

Millenium, 2(Edição Especial Nº22)

pt

INFLUÊNCIA DA IMAGEM CORPORAL E AJUSTAMENTO SEXUAL NA QUALIDADE DE VIDA DA MULHER PÓS-MASTECTOMIA

INFLUENCE OF BODY IMAGE AND SEXUAL ADJUSTMENT ON THE QUALITY OF LIFE OF WOMEN AFTER MASTECTOMY

INFLUENCIA DE LA IMAGEN CORPORAL Y DEL AJUSTE SEXUAL EN LA CALