnitude de efeito.

No Quadro 7, podem observar-se os resultados obtidos após a comparação da tendência central das escalas do QLQ-BR23, entre o primeiro e segundo momento de observação, considerando unicamente os participantes que realizaram as classes de movimento (grupo experimental). Deste modo, verifica-se que em três das quatro escalas funcionais, se encontraram diferenças estatisticamente significativas, mais

concretamente, na Imagem Corporal ($z = -3,03$; $p = ,002$; $r = -,43$), no Funcionamento Sexual ($z = -2,16$; $p = ,031$; $r = -,31$) e nas Perspetivas Futuras ($z = -2,00$; $p = ,046$; $r = -,46$), podendo a magnitude dos efeitos observados considerarem-se moderados. Deste modo, observou-se que, enquanto indicadores de Qualidade de Vida, a Imagem Corporal e as Perspetivas Futuras sofreram melhorias entre o primeiro e o segundo momento de observação, enquanto o decréscimo observado no Funcionamento Sexual contribuiu negativamente para a Qualidade de Vida.

No mesmo Quadro, pode observar-se que ao fazer-se o mesmo tipo de análise, porém, considerando desta feita as escalas de sintomas, as diferenças entre os dois momentos em comparação são igualmente evidentes: as escalas de Efeitos da Terapêutica Sistémica ($t = -6,48$; $p < ,001$; $r = -,80$), Sintomas da Mama ($z = -4,30$; $p < ,001$; $r = -,61$) e Sintomas no Braço ($z = -4,07$; $p < ,001$; $r = -,58$) apresentaram diferenças estatisticamente significativas e magnitudes de efeito fortes, enquanto a relativa à Queda de Cabelo apresentou diferenças marginalmente significativas e uma magnitude de efeito moderada ($z = -1,91$; $p = ,056$; $r = -,38$). Em concreto, os dados sugerem que, por um lado, o aumento da tendência central das escalas dos Efeitos da Terapêutica Sistémica e da Queda de Cabelo contribuíram para um decréscimo da Qualidade de Vida entre o primeiro e o segundo momento de observação, por outro, a diminuição da tendência central dos Sintomas da Mama e Sintomas no Braço contribuíram positivamente para um aumento da Qualidade de vida entre os dois momentos em observação.

Por fim, ao analisarem-se as diferenças mínimas com significado clínico pôde verificar-se que, dentro das escalas funcionais (excetuando a escala de Prazer Sexual, onde só se obtiveram dados de cinco participantes), se encontraram diferenças mínimas fracas nas Perspetivas Futuras, Funcionamento Sexual e Imagem Corporal. Por sua vez, as diferenças nas escalas de sintomas, isto é, nos Efeitos da Terapêutica Sistémica, nos Sintomas da Mama, nos Sintomas do Braço e na Queda de Cabelo foram bastante mais acentuadas, isto é, fortes.

Quadro 7 - Comparação da qualidade de vida (EORTC QLQ-BR23), dos indivíduos submetidos a classes de movimento, entre o primeiro e segundo momento de observação.

	Grupo	Mediana	Média	Desvio			
				Padrão	<i>z/t</i>	<i>p</i>	<i>r</i>
Imagem Corporal	1º Momento	75,00	72,00	24,40	-3,03/-	,002	-,43
	2º Momento	83,33	81,67	16,32			
Funcionamento Sexual	1º Momento	16,67	16,67	15,21	-2,16/-	,031	-,31
	2º Momento	,00	8,00	11,90			
Prazer Sexual	1º Momento	33,33	20,00 ^a	18,26	,00/-	1,000	,00
	2º Momento	33,33	20,00 ^a	18,26			
Perspetivas Futuras	1º Momento	100,00	90,67	18,05	-2,00/-	,046	-,28
	2º Momento	100,00	96,00	14,66			
Efeitos da Terapêutica Sistêmica	1º Momento	23,81	28,76	22,27	-/-6,48	<,001	,80
	2º Momento	42,86	48,76	19,60			
Sintomas da Mama	1º Momento	41,67	46,33	12,75	-4,30/-	<,001	-,61
	2º Momento	25,00	23,00	8,43			
Sintomas no Braço	1º Momento	44,44	46,22	17,47	-4,07/-	<,001	-,58
	2º Momento	22,22	23,11	8,44			
Queda de Cabelo	1º Momento	100,00	74,36	36,40	-1,91/-	,056	-,38
	2º Momento	100,00	97,44	9,25			

Notas: *z* - Estatística de Wilcoxon; *t* - Estatística t para amostras dependentes; *p* - Probabilidade de significância bilateral; *r* - Magnitude de efeito.

Qualidade de Vida: 1º Momento vs 2º Momento (Grupo de Controlo)

Ao compararem-se os resultados obtidos pelas inquiridas do grupo de controlo no EORTC QLQ-C30, entre o primeiro e segundo momento de observação (Quadro 8), à semelhança do que se observou com o grupo experimental, verifica-se que todas as escalas funcionais, assim como, o Estado Global de Saúde apresentam diferenças estatisticamente significativas entre os dois momentos em análise. Destaca-se assim, que também neste grupo os indicadores supramencionados sugerem um decréscimo significativo da Qualidade de Vida entre o primeiro e segundo momento de observação. Quanto às magnitudes de tais efeitos, verificou-se que neste grupo elas parecem mais acentuadas, ou seja, observaram-se magnitudes fortes no Estado Global de Saúde ($r = -,60$), Funcionamento Emocional ($r = -,60$), Funcionamento Físico ($r = -,59$), Funcionamento Social ($r = -,56$) e, Funcionamento Ocupacional ($r = -,52$), sendo que no Funcionamento Cognitivo ($r = -,35$) a magnitude observada foi moderada.

Por outro lado, no mesmo Quadro, pode observar-se que ao fazer-se o mesmo tipo de análise, porém considerando as escalas de sintomas, as diferenças entre os dois momentos em comparação são também mais evidentes neste grupo do que no experimental e, na medida em que existiu um aumento da tendência central de algumas dessas escalas, conclui-se igualmente que houve uma diminuição da Qualidade de Vida

entre os dois momentos. Deste modo, encontraram-se diferenças estatisticamente em cinco das oito escalas de sintomas do QLQ-C30, a saber: na Fadiga ($z = -3,98$; $p < ,001$; $r = -,56$); nas Náuseas e Vômitos ($z = -4,14$; $p < ,001$; $r = -,59$); na Dor ($z = -3,72$; $p < ,001$; $r = -,53$); na Perda de Apetite ($z = -2,50$; $p = ,013$; $r = -,35$) e; na Diarreia ($z = -2,85$; $p = ,004$; $r = -,40$). Quanto à magnitude de efeito das diferenças realçadas, nas três primeiras escalas supramencionadas essa é forte, enquanto nas duas restantes é moderada.

Tendo desta feita em conta as diferenças mínimas com significado clínico pôde verificar-se que todas as escalas funcionais apresentam diferenças desse tipo, oscilando as ditas entre o moderado (Estado Global de Saúde, Funcionamento Físico, Cognitivo e Social) e o forte (Funcionamento Ocupacional, Emocional e Social). Dentro das escalas de sintomas, observou-se que excetuando as relativas à Dispneia e Dificuldades Financeiras, todas as restantes apresentaram diferenças mínimas com significado clínico, tendo essas oscilado entre o fraco (Insónia e Obstipação), moderado (Perda de Apetite) e forte (Fadiga, Náusea e vômito, Dor e Diarreia).

Quadro 8 - Comparação da qualidade de vida (EORTC QLQ-C30), dos indivíduos sem classes de movimento, entre o primeiro e segundo momento de observação.

	Grupo	Mediana	Média	Desvio			
				Padrão	z/t	p	r
Estado Global de Saúde	1º Momento	41,67	38,00	16,68	-4,25/-	<,001	-,60
	2º Momento	16,67	20,67	9,95			
Funcionamento Físico	1º Momento	80,00	70,93	22,10	-4,17/-	<,001	-,59
	2º Momento	60,00	56,00	16,33			
Funcionamento Ocupacional	1º Momento	50,00	48,67	24,02	-3,66/-	<,001	-,52
	2º Momento	33,33	26,00	13,68			
Funcionamento Emocional	1º Momento	50,00	54,33	19,71	-4,21/-	<,001	-,60
	2º Momento	33,33	29,33	11,06			
Funcionamento Cognitivo	1º Momento	83,33	77,33	25,86	-2,50/-	,013	-,35
	2º Momento	66,67	65,33	20,37			
Funcionamento Social	1º Momento	66,67	54,67	24,31	-3,94/-	<,001	-,56
	2º Momento	33,33	30,00	10,76			
Fadiga	1º Momento	33,33	42,22	27,40	-3,98/-	<,001	-,56
	2º Momento	66,67	66,22	14,87			
Náusea e Vômito	1º Momento	,00	21,33	32,82	-4,14/-	<,001	-,59
	2º Momento	50,00	58,00	28,10			
Dor	1º Momento	66,67	57,33	23,11	-3,72/-	<,001	-,53
	2º Momento	66,67	78,67	16,33			
Dispneia	1º Momento	,00	6,67	16,67	-,38/-	,705	-,05
	2º Momento	,00	5,33	12,47			
Insónia	1º Momento	33,33	44,00	34,32	-1,50/-	,134	-,21
	2º Momento	33,33	50,67	23,80			
Perda de Apetite	1º Momento	,00	28,00	32,89	-2,50/-	,013	-,35
	2º Momento	33,33	40,00	27,22			
Obstipação	1º Momento	33,33	28,00	32,89	-,84/-	,400	-,12
	2º Momento	33,33	33,33	33,33			

Diarreia	1º Momento	,00	6,67	19,25	-2,85/-	,004	-,40
	2º Momento	33,33	29,33	32,38			
Dificuldades Financeiras	1º Momento	33,33	36,00	30,31	-1,34/-	,180	-,19
	2º Momento	33,33	40,00	30,43			

Notas: z - Estatística de Wilcoxon; t - Estatística t para amostras dependentes; p - Probabilidade de significância bilateral; r - Magnitude de efeito.

Por fim, no Quadro 9 é possível observar-se os resultados obtidos após a comparação da tendência central das escalas do QLQ-BR23, entre o primeiro e segundo momento de observação, considerando exclusivamente as inquiridas do grupo de controlo. Deste modo, observaram-se diferenças estatisticamente significativas nas seguintes escalas funcionais: Imagem Corporal ($z = -3,85$; $p < ,001$; $r = -,54$); Funcionamento Sexual ($z = -3,36$; $p = ,001$; $r = -,47$) e nas Perspetivas Futuras ($z = -2,53$; $p = ,011$; $r = -,36$), oscilando as magnitudes de efeito entre o forte (no primeiro caso) e moderado (restantes escalas). Assim, verificou-se que, enquanto indicadores de Qualidade de Vida, a Imagem Corporal e as Perspetivas Futuras sofreram melhorias entre o primeiro e o segundo momento de observação, enquanto o decréscimo observado no Funcionamento Sexual contribuiu negativamente para a Qualidade de Vida. Note-se ainda que, devido ao facto de no segundo momento de observação só existir uma observação na Escala de Prazer Sexual, não se pôde realizar qualquer teste de hipóteses.

No mesmo Quadro, pode observar-se que ao fazer-se o mesmo tipo de análise, porém, considerando desta feita as escalas de sintomas, as diferenças entre os dois momentos em comparação são igualmente evidentes: as escalas de Efeitos da Terapêutica Sistémica ($z = -4,02$; $p < ,001$; $r = -,57$), Sintomas da Mama ($t = -3,43$; $p = ,002$; $r = -,57$) e Sintomas no Braço ($z = -3,42$; $p = ,001$; $r = -,48$) apresentaram diferenças estatisticamente significativas e magnitudes de efeito fortes, porém, menos acentuadas do que no grupo experimental. Por conseguinte, os dados sugerem que, por um lado, o aumento da tendência central da escala dos Efeitos da Terapêutica Sistémica contribuíram para um decréscimo da Qualidade de Vida entre o primeiro e o segundo momento de observação, enquanto por outro, a diminuição da tendência central dos Sintomas da Mama e Sintomas no Braço contribuíram positivamente para um aumento da Qualidade de vida entre os dois momentos em observação.

Quanto às diferenças mínimas com significado clínico pôde verificar-se que, dentro das escalas funcionais (excetuando a escala de Prazer Sexual, onde só se obtiveram dados de um participante), foram encontradas diferenças mínimas moderadas

no Funcionamento Sexual e nas Perspetivas Futuras, enquanto na Imagem Corporal essas foram fortes. Nas escalas de sintomas, as diferenças com significado clínico relativas aos Sintomas da Mama e do Braço foram moderadas, enquanto nos Efeitos da Terapêutica sistémica e na Queda de Cabelo foram fortes.

Quadro 9 - Comparação da qualidade de vida (EORTC QLQ-BR23), dos indivíduos sem classes de movimento, entre o primeiro e segundo momento de observação.

	Grupo	Média das		Desvio		<i>z/t</i>	<i>p</i>	<i>r</i>
		Ordens	Média	Padrão				
Imagem Corporal	1º Momento	50,00	50,00	22,69	-3,85/-	<,001	-,54	
	2º Momento	66,67	70,33	19,41				
Funcionamento Sexual	1º Momento	16,67	17,33	16,30	-3,36/-	,001	-,47	
	2º Momento	,00	2,00	7,33				
Prazer Sexual	1º Momento	33,33	,00	-	-	-	-	
	2º Momento	,00	,00	-	-	-	-	
Perspetivas Futuras	1º Momento	100,00	86,67	16,67	-2,53/-	,011	-,36	
	2º Momento	100,00	97,33	9,23				
Efeitos da Terapêutica Sistémica	1º Momento	14,29	27,24	27,10	-4,02/-	<,001	-,57	
	2º Momento	42,86	48,76	16,40				
Sintomas da Mama	1º Momento	50,00	47,67	17,92	-/3,43	,002	,57	
	2º Momento	33,33	37,33	14,05				
Sintomas no Braço	1º Momento	44,44	46,22	19,16	-3,42/-	,001	,48	
	2º Momento	33,33	33,33	16,67				
Queda de Cabelo	1º Momento	66,67	58,33	46,29	-1,30/-	,194	-,33	
	2º Momento	100,00	83,33	25,20				

Notas: *z* - Estatística de Wilcoxon; *t* - Estatística t para amostras dependentes; *p* - Probabilidade de significância bilateral; *r* - Magnitude de efeito.

Discussão dos Resultados

Estando a aproximar-se o término do presente estudo, chegou o momento de nos debruçarmos, de forma tão crítica quanto possível, sobre os resultados encontrados, que preencheram os objetivos traçados e se revelaram, de um modo geral, consistentes com o corpo teórico existente nesta área. Porém, antes de mais, convém, em boa verdade, realçar-se que qualquer tentativa de interpretação da qualidade de vida através do QLQ-C30 e QLQ-BR23 parece levantar algumas questões metodológicas. Entre essas, tal como realçado por Waldmann, Schubert e Katalinic (2013), encontra-se o facto de que os valores resultantes das escalas, que variam entre 0 e 100, não permitirem *per se* qualquer interpretação do estado da qualidade de vida de um indivíduo. Adicionalmente, o facto de esses instrumentos não permitirem o cálculo de uma medida compósita da qualidade de vida, acaba por diluir a informação por um grupo

relativamente grande de escalas que, não obstante trazerem uma grande riqueza aos resultados, acaba, nalguns contextos, por tornar a interpretação e comparação da qualidade de vida mais delicada. Deste modo, apesar das inquestionáveis qualidades psicométricas de tais instrumentos, assim como, da sua utilidade na área clínica, a sua interpretação nem sempre é tão simples quanto se desejaria. Pelo exposto e, à semelhança do que é por vezes habitual neste tipo de estudos, assim como em contexto clínico, para a interpretação dos resultados obtidos ter-se-ão em conta as diferenças mínimas com significado clínico, propostas por Osoba et al. (1998), assim como, a comparação com dados recolhidos na população geral e na população de doentes oncológicos.

Dito isto, os resultados encontrados, considerando a totalidade dos participantes do presente estudo, sugerem, em termos gerais, a existência de um impacto negativo da doença oncológica na qualidade de vida destes doentes. Em particular, os tratamentos primários (intervenções cirúrgicas, radioterapia e quimioterapia) parecem ter a capacidade de afetar de forma acentuada a qualidade de vida de doentes com cancro da mama - quer em termos psicossociais quer em termos físicos -, sendo que tal conclusão é resultante da comparação das médias observadas nas diferentes escalas do QLQ-C30 com os valores encontrados por Scott et al. (2008), numa amostra de 7802 indivíduos oriundos da população geral de vários países (Alemanha – 53%; Noruega – 25%; Áustria – 13%; Dinamarca – 8% e; EUA – 1%). Dessa comparação, realça-se que, considerando as seis escalas funcionais do QLQ-C30, excetuando a relativa ao Funcionamento Cognitivo, todas as restantes revelaram um agravamento da qualidade de vida muito significativo em termos clínicos (médias com diferenças superiores a 20 pontos). Igual tendência foi observada nas escalas de sintomas onde, à exceção das relativas à Diarreia e Dispneia, todas apresentaram diferenças clinicamente significativas, sendo que quatro delas revelaram diferenças de grande magnitude (diferenças superiores a 20 pontos). Note-se que tais observações resultaram da comparação dos dados recolhidos no primeiro momento de observação, onde a esmagadora maioria dos indicadores de qualidade de vida apresentavam médias mais elevadas. Em suma, considerando-se as médias obtidas no segundo momento de observação, as diferenças supramencionadas acabam por se acentuar ainda mais. Tais dados são, naturalmente, perfeitamente consistentes com a literatura existente dentro desta área, que realça os efeitos nefastos da doença oncológica no âmbito da qualidade de vida (Rietman et al., 2004; Riedner, 2005; Sagen, Karesen, Sandvik & Risberg,

2009; Hayes, Rye, Battistutta, Disipio & Newman, 2010; Cantarero-Vilanueva et al., 2011).

Por outro lado, ao compararem-se os resultados obtidos no QLQ-C30 e QLQ-BR23 com os encontrados por Scott et al. (2008), numa amostra referencial de 2782 mulheres com cancro da mama, assim como, com os de Rebelo, Rolim, Carqueja e Ferreira (2007) e, Pais-Ribeiro, Pinto e Santos (2008), os dados acabam por sugerir que, de uma maneira geral, os participantes do presente estudo parecem exibir uma menor qualidade de vida do que os desses estudos, sendo tal facto bastante mais acentuado relativamente à amostra de Scott et al. (2008). Tal facto poderá ficar a dever-se a várias razões, por um lado, a existência de uma série de variáveis sociodemográficas que exercem uma influência significativa na qualidade de vida encontra-se hoje relativamente bem documentada, sendo que, neste tipo de estudos é muito difícil replicarem-se as características de amostras e/ou anularem-se os efeitos que tais variáveis possam exercer. Por outro lado, o facto da amostra de Scott et al. (2008) ser constituída por doentes maioritariamente oriundos de países economicamente mais desenvolvidos do que Portugal (Alemanha, Holanda, Noruega, Reino Unido; França, E.U.A, Suécia e Bélgica correspondem a 67% da totalidade da amostra) poderá sugerir que um maior desafoço económico pode ter algum peso na qualidade de vida deste tipo de doentes, sendo também provável que num contexto de maior abundância de recursos, o tipo e a qualidade dos cuidados prestados aos doentes com cancro da mama possam também eles contribuir de forma positiva no âmbito da mitigação dos efeitos da doença oncológica.

Por sua vez, da análise dos dados obtidos entre o primeiro e segundo momento de observação (antes e depois das intervenções fisioterapêuticas), pôde concluir-se que a maioria dos indicadores de qualidade de vida (escalas funcionais e de sintomas) apresentaram valores que sugerem uma diminuição da dita. Tal facto, que à partida poderia parecer atípico, parece perfeitamente natural, pois, não obstante entre os dois momentos de observação ter existido uma intervenção fisioterapêutica - que se julga ser capaz de aumentar a qualidade de vida -, foi também durante esse período que foram implementadas outras intervenções terapêuticas adjuvantes (e.g. quimioterapia) que, devido aos seus efeitos secundários acentuados, têm um impacto muito acentuado na qualidade de vida deste tipo de doentes. Não obstante o mencionado, foi possível observarem-se melhorias com significado clínico significativo nas escalas de Imagem Corporal, Perspetivas Futuras, sintomas da Mama e, nos Sintomas do Braço. Note-se

que, nos sintomas da mama e do braço as melhorias encontradas entre os dois momentos de observação são bastante mais acentuadas no grupo experimental. Tal, acaba por sugerir que a fisioterapia de grupo implementada – classes de movimento – teve um efeito positivo na mitigação dos efeitos nefastos oriundos dos procedimentos cirúrgicos realizados. Em suma, estes resultados são relativamente consistentes com os encontrados por outros autores (Cheema, Gaul, Lane & Fiatarone, 2008; Leduc, 2008; McNeely et al., 2010; Speck, Courneya, Masse, Duval & Schmitz, 2010), onde foi possível observar-se o impacto positivo que a reabilitação fisioterapêutica pode ter na qualidade de vida dos doentes com cancro da mama.

Finalmente, a presente discussão de resultados ficaria incompleta sem se abordarem algumas das suas limitações. Deste modo, apesar da relevância que o presente estudo possa ter dentro da área do saber abordada, deve, em bom rigor, realçar-se que, como seria de esperar, tal não está isento de críticas e limitações. Entre essas, começa-se por realçar que o facto dos dados terem sido recolhidos através de questionários de autopreenchimento, poderá envolver um certo enviesamento das respostas. Em suma, a presença acentuada de uma necessidade de se ser aceite - grau de desejabilidade social - pode, por vezes, levar um inquirido a responder a determinadas questões de forma distorcida, mesmo tratando-se de questionários anónimos.

Por outro lado, à semelhança do que acontece em muitos estudos realizados dentro do âmbito da saúde e das ciências sociais, o processo de amostragem não probabilístico utilizado, torna impraticável a generalização dos resultados encontrados, ou seja, rigorosamente falando, os resultados encontrados são válidos unicamente para a amostra utilizada, que poderá ter características particulares.

Quando a atenção recai sobre as duas Escalas utilizadas, tal como já foi realçado, apesar das ditas serem amplamente utilizadas e apresentarem propriedades psicométricas adequadas, não parece existir um verdadeiro processo de padronização percentílica à população portuguesa, facto que acaba por dificultar a sua interpretação.

Por sua vez, o carácter exclusivamente quantitativo deste estudo acaba também por ser uma limitação, isto é, o estudo de fenómenos bastante complexos costuma beneficiar de abordagens metodológicas mistas, pese embora, se deva realçar que os recursos necessários para a consecução de tais abordagens, dificilmente estão à disposição de quem se debruça a estudar tais fenómenos no âmbito da sua formação académica. Por fim, convém realçar-se que, devido às limitações decorrentes do tamanho reduzida da amostra utilizada, não foram controladas quaisquer características

sociodemográficas dos inquiridos, facto que, na prática, terá com certeza introduzido mais algum ruído nos resultados apurados.

Conclusões

Chegado o término do presente estudo, realça-se que, de um modo geral, os objetivos que estiveram na sua génese foram alcançados. De facto, por exemplo, foi possível observar-se, num sentido lato, a importância que as intervenções fisioterapêuticas têm dentro do âmbito da qualidade de vida de pacientes com cancro da mama submetidas a mastectomias ou cirurgias conservadora com recessão gânglionar e, num sentido mais restrito, o especial relevo que a introdução de classes de movimento pode ter em termos de remissão das sintomatologias da mama e do braço.

Não obstante se terem atingido tais objetivos, talvez convenha não se esquecer que este tipo de resultados não constitui propriamente uma novidade. Em suma, pese embora as investigações dentro desta área pareçam ter vindo a surgir de forma mais ou menos paulatina, também parece razoável afirmar-se que já vai existindo um corpo de investigações sistematizadas dentro deste âmbito. Tal facto parece acabar por sugerir que ainda parece existir muito a fazer relativamente à forma como tais investigações podem ser mais úteis no âmbito da melhoria da qualidade de vida destas doentes. Em suma, pese embora as práticas médicas tenham evoluído muito desde o início do século passado, os contributos que a ciência pode dar relativamente aos problemas que assolam, diariamente, os profissionais de saúde continua a ser um problema controverso e atual. Tal, parece estar relacionado a uma dificuldade, mais ou menos endémica, de transmissão do saber para a prática diária, na medida em que, não parecem existir regras gerais ou estratégias para a transmissão desse saber.

Por outro lado, tal como realçado por Harris, Schmitz, Campbell e McNeely (2012), não obstante os acentuados avanços no campo da deteção e gestão do cancro da mama, as intervenções primárias continuam a ser caracterizadas por uma elevada taxa de morbilidade. Estranhamente, apesar da crescente quantidade de informação disponível acerca do impacto do cancro da mama na qualidade de vida desses doentes, parece existir relativamente pouca informação acerca dos procedimentos e metodologias mais eficazes em termos de mitigação dos efeitos indesejados da doença, em especial, daqueles relacionados com as limitações músculo-esqueléticas diretamente relacionadas com o braço, mama e linfedemas.

Por sua vez, apesar de existir uma variedade assinalável de variáveis que têm consistentemente sido associadas à qualidade de vida de doentes com cancro da mama - dada a natureza subjetiva do constructo em causa -, parece prudente considerar-se que uma parte, provavelmente não depreciável, da variabilidade dessa qualidade de vida ainda se encontra por explicar. Pelo exposto, parece urgir que se realizem outro tipo de investigações (essencialmente em Portugal), com metodologias mais robustas, nomeadamente, onde possam ser controlados os efeitos de algumas variáveis concomitantes e, com amostras mais expressivas, por ventura, representativas do universo destes doentes. A realização de estudos de carácter misto, ou seja, onde as metodologias quantitativas e qualitativas se complementem, poderá ser outro aspeto a considerar no futuro, pois, talvez necessitemos de uma riqueza de dados maior, por forma a conseguirmos contextualizar de forma mais adequada as experiências deste tipo de doentes.

Por último, dá-se por terminado o presente estudo com a convicção de que este novo século apresenta muitos desafios para o ser humano, sendo que a saúde e a qualidade de vida serão com certeza áreas com grande visibilidade, tendo neste campo a investigação um terreno singular para se desenvolver. Quanto aos especialistas da reabilitação física, os fisioterapeutas, terão um papel social importante a desempenhar nesta área, sendo que para tal, deverão munir-se de toda a informação disponível, de modo a poderem planear as suas intervenções, quer sejam preventivas ou remediativas, da forma mais eficaz possível.

Referências Bibliográficas

- Ahles, T., Saykin, A., Furstenberg, C., Cole, B., Mott, L., Titus-Ernstoff, ... Silberferb, P. (2005). Quality of life of long-term survivors of breast cancer and lymphoma treated with standard-dose chemotherapy or local therapy. *Journal of Clinical Oncology*, 23(19), 4399-4405.
- Alber, J., Delhey, J., Keck, W., & Nauenburg, R. (Coords.) (2004). *Quality of life in Europe*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Beurskens, C., Uden, C., Strobbe, L., Oostendorp, R., & Wobbles, T. (2007) – The efficacy of physiotherapy upon shoulder function following axillary dissection in breast cancer, a randomized controlled study. *BMC Cancer*, 7. Retirado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2031897/>.
- Brentani, M., Coelho, F., & Kowalski, L. (2003). *Bases da Oncologia*. São Paulo: Lemar.

- Browall, M., Ahlberg, k., Karlsson, P., Danielson, E., Persson, L., & Gaston-Johansson, F. (2008). Health-related quality of life during adjuvant treatment for breast cancer among postmenopausal women. *European Journal of Oncology Nursing*, 12(3), 180-189.
- Bendz, I., & Olsén, M. (2002) – Evaluation of immediate versus delayed shoulder exercises after breast cancer surgery including lymph node dissection – a randomized controlled trial. *The Breast*, 11, 241 – 248.
- Burstein, H., Harris, J., & Morrow, M. (2008). Malignant tumors of the breast. In V. DeVita, T. Lawrence, & S. Rosenberg (Eds.), *DeVita, Hellman, and Rosenberg's cancer: principles and practice of oncology* (pp. 1401-1456). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Campos, M., & Neto, J. (2008). Qualidade de vida: um instrumento para promoção de saúde. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 32(2), 232- 240.
- Cantarero-Vilanueva, I., Fernandez-Lao, C., Fernandez, D., Diaz-Rodriguez, L., Sanchez-Cantalejo, E., & Arroyo-Morales, M. (2011). Associations among musculoskeletal impairments, depression, body image and fatigue in breast cancer survivors within the first year after treatment. *European Journal of Cancer Care*, 20(5), 632-639.
- Cheema, B., Gaul, C., Lane, K., Singh, M. (2008). Progressive resistance training in breast cancer: a systematic review of clinical trials. *Breast Cancer Research and Treatment*, 109(1), 9-26.
- Chlebowski, R., Kuller, L., Prentice, R., Stefanick, M., Manson, J., Gass, M., ... Anderson, G. (2009). Breast cancer after use of estrogen plus progestin in postmenopausal women. *The New England Journal of Medicine*, 360, 573-587.
- Coordenação Nacional das Doenças Oncológicas (2007). *Recomendações nacionais para diagnóstico e tratamento do cancro da mama*. Retirado de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/recomendacoes-nacionais-para-diagnostico-e-tratamento-do-cancro-da-mama-pdf.aspx>.
- Coyle, Y. (2009). Lifestyle, genes, and cancer. *Methods in Molecular Biology*, 472, 25-56.
- Damjanov, I., (2006). *Pathology for the health professions*. Missouri: Elsevier Saunders.
- DeVita, V., Lawrence, T., & Rosenberg, S., (Eds.) (2008). *DeVita, Hellman, and Rosenberg's cancer: principles and practice of oncology*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Duarte, N. (2010). *Fisioterapia: Influência na Qualidade de Vida da Mulher com Cancro da Mama – Contributo para a Qualidade do Serviço em Oncologia*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa.
- Duffy, S., Smith, R., Gabe, R., Tabár, L., Yen, A., & Chen, T. (2005). Screening for breast cancer. *Surgical Oncology Clinics of North America*, 14(4), 671-697.
- Edge, S., Byrd, D., Compton, C., Fritz, A., Greene, F., & Trotti, A. (Eds.) (2010). *American joint committee on cancer cancer staging manual* (7^a ed.). Chicago: Springer.

- Ferlay, J., Autier, P., Boniol, M., Heanue, M., Colombet, M., & Boyle, P. (2007). Estimates of the cancer incidence and mortality in Europe in 2006. *Annals of Oncology*, 18(3), 581-592.
- Ferrandez, J., & Serin, D., (2006). *Rééducation et cancer du sein*. Paris: Masson.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using spss* (3^a ed.). London: SAGE Publications Ltd.
- Ganz, P., Desmond, K., Leedham, B., Rowland, J., Meyerowitz, B., & Belin, T. (2002). Quality of life in long-term, disease-free survivors of breast cancer: a follow-up study. *Journal of the National Cancer Institute*, 94(1), 39-49.
- Garber, J., & Offit, K. (2005). Hereditary cancer predisposition syndromes. *Journal of Clinical Oncology*, 23(2), 276-292.
- Gennari, R., Curigliano, G., Rotmensz, N., Robertson, C., Colleoni, M., Zurrada, S., ... Goldhirsch, A. (2004). Breast carcinoma in elderly women: features of disease presentation, choice of local and systemic treatments compared with younger postmenopausal patients. *Cancer*, 101(6), 1302-1310.
- Greene, F., Page, D., Fleming, I., Fritz, A., Balch, C., Haller, D., & Morrow, M. (Edts.) (2002). *AJCC cancer staging manual* (6^a ed.). New York: Springer.
- Harris, S., Schmitz, K., Campbell, K., & McNeely, M. (2012). Clinical practice guidelines for breast cancer rehabilitation – Syntheses of guideline recommendations and qualitative appraisals. *Cancer*, 118(8), 2312-2324.
- Hayes, S., Rye, S., Battistutta, D., Disipio, T., Newman, B. (2010). Upper-body morbidity following breast cancer treatment is common, may persist longer-term and adversely influences quality of life. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8, 1-7.
- International Union Against Cancer (2006). *Prevención del cáncer: estrategias basadas en la evidencia: una guía de la UICC para América Latina*. Retirado de http://www.movicancer.org.ni/doc/descargas/pdf/Prevencion_del_Cancer_estrategias_basadas_en_evidencias-UICC.pdf
- Janni, W., Rjosk, D., Dimpfl, T., Haertl, K., Strobl, B., Hepp, F., ... Sommer, H. (2001). Quality of life influenced by primary surgical treatment for stage I-III breast cancer-long-term follow-up of a matched-pair analysis. *Annals of Surgical Oncology*, 8(6), 542-548.
- Kenny, P., King, M., Shiell, A., Seymour, J., Hall, J., Langblands, A., & Boyages, J. (2000). Early stage breast cancer: costs and quality of life one year after treatment by mastectomy or conservative surgery and radiation therapy. *Breast*, 9(1), 37-44.
- Kisner, C., & Colby, L. (1998). *Exercícios terapêuticos: fundamentos e técnicas*. São Paulo: Manole.
- Kotsopoulos, J., Lubinski, J., Lynch, H., Neuhausen, S., Ghadirian, P., Isaacs, C., ... Narod, S. (2005). Age at menarche and the risk of breast cancer in BRCA1 and BRCA2 mutation carriers. *Cancer Causes Control*, 16(6), 667-674.
- Lacomba, M., Sánchez, M., Goñi, A., Merino, D., Moral, O., Téllez, E., & Mogollón, E. (2010). Effectiveness of early physiotherapy to prevent lymphoedema after surgery

- for breast cancer: randomised, single blinded, clinical trial. *British Medical Journal*, 340(7738), 140.
- Leduc, O. (2008). European consensus-rehabilitation after breast cancer treatment. *The European Journal of Lymphology*, 19, 14-20.
- Liga Portuguesa Contra o Cancro (2013). *Outubro – mês da prevenção contra o cancro*. Retirado de <http://www.ligacontracancro.pt/noticias/detalhes.php?id=305>
- McNeely, M., Campbell, K., Ospina, M., Rowe, B., Dabbs, K., Klassen, T., ... Courneya, K. (2010). *Exercise interventions for upper-limb dysfunction due to breast cancer treatment (review)*. Retirado de <http://www.strengthandcourage.net/pdfs/Exercise%20interventions%20for%20upper-limb%20dysfunction%20due%20to%20breast%20cancer%20treatment.pdf>
- Moreira, E., Mania, C. (2005) – Qualidade de vida das pacientes mastectomizadas atendidas pelo serviço de fisioterapia do hospital universitário da universidade estadual de londrina. *Ciências Biológicas e da Saúde*, 26(1), 21-35.
- Musolino, A., Bella, M., Bortesi, B., Michiara, M., Naldi, N., Zanelli, P., ... Ardizzoni, A. (2007). BRCA mutations, molecular markers, and clinical variables in early-onset breast cancer: a population-based study. *Breast*, 16(3): 280-292.
- Nagel, P., Bruggink E., Wobbes, T., & Strobbe L. (2003). Arm morbidity after complete axillary lymph node dissection for breast cancer. *Acta Chirurgica Belgica*, 103, 212-216.
- Nissen, M., Swenson, K., Ritz, L., Farrell, J., Sladek, M., & Lally, R. (2001). Quality of life after breast carcinoma surgery: a comparison of three surgical procedures. *Cancer*, 91(7), 1238-1246.
- Nogueira, P., Guirro, E., Rinaldo, R., & Palauro, V. (2005) - Efeitos da facilitação neuromuscular proprioceptiva na performance funcional de mulheres mastectomizadas. *Fisioterapia Brasil*, 6(1), 28-35.
- Oliveira, R., & Orsini, M. (2009). Escalas de avaliação da qualidade de vida em pacientes brasileiros após acidente vascular encefálico. *Revista Neurociência*, 17, 255-262.
- Organização Mundial de Saúde (1997). *Programme on mental health – WHOQOL measuring quality of life*. Retirado de http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf.
- Osoba, D., Rodrigues, G., Myles, J., Zee, B., & Pater, J., (1998) Interpreting the significance of changes in health-related quality-of-life scores. *Journal of Clinical Oncology*, 16, 139-144.
- Pais-Ribeiro, J., Pinto, C., & Santos, C.(2008). Validation study of the portuguese version of the QLQ-C30-v.3. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 9(1), 89-102.
- Pierga, J., Girre, V., Laurence, V., Asselain, B., Diéras, V., Jouve, M., ... Pouillart, P. (2004). Characteristics and outcome of 1755 operable breast cancers in women over 70 years of age. *Breast*, 13(5), 369-375.
- Pimentel, F. (2006). *Qualidade de vida e oncologia*. Coimbra: Edições Almedina.

- Pirhardt, C., & Mercês, N. (2009). Fatores de risco para o câncer da mama: nível de conhecimento dos acadêmicos de uma universidade. *Revista de Enfermagem UERJ*, 17(1), 102-106.
- Portal de Oncologia Português (2013). *Cancro da mama*. Retirado de <http://www.pop.eu.com/portal/publico-geral/tipos-de-cancro/cancro-da-mama.html>
- Rebello, V., Rolim, L., Carqueja, E., & Ferreira, S. (2007). *Psicologia, Saúde e Doenças*, 8(1), 13-32.
- Riedner, s. (2005). Quality of life and a symptom cluster associated with breast cancer treatment-related lymphedema. *Support Care Center*, 13(11), 904-911.
- Rietman, J.; Dijkstra, P., Debreczeni, R., Geertzen, J., Robinson, D., & De Vries, J. (2004). Impairments, disabilities and health related quality of life after treatment for breast cancer: a follow-up study 2.7 years after surgery. *Disability and Rehabilitation*, 26(2), 78-84.
- Ruddon, R. (2007). *Cancer Biology* (4^a ed.). New York: Oxford University Press.
- Sagen, A., Karesen, R., Sandvik, L. & Risberg, M. (2009). Changes in arm morbidities and health-related quality of life after breast cancer surgery – a 5 year follow-up study. *Acta Oncologica*, 48(8), 1111-1118.
- Scott, N., Fayers, P., Aaronson, N., Bottomley, A., Graeff, A., Groenvold, M., ... Sprangers, M. (2008). *EORTC QLQ-C30 reference values*. Brussels: EORTC Quality of Life Group.
- Seidl, E., & Zannon, C. (2004). Qualidade de vida e saúde: aspetos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(2), 580-588.
- Silva, M., Derchain, S., Rezende, L., Cabello, C., & Martinez, E. (2004). Movimento do ombro após cirurgia por carcinoma invasor da mama: estudo randomizado prospetivo controlado de exercícios livres versus limitados a 90° no pós-operatório. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 26(2), 125-130.
- Soliman, H. (2013). Immunotherapy strategies in the treatment of breast cancer. *Cancer Control*, 20(1), 17-21.
- Speck, R., Courneya, K., Masse, L., Duval, S., & Schimtz, K. (2010). An update of controlled physical activity trials in cancer survivors: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Cancer survivors*, 4, 87-100.
- Sturgeon, M., Wetta-Hall, R., Hart, T., Good, M., & Dakhil, S. (2009) – Effects of therapeutic massage on the quality of life among patients with breast cancer during treatment. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 15(4), 373 – 380.
- Tamimi, R., Byrne, C., Graham, A., & Hankinson, S. (2007). Endogenous hormone levels, mammographic density, and subsequent risk of breast cancer in postmenopausal women. *Journal of the National Cancer Institute*, 99(15): 1178-1187.
- Veronesi, U., Galimberti, V., Zurrada, S., Pigatto, F., Veronesi, P., Robertson, C., ... Viale, G. (2001). Sentinel lymph node biopsy as an indicator for axillary dissection in early breast cancer. *European Journal of Cancer*, 37(4), 454-458.

- Waldmann, A., Scchubert, D., & Katalinic, A. (2013). Normative data of the EORTC QLQ-C30 for the german population: a population-based survey. *Plos One*, 8(9), 1-8.
- Yamamoto, R., & Yamamoto, T. (2007). Effectiveness of the treatment-phase of two-phase complex decongestive physiotherapy for the treatment of extremity lymphedema. *International Journal of Clinical Oncology*, 12(6), 463-468.

DOSSIER DE INVESTIGAÇÃO

ÍNDICE

	Pág
I. Metodologia (tratamento dos dados).....	4
1. Dados Sociodemográficos	4
1.1. Grupo	4
1.2. Idade	4
1.3. Estado Civil	4
1.4. Grau de Escolarização	5
1.5. Número de Filhos	5
1.6. Rendimento.....	6
1.7. Constituição do Agregado Familiar.....	6
1.8. Tipo de Cancro	6
1.9. Tipo de cirurgia	7
1.10. Tipo de Terapia.....	7
1.11. Importância atribuída à Classe de Movimento	7
1.12. Estado Civil	8
2. Estudo de Consistência Internas – Alfa de Cronbach	8
2.1 Estado Global de Saúde e Qualidade de Vida(QLQ-C30)	8
2.2. Funcionamento Físico (QLQ-C30).....	9
2.3. Funcionamento ocupacional (QLQ-C30)	9
2.4. Funcionamento Emocional (QLQ- C30)	10
2.5. Funcionamento Cognitivo (QLQ-C30)	10
2.6. Funcionamento Social (QLQ- C30)	11
2.7. Fadiga (QLQ-C30)	11
2.8. Náuseas e Vômitos (QLQ-C30)	11
2.9. Dor (QLQ-C30)	12
2.10. Imagem Corporal (QLQ-BR23)	12
2.11. Funcionamento sexual (QLQ-BR23).....	12
2.12. Efeitos da terapêutica Sistêmica (QLQ-BR23)	13
2.13. Sintomas da Mama (QLQ-BR23).....	13

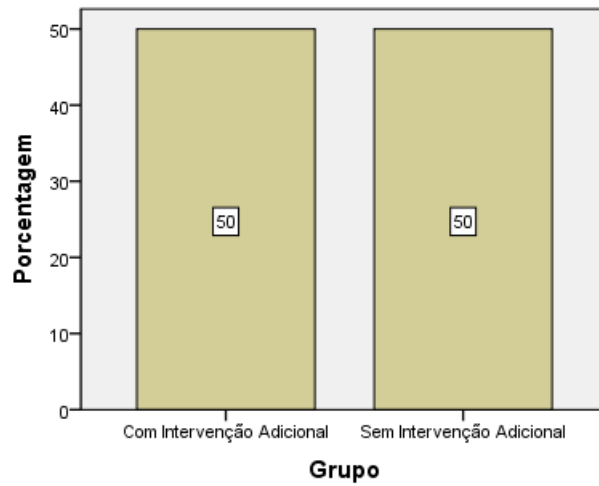
2.14. Sintomas do Braço (QLQ – BR23).....	14
3.QLQ-C30 e QLQ-BR23- Medidas Descritivas no 1º Momento de Observação.....	15
4.QLQ-C30 e QLQ-BR23- Medidas Descritivas no 2º Momento de Observação.....	16
5. QLQ-C30 e QLQ-BR23- Medidas Descritivas das Diferenças Encontradas entre o 1º e o 2º Momento de Observação.....	17
6.QLQ- C30 e QLQ-BR23- Estudo de Aderência à Normalidade no 1º Momento de Observação.....	18
7.QLQ-C30 e QLQ-BR23- Estudo de Aderência à Normalidade no 2º Momento de Observação.....	20
8.QLQ-C30 e QLQ-BR23- Estudo de Aderência à Normalidade no Grupo Com Intervenção Adicional (1º e 2º Momento de Observação)	22
9.QLQ-C-30 e QLQ-BR23- Estudo de Aderência à Normalidade no Grupo Sem Intervenção Adicional (1º e 2º Momento de Observação)	24
II. Autorização do Orientador.....	26
III. Autorização do Coorientador.....	27
IV. Pedido de autorização do Conselho de Administração do Hospital de Faro	28
V. Unidade de Investigação Centro de Formação Investigação e Conhecimento.....	29
VI. Autorização do Conselho de Administração do Hospital de Faro	30
VII. Pedido de autorização às utentes	31

VIII. Declaração do Consentimento Informado	32
IX. Questionários.....	33
X. Questionário classes de movimento	34
XI. Escala EORTC QLQ-C30 (versão 3)	35
XII. Escala EORTC QLQ-BR23	36

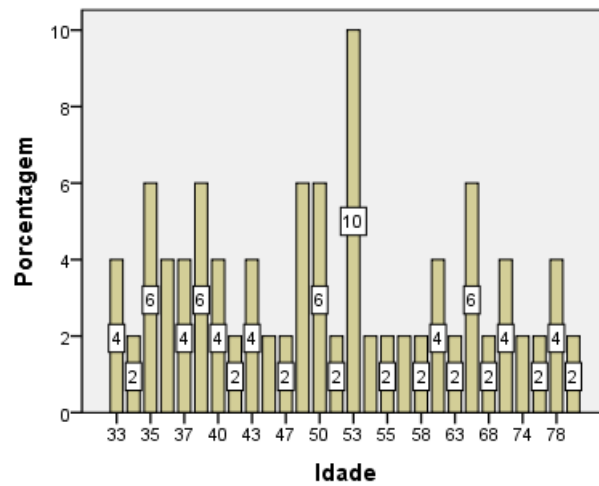
I. Metodologia (Tratamento dos Dados)

1. Dados Sociodemográficos

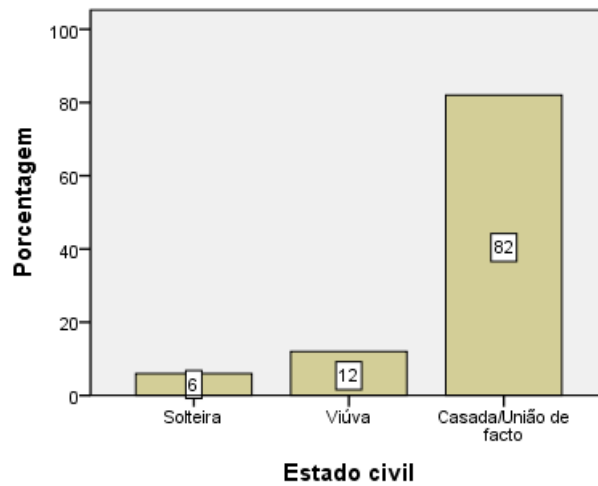
1.1. Grupo



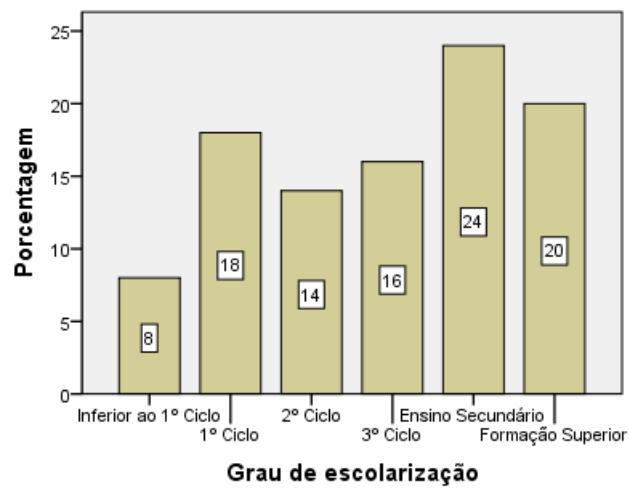
1.2. Idade



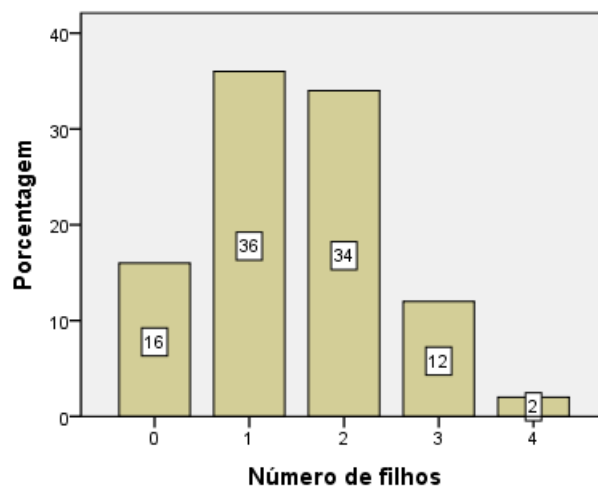
1.3.Estado Civil



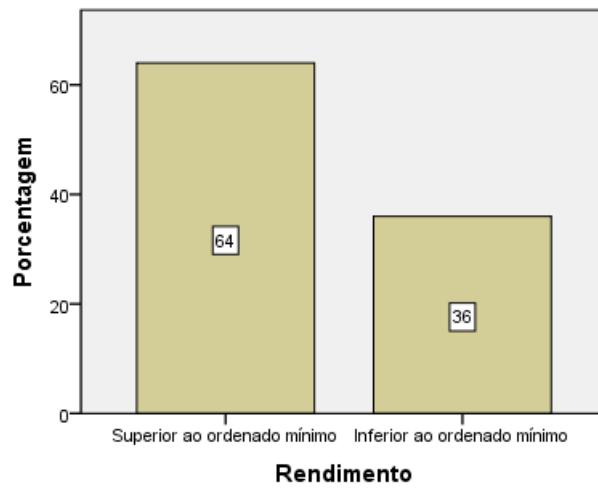
1.4.Grau de Escolarização



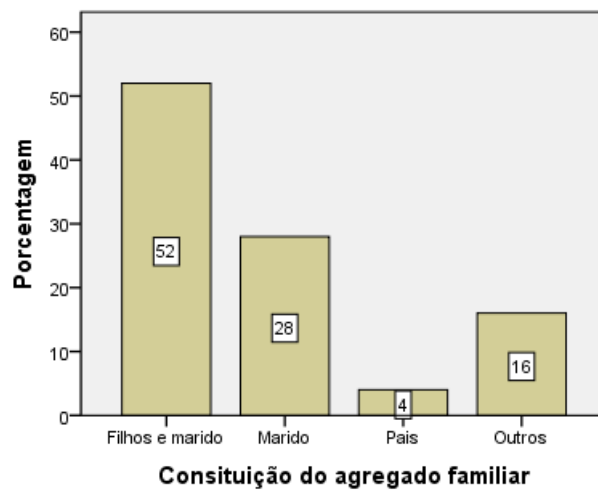
1.5.Número de Filhos



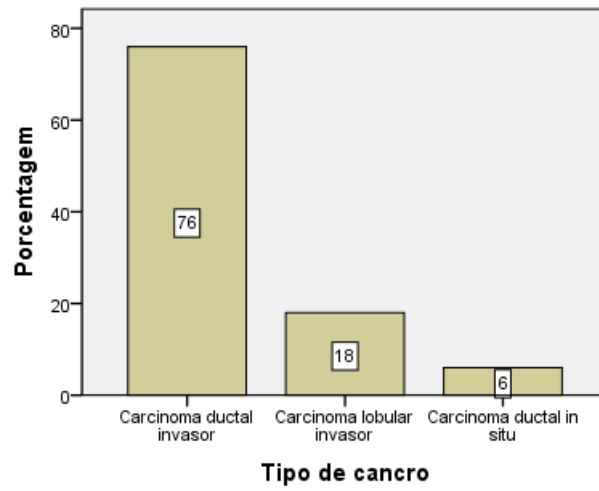
1.6.Rendimento



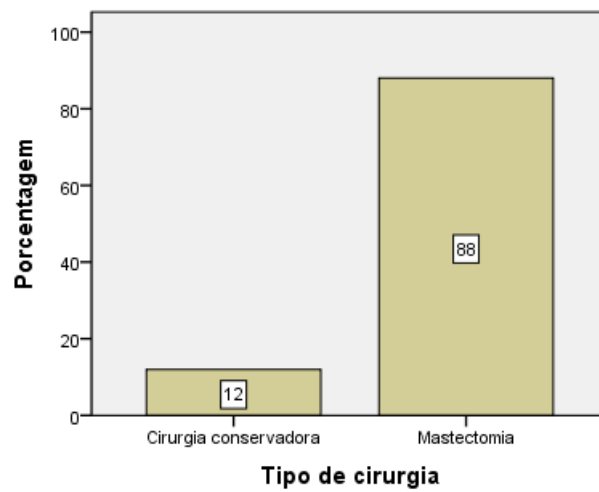
1.7.Constituição do agregado familiar



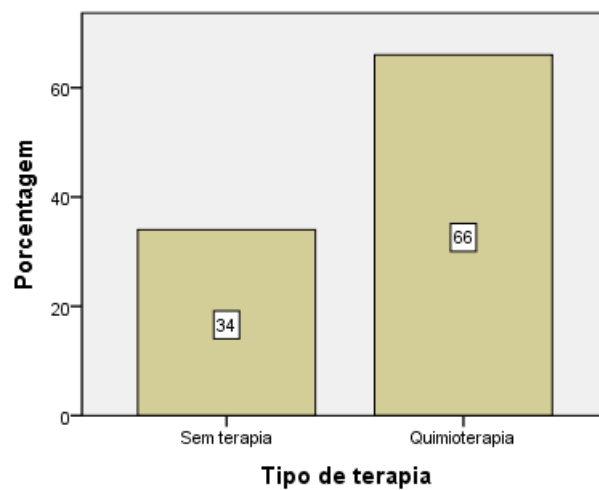
1.8. Tipos de Cancro



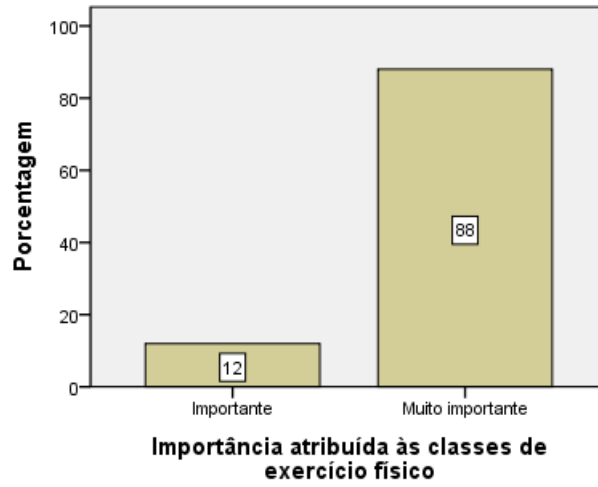
1.9. Tipos de Cirurgia



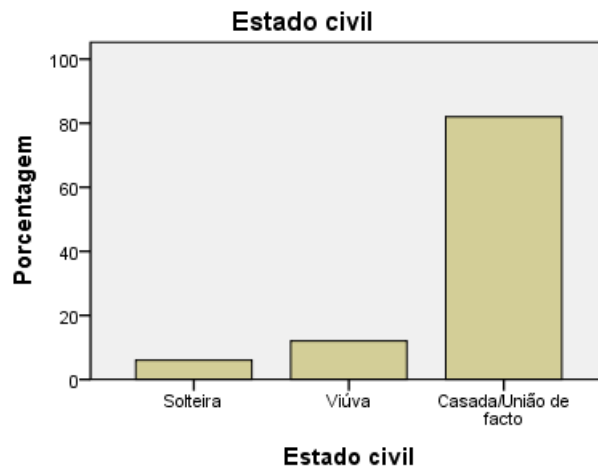
1.10. Tipos de Terapia



1.11.Importância Atribuída às Classes de Movimento



1.12.Estado Civil



2.Estudo de Consistências Internas – Alfas de Cronbach

2.1.Estado global de Saúde e Qualidade de Vida (QLQ-C30)

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
,883	2

Item-Total Statistics				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
EORTC29	3,22	1,114	,796	.
EORTC30	3,00	,898	,796	.

2.2. Funcionamento Físico (QLQ-C30)

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
,867	5

Item-Total Statistics				
	Scale Mean if Item	Scale Variance if	Corrected Item-Total	Cronbach's Alpha if
	Deleted	Item Deleted	Correlation	Item Deleted
EORTC1	6,10	5,071	,649	,852
EORTC2	6,90	4,827	,774	,816
EORTC3	7,34	4,515	,848	,794
EORTC4	7,48	5,071	,807	,810
EORTC5	7,78	6,869	,399	,896

2.3. Funcionamento Ocupacional (QLQ-C30)

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
,908	2

Item-Total Statistics				
	Scale Mean if Item	Scale Variance if	Corrected Item-Total	Cronbach's Alpha if
	Deleted	Item Deleted	Correlation	Item Deleted
EORTC6	2,42	,412	,832	.
EORTC7	2,48	,418	,832	.

2.4. Funcionamento Emocional (QLQ-C30)

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
,516	4

Item-Total Statistics				
	Scale Mean if Item	Scale Variance if	Corrected Item-Total	Cronbach's Alpha if
	Deleted	Item Deleted	Correlation	Item Deleted
EORTC21	8,56	6,211	-,200	,758
EORTC22	6,92	3,667	,471	,304
EORTC23	7,98	3,163	,488	,254
EORTC24	7,20	2,776	,567	,145

2.5. Funcionamento Cognitivo (QLQ-C30)

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
,745	2

Item-Total Statistics				
	Scale Mean if Item	Scale Variance if	Corrected Item-Total	Cronbach's Alpha if
	Deleted	Item Deleted	Correlation	Item Deleted
EORTC20	1,56	,660	,600	.
EORTC25	1,62	,485	,600	.

2.6. Funcionamento Social (QLQ-C30)

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
,929	2

Item-Total Statistics				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
EORTC26	2,68	,712	,869	.
EORTC27	2,54	,825	,869	.

2.7. Fadiga (QLQ-C30)

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
,887	3

Item-Total Statistics				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
EORTC10	4,14	2,449	,746	,873
EORTC12	4,56	1,966	,789	,837
EORTC18	4,22	2,093	,821	,803

2.8. Náusea e Vômito (QLQ-C30)

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
,861	2

Item-Total Statistics				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
EORTC14	1,52	,622	,780	.
EORTC15	1,90	1,031	,780	.

2.9.Dor (QLQ-C30)

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
,837	2

Item-Total Statistics				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
EORTC9	2,52	,540	,720	.
EORTC19	2,74	,523	,720	.

2.10.Imagem Corporal (QLQ-BR23)

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
,921	4

Item-Total Statistics				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
EORTC39	8,52	5,683	,850	,888
EORTC40	8,64	5,215	,885	,874
EORTC41	8,32	6,059	,728	,926
EORTC42	8,48	5,234	,820	,898

2.11.Funcionamento Sexual (QLQ-BR23)

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
,838	2

Item-Total Statistics				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
EORTC44	1,50	,255	,721	.
EORTC45	1,52	,255	,721	.

2.12.Efeitos da Terapêutica Sistémica (QLQ-BR23)

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
,907	7

Item-Total Statistics				
	Scale Mean if Item	Scale Variance if	Corrected Item-Total	Cronbach's Alpha if
	Deleted	Item Deleted	Correlation	Item Deleted
EORTC31	10,98	19,040	,875	,877
EORTC32	10,72	17,471	,830	,882
EORTC33	11,32	20,100	,721	,893
EORTC34	11,14	19,266	,663	,902
EORTC36	10,64	19,704	,722	,893
EORTC37	11,36	21,378	,688	,898
EORTC38	11,12	21,944	,617	,905

2.13.Sintomas da Mama (QLQ-BR23)

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
,618	4

Item-Total Statistics				
	Scale Mean if Item	Scale Variance if	Corrected Item-Total	Cronbach's Alpha if
	Deleted	Item Deleted	Correlation	Item Deleted
EORTC50	6,78	1,930	,473	,488
EORTC51	7,58	1,800	,540	,428
EORTC52	6,30	2,418	,312	,606
EORTC53	8,26	2,523	,279	,626

2.14.Sintomas no Braço (QLQ-BR23)

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
,606	3

Item-Total Statistics				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
EORTC47	4,32	1,038	,621	,145
EORTC48	5,68	1,773	,210	,770
EORTC49	4,32	1,447	,463	,442

3.QLQ-C30 e QLQ-BR23 – Medidas Descritivas no 1º Momento de Observação

Descriptive Statistics										
	N	Minimum	Maximum	Mean		Std. Deviation	Skewness		Kurtosis	
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic	Std. Error
Estado Global de Saúde	50	,00	66,67	35,17	2,24	15,82	,14	,34	-,92	,66
Funcionamento Físico	50	26,67	100,00	74,00	2,66	18,82	-1,02	,34	,11	,66
Funcionamento Ocupacional	50	,00	100,00	51,67	2,91	20,55	-,47	,34	,07	,66
Funcionamento Emocional	50	16,67	100,00	48,17	2,90	20,50	,43	,34	-,65	,66
Funcionamento Cognitivo	50	33,33	100,00	80,33	3,18	22,51	-,90	,34	-,21	,66
Funcionamento Social	50	,00	100,00	46,33	3,99	28,23	-,30	,34	-,75	,66
Fadiga	50	,00	100,00	38,44	3,38	23,88	,47	,34	-,48	,66
Náusea e Vômito	50	,00	83,33	23,67	4,01	28,39	,85	,34	-,69	,66
Dor	50	,00	100,00	54,33	3,19	22,54	-,75	,34	,39	,66
Dispneia	50	,00	66,67	6,67	2,33	16,50	2,53	,34	5,85	,66
Insónia	50	,00	100,00	40,00	4,15	29,35	,52	,34	-,23	,66
Perda de Apetite	50	,00	100,00	32,00	4,25	30,09	,25	,34	-1,35	,66
Obstipação	50	,00	100,00	30,67	4,93	34,89	,61	,34	-1,07	,66
Diarreia	50	,00	66,67	10,00	3,19	22,59	2,01	,34	2,40	,66
Dificuldades Financeiras	50	,00	100,00	40,67	5,07	35,82	,46	,34	-1,00	,66
Imagem Corporal	50	,00	100,00	61,00	3,65	25,83	-,23	,34	-,69	,66
Funcionamento Sexual	50	,00	33,33	17,00	2,21	15,61	-,04	,34	-1,90	,66
Prazer Sexual	24	,00	33,33	22,22	3,28	16,05	-,76	,47	-1,57	,92
Perspetivas Futuras	50	33,33	100,00	88,67	2,45	17,31	-1,15	,34	,26	,66
Efeitos da Terapêutica Sistémica	50	,00	80,95	28,00	3,47	24,56	,52	,34	-,84	,66
Sintomas da Mama	50	8,33	83,33	47,00	2,18	15,41	,19	,34	,42	,66
Sintomas no Braço	50	,00	77,78	46,22	2,57	18,15	-,24	,34	-,28	,66
Queda de Cabelo	21	,00	100,00	68,25	8,75	40,11	-,67	,50	-1,30	,97
Valid N (listwise)	8									

4.QLQ-C30 e QLQ-BR23 – Medidas Descritivas no 2º Momento de Observação

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	Skewness	Kurtosis			
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic	Std. Error			
Estado Global de Saúde	50	,00	41,67	21,50	1,33	9,39	,10	,34	-,39	,66
Funcionamento Físico	50	13,33	86,67	57,73	2,14	15,16	-,87	,34	,90	,66
Funcionamento Ocupacional	50	,00	66,67	28,00	1,93	13,65	-,96	,34	1,60	,66
Funcionamento Emocional	50	,00	50,00	28,67	1,58	11,19	-,08	,34	-,32	,66
Funcionamento Cognitivo	50	33,33	100,00	68,33	2,58	18,21	-,11	,34	-,50	,66
Funcionamento Social	50	,00	50,00	26,67	2,08	14,68	-,97	,34	-,19	,66
Fadiga	50	33,33	100,00	69,56	2,22	15,68	-,03	,34	-,58	,66
Náusea e Vômito	50	,00	100,00	57,67	3,93	27,81	,02	,34	-,69	,66
Dor	50	50,00	100,00	80,67	2,25	15,92	,04	,34	-1,42	,66
Dispneia	50	,00	66,67	6,00	2,06	14,58	2,45	,34	5,73	,66
Insónia	50	,00	100,00	48,00	3,45	24,43	,05	,34	-,17	,66
Perda de Apetite	50	,00	100,00	41,33	3,24	22,90	,04	,34	-,17	,66
Obstipação	50	,00	100,00	29,33	4,43	31,33	,71	,34	-,55	,66
Diarreia	50	,00	100,00	21,33	4,23	29,94	1,15	,34	,16	,66
Dificuldades Financeiras	50	,00	100,00	42,00	5,11	36,15	,35	,34	-1,13	,66
Imagem Corporal	50	33,33	100,00	76,00	2,64	18,64	-,24	,34	-,80	,66
Funcionamento Sexual	50	,00	33,33	5,00	1,45	10,24	1,92	,34	2,54	,66
Prazer Sexual	9	,00	33,33	18,52	5,86	17,57	-,27	,72	-2,57	1,40
Perspetivas Futuras	50	33,33	100,00	96,67	1,72	12,14	-3,96	,34	16,48	,66
Efeitos da Terapêutica Sistémica	50	19,05	85,71	48,76	2,53	17,88	,30	,34	-,73	,66
Sintomas da Mama	50	8,33	66,67	30,17	1,92	13,56	,74	,34	,36	,66
Sintomas no Braço	50	,00	66,67	28,22	1,99	14,06	1,01	,34	2,07	,66
Queda de Cabelo	48	33,33	100,00	92,36	2,27	15,74	-1,94	,34	3,18	,67
Valid N (listwise)	9									

5.QLQ-C30 e QLQ-BR23 – Medidas Descritivas das Diferenças Encontradas entre o 1º e 2º Momento de Observação

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	Skewness	Kurtosis			
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic	Std. Error			
Estado Global de Saúde	50	,00	33,33	13,67	1,34	9,49	,16	,34	-,89	,66
Funcionamento Físico	50	-6,67	46,67	16,27	1,53	10,79	,68	,34	1,04	,66
Funcionamento Ocupacional	50	-33,33	66,67	23,67	2,57	18,16	-,53	,34	1,28	,66
Funcionamento Emocional	50	-25,00	58,33	19,50	2,77	19,61	,04	,34	-,10	,66
Funcionamento Cognitivo	50	-50,00	66,67	12,00	2,90	20,49	-,19	,34	1,53	,66
Funcionamento Social	50	-33,33	50,00	19,67	2,64	18,65	-,37	,34	-,42	,66
Fadiga	50	-66,67	11,11	-31,11	2,79	19,70	,28	,34	-,14	,66
Náusea e Vômito	50	-83,33	33,33	-34,00	3,98	28,16	,22	,34	-,54	,66
Dor	50	-66,67	16,67	-26,33	2,86	20,23	-,23	,34	-,39	,66
Dispneia	50	-33,33	66,67	,67	2,43	17,16	,97	,34	4,85	,66
Insónia	50	-66,67	100,00	-8,00	3,99	28,22	1,12	,34	3,11	,66
Perda de Apetite	50	-66,67	33,33	-9,33	3,57	25,23	-,36	,34	,06	,66
Obstipação	50	-66,67	100,00	1,33	4,85	34,31	,50	,34	,49	,66
Diarreia	50	-100,00	66,67	-11,33	5,09	36,02	-,48	,34	,59	,66
Dificuldades Financeiras	50	-66,67	66,67	-1,33	2,12	15,00	-,19	,34	15,82	,66
Imagem Corporal	50	-66,67	16,67	-15,00	2,36	16,67	-,78	,34	,56	,66
Funcionamento Sexual	50	-33,33	33,33	12,00	2,48	17,51	-,17	,34	-,74	,66
Prazer Sexual	6	,00	,00	,00	,00	,00
Perspetivas Futuras	50	-33,33	33,33	-8,00	2,25	15,88	-,65	,34	-,14	,66
Efeitos da Terapêutica Sistémica	50	-47,62	28,57	-20,76	2,24	15,86	,66	,34	,56	,66
Sintomas da Mama	50	-16,67	41,67	16,83	2,16	15,29	-,20	,34	-,85	,66
Sintomas no Braço	50	-11,11	44,44	18,00	2,17	15,37	,01	,34	-,57	,66
Queda de Cabelo	21	-100,00	33,33	-23,81	9,24	42,35	-,76	,50	-,65	,97
Valid N (listwise)	3									

6.QLQ-C30 e QLQ-BR23 – Estudo da Aderência à Normalidade no 1º Momento de Observação

		Tests of Normality					
		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Grupo	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Estado Global de Saúde	Com Intervenção Adicional	,211	25	,005	,866	25	,004
	Sem Intervenção Adicional	,124	25	,200*	,962	25	,446
Funcionamento Físico	Com Intervenção Adicional	,259	25	,000	,862	25	,003
	Sem Intervenção Adicional	,219	25	,003	,867	25	,004
Funcionamento Ocupacional	Com Intervenção Adicional	,329	25	,000	,769	25	,000
	Sem Intervenção Adicional	,253	25	,000	,878	25	,006
Funcionamento Emocional	Com Intervenção Adicional	,187	25	,025	,885	25	,009
	Sem Intervenção Adicional	,147	25	,171	,957	25	,353
Funcionamento Cognitivo	Com Intervenção Adicional	,294	25	,000	,773	25	,000
	Sem Intervenção Adicional	,250	25	,000	,782	25	,000
Funcionamento Social	Com Intervenção Adicional	,178	25	,039	,894	25	,013
	Sem Intervenção Adicional	,289	25	,000	,875	25	,005
Fadiga	Com Intervenção Adicional	,177	25	,041	,952	25	,279
	Sem Intervenção Adicional	,167	25	,069	,944	25	,185
Náusea e Vômito	Com Intervenção Adicional	,185	25	,028	,855	25	,002
	Sem Intervenção Adicional	,382	25	,000	,657	25	,000
Dor	Com Intervenção Adicional	,197	25	,013	,926	25	,070
	Sem Intervenção Adicional	,297	25	,000	,842	25	,001
Dispneia	Com Intervenção Adicional	,495	25	,000	,461	25	,000
	Sem Intervenção Adicional	,495	25	,000	,461	25	,000
Insónia	Com Intervenção Adicional	,345	25	,000	,795	25	,000
	Sem Intervenção Adicional	,222	25	,003	,875	25	,005
Perda de Apetite	Com Intervenção Adicional	,231	25	,001	,801	25	,000
	Sem Intervenção Adicional	,323	25	,000	,766	25	,000
Obstipação	Com Intervenção Adicional	,334	25	,000	,744	25	,000
	Sem Intervenção Adicional	,283	25	,000	,794	25	,000
Diarreia	Com Intervenção Adicional	,460	25	,000	,552	25	,000
	Sem Intervenção Adicional	,515	25	,000	,387	25	,000
Dificuldades Financeiras	Com Intervenção Adicional	,227	25	,002	,825	25	,001
	Sem Intervenção Adicional	,335	25	,000	,795	25	,000
Imagem Corporal	Com Intervenção Adicional	,126	25	,200*	,921	25	,055
	Sem Intervenção Adicional	,169	25	,065	,961	25	,431

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Tests of Normality							
Grupo		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Funcionamento Sexual	Com Intervenção Adicional	,263	25	,000	,749	25	,000
	Sem Intervenção Adicional	,317	25	,000	,687	25	,000
Prazer Sexual	Com Intervenção Adicional	,374	12	,000	,640	12	,000
	Sem Intervenção Adicional	,460	12	,000	,552	12	,000
Perspetivas Futuras	Com Intervenção Adicional	,457	25	,000	,569	25	,000
	Sem Intervenção Adicional	,388	25	,000	,625	25	,000
Efeitos da Terapêutica Sistémica	Com Intervenção Adicional	,108	25	,200*	,934	25	,108
	Sem Intervenção Adicional	,204	25	,009	,870	25	,004
Sintomas da Mama	Com Intervenção Adicional	,237	25	,001	,893	25	,013
	Sem Intervenção Adicional	,188	25	,023	,925	25	,065
Sintomas no Braço	Com Intervenção Adicional	,141	25	,200*	,960	25	,418
	Sem Intervenção Adicional	,167	25	,070	,950	25	,253
Queda de Cabelo	Com Intervenção Adicional	,375	13	,000	,719	13	,001
	Sem Intervenção Adicional	,316	8	,018	,772	8	,014

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

7.QLQ-C30 e QLQ-BR23 – Estudo da Aderência à Normalidade no 2º Momento de Observação

		Tests of Normality ^a					
		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
Grupo		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Estado Global de Saúde	Com Intervenção Adicional	,378	25	,000	,755	25	,000
	Sem Intervenção Adicional	,256	25	,000	,846	25	,001
Funcionamento Físico	Com Intervenção Adicional	,235	25	,001	,932	25	,096
	Sem Intervenção Adicional	,197	25	,014	,926	25	,070
Funcionamento Ocupacional	Com Intervenção Adicional	,437	25	,000	,606	25	,000
	Sem Intervenção Adicional	,464	25	,000	,544	25	,000
Funcionamento Emocional	Com Intervenção Adicional	,163	25	,087	,884	25	,008
	Sem Intervenção Adicional	,199	25	,012	,918	25	,046
Funcionamento Cognitivo	Com Intervenção Adicional	,258	25	,000	,873	25	,005
	Sem Intervenção Adicional	,172	25	,056	,914	25	,038
Funcionamento Social	Com Intervenção Adicional	,358	25	,000	,751	25	,000
	Sem Intervenção Adicional	,462	25	,000	,584	25	,000
Fadiga	Com Intervenção Adicional	,149	25	,155	,935	25	,113
	Sem Intervenção Adicional	,208	25	,007	,901	25	,020
Náusea e Vômito	Com Intervenção Adicional	,204	25	,009	,883	25	,008
	Sem Intervenção Adicional	,188	25	,023	,924	25	,064
Dor	Com Intervenção Adicional	,227	25	,002	,838	25	,001
	Sem Intervenção Adicional	,329	25	,000	,769	25	,000
Dispneia	Com Intervenção Adicional	,495	25	,000	,461	25	,000
	Sem Intervenção Adicional	,506	25	,000	,445	25	,000
Insónia	Com Intervenção Adicional	,243	25	,001	,853	25	,002
	Sem Intervenção Adicional	,287	25	,000	,832	25	,001
Perda de Appetite	Com Intervenção Adicional	,377	25	,000	,709	25	,000
	Sem Intervenção Adicional	,237	25	,001	,866	25	,004
Obstipação	Com Intervenção Adicional	,286	25	,000	,796	25	,000
	Sem Intervenção Adicional	,241	25	,001	,837	25	,001
Diarreia	Com Intervenção Adicional	,420	25	,000	,593	25	,000
	Sem Intervenção Adicional	,298	25	,000	,790	25	,000
Dificuldades Financeiras	Com Intervenção Adicional	,255	25	,000	,805	25	,000
	Sem Intervenção Adicional	,307	25	,000	,840	25	,001
Imagem Corporal	Com Intervenção Adicional	,149	25	,154	,899	25	,017
	Sem Intervenção Adicional	,215	25	,004	,898	25	,016

a. Lilliefors Significance Correction

b. Prazer Sexual is constant when Grupo = Sem Intervenção Adicional. It has been omitted.

Tests of Normality ^b							
Grupo		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Funcionamento Sexual	Com Intervenção Adicional	,389	25	,000	,679	25	,000
	Sem Intervenção Adicional	,528	25	,000	,307	25	,000
Prazer Sexual	Com Intervenção Adicional	,391	8	,001	,641	8	,000
Perspetivas Futuras	Com Intervenção Adicional	,528	25	,000	,307	25	,000
	Sem Intervenção Adicional	,534	25	,000	,308	25	,000
Efeitos da Terapêutica Sistémica	Com Intervenção Adicional	,146	25	,182	,952	25	,278
	Sem Intervenção Adicional	,241	25	,001	,946	25	,206
Sintomas da Mama	Com Intervenção Adicional	,194	25	,016	,873	25	,005
	Sem Intervenção Adicional	,212	25	,005	,934	25	,105
Sintomas no Braço	Com Intervenção Adicional	,298	25	,000	,812	25	,000
	Sem Intervenção Adicional	,260	25	,000	,886	25	,009
Queda de Cabelo	Com Intervenção Adicional	,484	24	,000	,503	24	,000
	Sem Intervenção Adicional	,473	24	,000	,531	24	,000

a. Lilliefors Significance Correction

b. Prazer Sexual is constant when Grupo = Sem Intervenção Adicional. It has been omitted.

8.QLQ-C30 e QLQ-BR23 – Estudo da Aderência à Normalidade no Grupo Com Intervenção Adicional (1º e 2º Momento de Observação)

Grupo		Tests of Normality ^b					
		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Com Intervenção Adicional	Estado Global de Saúde	,211	25	,005	,866	25	,004
	Estado Global de Saúde	,378	25	,000	,755	25	,000
	Funcionamento Físico	,259	25	,000	,862	25	,003
	Funcionamento Físico	,235	25	,001	,932	25	,096
	Funcionamento Ocupacional	,329	25	,000	,769	25	,000
	Funcionamento Ocupacional	,437	25	,000	,606	25	,000
	Funcionamento Emocional	,187	25	,025	,885	25	,009
	Funcionamento Emocional	,163	25	,087	,884	25	,008
	Funcionamento Cognitivo	,294	25	,000	,773	25	,000
	Funcionamento Cognitivo	,258	25	,000	,873	25	,005
	Funcionamento Social	,178	25	,039	,894	25	,013
	Funcionamento Social	,358	25	,000	,751	25	,000
	Fadiga	,177	25	,041	,952	25	,279
	Fadiga	,149	25	,155	,935	25	,113
	Náusea e Vômito	,185	25	,028	,855	25	,002
	Náusea e Vômito	,204	25	,009	,883	25	,008
	Dor	,197	25	,013	,926	25	,070
	Dor	,227	25	,002	,838	25	,001
	Dispneia	,495	25	,000	,461	25	,000
	Dispneia	,495	25	,000	,461	25	,000
	Insónia	,345	25	,000	,795	25	,000
	Insónia	,243	25	,001	,853	25	,002
	Perda de Apetite	,231	25	,001	,801	25	,000
	Perda de Apetite	,377	25	,000	,709	25	,000
	Obstipação	,334	25	,000	,744	25	,000
	Obstipação	,286	25	,000	,796	25	,000
	Diarreia	,460	25	,000	,552	25	,000
	Diarreia	,420	25	,000	,593	25	,000
	Dificuldades Financeiras	,227	25	,002	,825	25	,001
	Dificuldades Financeiras	,255	25	,000	,805	25	,000

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

b. Prazer Sexual is constant in one or more split files. It has been omitted.

		Tests of Normality ^b					
		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
Grupo		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Com Intervenção Adicional	Imagem Corporal	,126	25	,200 [*]	,921	25	,055
	Imagem Corporal	,149	25	,154	,899	25	,017
	Funcionamento Sexual	,263	25	,000	,749	25	,000
	Funcionamento Sexual	,389	25	,000	,679	25	,000
	Prazer Sexual	,374	12	,000	,640	12	,000
	Prazer Sexual	,391	8	,001	,641	8	,000
	Perspetivas Futuras	,457	25	,000	,569	25	,000
	Perspetivas Futuras	,528	25	,000	,307	25	,000
	Efeitos da Terapêutica	,108	25	,200 [*]	,934	25	,108
	Sistémica						
	Efeitos da Terapêutica	,146	25	,182	,952	25	,278
	Sistémica						
	Sintomas da Mama	,237	25	,001	,893	25	,013
	Sintomas da Mama	,194	25	,016	,873	25	,005
	Sintomas no Braço	,141	25	,200 [*]	,960	25	,418
	Sintomas no Braço	,298	25	,000	,812	25	,000
	Dificuldades Financeiras	,227	25	,002	,825	25	,001
	Dificuldades Financeiras	,255	25	,000	,805	25	,000

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

b. Prazer Sexual is constant in one or more split files. It has been omitted.

9.QLQ-C30 e QLQ-BR23 – Estudo da Aderência à Normalidade no Grupo sem Intervenção Adicional (1º e 2º Momento de Observação)

Grupo		Tests of Normality ^b					
		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Sem Intervenção Adicional	Estado Global de Saúde	,124	25	,200*	,962	25	,446
	Estado Global de Saúde	,256	25	,000	,846	25	,001
	Funcionamento Físico	,219	25	,003	,867	25	,004
	Funcionamento Físico	,197	25	,014	,926	25	,070
	Funcionamento Ocupacional	,253	25	,000	,878	25	,006
	Funcionamento Ocupacional	,464	25	,000	,544	25	,000
	Funcionamento Emocional	,147	25	,171	,957	25	,353
	Funcionamento Emocional	,199	25	,012	,918	25	,046
	Funcionamento Cognitivo	,250	25	,000	,782	25	,000
	Funcionamento Cognitivo	,172	25	,056	,914	25	,038
	Funcionamento Social	,289	25	,000	,875	25	,005
	Funcionamento Social	,462	25	,000	,584	25	,000
	Fadiga	,167	25	,069	,944	25	,185
	Fadiga	,208	25	,007	,901	25	,020
	Náusea e Vômito	,382	25	,000	,657	25	,000
	Náusea e Vômito	,188	25	,023	,924	25	,064
	Dor	,297	25	,000	,842	25	,001
	Dor	,329	25	,000	,769	25	,000
	Dispneia	,495	25	,000	,461	25	,000
	Dispneia	,506	25	,000	,445	25	,000
	Insónia	,222	25	,003	,875	25	,005
	Insónia	,287	25	,000	,832	25	,001
	Perda de Apetite	,323	25	,000	,766	25	,000
	Perda de Apetite	,237	25	,001	,866	25	,004
	Obstipação	,283	25	,000	,794	25	,000
	Obstipação	,241	25	,001	,837	25	,001
	Diarreia	,515	25	,000	,387	25	,000
	Diarreia	,298	25	,000	,790	25	,000

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

b. Prazer Sexual is constant in one or more split files. It has been omitted.

		Tests of Normality ^b					
		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
Grupo		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Sem Intervenção Adicional	Dificuldades Financeiras	,335	25	,000	,795	25	,000
	Dificuldades Financeiras	,307	25	,000	,840	25	,001
	Imagem Corporal	,169	25	,065	,961	25	,431
	Imagem Corporal	,215	25	,004	,898	25	,016
	Funcionamento Sexual	,317	25	,000	,687	25	,000
	Funcionamento Sexual	,528	25	,000	,307	25	,000
	Prazer Sexual	,460	12	,000	,552	12	,000
	Perspetivas Futuras	,388	25	,000	,625	25	,000
	Perspetivas Futuras	,534	25	,000	,308	25	,000
	Efeitos da Terapêutica Sistémica	,204	25	,009	,870	25	,004
	Efeitos da Terapêutica Sistémica	,241	25	,001	,946	25	,206
	Sintomas da Mama	,188	25	,023	,925	25	,065
	Sintomas da Mama	,212	25	,005	,934	25	,105
	Sintomas no Braço	,167	25	,070	,950	25	,253
	Sintomas no Braço	,260	25	,000	,886	25	,009
	Queda de Cabelo	,316	8	,018	,772	8	,014
	Queda de Cabelo	,473	24	,000	,531	24	,000

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

b. Prazer Sexual is constant in one or more split files. It has been omitted.

II. Autorização do Orientador

Declaração

Para os devidos efeitos declaro que a Mestranda Ana Isabel Sousa, que orientei no seu trabalho de mestrado em Fisioterapia na Escola Superior de Saúde do Alcoitão, desenvolveu uma dissertação com a qualidade necessária para ser presente a provas públicas conducentes ao grau de mestre em Fisioterapia.

Alcoitão, 6 de Agosto de 2015



Carlos Matias Dias

III. Autorização do Co-orientador



ESCOLA SUPERIOR
DE SAÚDE DO ALCOITÃO

Aceitação de co-orientação científica

Maria Miguel de Faria Benta Duarte
com o grau académico de Mestrado
obtido na(a) Escola Nacional de Saúde Pública - Universidade Nova de Lisboa
declara aceitar a função de co-orientador(a) do projecto do(a) aluno(a)
Ana Isabel Pereira de Sousa
inscrito no 3º semestre, da 3ª edição do Curso Mestrado em Fisioterapia, da
Escola Superior de Saúde do Alcoitão, com o título provisório de:
Trabalho de Projeto - "Classe de Movimento: Influência
na qualidade de vida na mulher submetida a cirurgia
a Cansaço da Mama"

Maia declara que aceita igualmente:

- Que o trabalho a desenvolver no âmbito do projecto supracitado seja orientado por (grau) Doutor
(Nome) Carlos Dias
(com a afiliação) _____
- Colaborar com o orientador na realização de um parecer final sobre a qualidade do trabalho desenvolvido e da versão final do projecto a apresentar pelo(a) aluno(a) ao Conselho Técnico Científico da ESSA;
- Se disponibiliza para participar como membro do Júri de discussão do referido projecto, a realizar na ESSA, em data a agendar oportunamente.

Maria Miguel de Faria Benta Duarte
(assinatura)

SANTA
CASA

Escola Superior de Saúde do Alcoitão
R. da Corda Dada - Alcoitão - 2816-806 A, CABO DE RAI
Tel: 351 21 406 74 50 Fax: 351 21 460 74 50
E-mail: geral@essa.pt - www.essa.pt

IV. Pedido de Autorização ao Conselho de Administração do Hospital de Faro

Exmº Sr.

Presidente do Conselho de Administração do
Hospital de Faro. E.P. E.

Dr. Pedro Nunes

Assunto: Pedido de autorização para aplicação do projeto de investigação.

Ana Isabel Pereira de Sousa, Fisioterapeuta colocada no Serviço de Medicina Física e Reabilitação deste Hospital, com o nº mecanográfico 4483, vem solicitar a V/ Exm.º autorização para aplicar, no âmbito do Curso de Mestrado, um questionário a utentes do Serviço de Medicina Física e Reabilitação. O curso de Mestrado que frequenta refere-se ao 3º Mestrado em Fisioterapia, ramo em Saúde da Mulher, ministrado pela Escola Superior de Saúde de Alcoitão, tendo como título de investigação “Classe de Movimento: Influência na Qualidade de Vida da Mulher Submetida a Cirurgia a Cancro da Mama”.

Os questionários recolhidos serão analisados e tratados segundo o método científico garantido o anonimato as utentes inquiridas.

Junto anexa cópia do questionário a ser aplicado.

Encontra-se o investigador disponível para prestar qualquer esclarecimento que julgue V/ Emo.º conveniente.

Com os melhores cumprimentos,

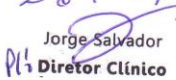
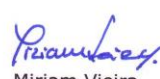
Faro, 14 de Maio de 2013

V. Unidade de Investigação Centro de Formação Investigação e Conhecimento



Centro de Formação,
Investigação e Conhecimento

UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO CENTRO DE FORMAÇÃO INVESTIGAÇÃO E CONHECIMENTO

INFORMAÇÃO	
<p>De: Miriam Vieira – Unidade de Investigação</p> <p>PARA: Comissão de Ética</p>	<p>Data: 16/05/2013</p> <p>DESPACHO: <i>É de autorizar</i> <i>Vai c. A.</i> <i>26/05/2013</i></p> <p style="text-align: right;">  Jorge Salvador PL¹ Diretor Clínico </p>
<p>ASSUNTO: Pedido de Autorização para Estudos de Investigação "Classe de Movimento: Influência na Qualidade de Vida da Mulher Submetida a Cirurgia a Cancro da Mama"</p>	
<p>Vimos por este meio solicitar parecer de V/Exas, referente ao pedido de autorização que se encontra em anexo.</p> <p>Mais se informa, que o presente estudo de investigação careceu de autorização por parte da responsável do serviço.</p> <p>Com os melhores cumprimentos,</p> <p style="text-align: center;">A Unidade de Investigação do CFIC</p> <p style="text-align: center;">  Miriam Vieira </p>	
<p>Anexos: - Estudo "Classe de Movimento: Influência na Qualidade de Vida da Mulher Submetida a Cirurgia a Cancro da Mama".</p>	

VI. Autorização do Conselho de Administração do Hospital de Faro



**Comissão de Ética
para a Saúde**

Autorizado
29.05.2013

O CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Presidente
[Signature]
(Pedro M. H. Nunes)

Vogal Executivo
[Signature]
(Graça Pereira)

Vogal Executiva
[Signature]
(Luís Miguel Martins)
Então Directora
[Signature]
(José Vieira Santos)

**Exm.Senhor
Director Clínico
do Hospital de Faro
Dr. Jorge Salvador**

PARECER

Assunto: Estudo de Investigação “Classe de Movimento: Influência na Qualidade de Vida da Mulher Submetida a Cirurgia a Cancro da Mama”

Investigadora: Ana Sousa

Em relação ao estudo referido em epígrafe, somos de parecer favorável à realização do mesmo, uma vez que não se levantam quaisquer questões do foro ético.

Sem outro assunto, enviamos os nossos cumprimentos.

Faro, 23 de Maio de 2013

A Comissão de Ética para a Saúde do Hospital de Faro, EPE

[Signature]
[Signature]
[Signature]
[Signature]

HOSPITAL DE FARO, E.P.E.
Centro de Formação,
Investigação e Desenvolvimento
Entrada 30.05.2013

Direcção Clínica
Entrada n.º 1195/2013

VII. Pedido de Autorização às Utentes

Exmo. Sr. ª

Vim por este meio solicitar a sua colaboração para um trabalho de investigação, a desenvolver no âmbito da Unidade Curricular Metodologias de Investigação do 1º ano do Mestrado em Fisioterapia no ramo da Saúde da Mulher da Escola Superior de Saúde de Alcoitão.

Este estudo tem como orientador o Professor Doutor Carlos Matias Dias e como co-orientador o Mestre Nuno Duarte.

O presente estudo tem como objetivo geral – saber se as classes de movimento têm influência na qualidade de vida das mulheres com cancro da mama submetidas a cirurgia com esvaziamento ganglionar axilar

Para tal, solicita-se o preenchimento do questionário sendo este confidencial, sendo importante que responda a todas as questões com maior sinceridade possível. Os dados serão apresentados no âmbito estrito a que se destinam e serão tratados na globalidade, sem que os resultados individuais de cada questionário sejam revelados.

Agradecemos a sua colaboração e disponibilidade em participar no presente estudo, na esperança de que este represente um contributo para o aumento da qualidade de vida das mulheres mastectomizadas.

Com
os meus melhores cumprimentos

VIII. Declaração do Consentimento Informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Considerando a “Declaração de Helsinquia” da Associação Médica Mundial, a International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects e os Padrões de Prática da Fisioterapia da Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (2005)

Designação do Estudo

Classe de Movimento: Influência na Qualidade de Vida da Mulher Submetida a Cirurgia a Cancro da Mama

Eu, abaixo-assinado, (nome completo do sujeito) -----

-----, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca do estudo que se tenciona realizar. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o momento a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo na assistência que me é prestada.

Por isso, consinto participar no estudo e que me seja aplicado a intervenção proposta pelo Fisioterapeuta.

Data: ____ / _____ / 20__

Assinatura do doente: _____

O Fisioterapeuta:

Ana Isabel Pereira de Sousa

Assinatura:

IX. Questionário**Questionário*****Dados Sociodemográficos***

Nome:

Idade anos

Estado Civil:

Grau de Escolarização:

4º ano 6º ano 9º ano
 12º ano Licenciatura Mestrado
 Outros Qual:

Tem filhos: Sim Não

Se sim quantos: _____

Situação profissional antes de diagnosticada a doença:

Situação profissional atual:

Rendimento Social:

Superior ao ordenado mínimo Inferior ao ordenado mínimo

Antecedentes pessoais de saúde:

Agregado familiar

Filhos e Marido Filho Marido Pais Outros: Qual: _____

X. Questionário – Classes de Movimento

Questionário – Classes de Movimento

Esta pergunta tem como objetivo saber o grau de satisfação das utentes em relação ao programa de exercícios físicos.

Assinale um X na grelha no número que identifica sendo a sua escolha:

0 corresponde a nada importante

1 corresponde pouco importante

2 corresponde a importante

3 corresponde a muito importante

Qual é a importância que atribui a estas classes de exercício físico?

0	1	2	3
---	---	---	---

XI. Escala EORTC QLQ-C30 (versão 3)

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. Precisou 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 enjoos?	1	2	3	4
15. Vomitou?	1	2	3	4

XII. Escala EORTC QLQ-BR23



EORTC QLQ - BR23

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

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

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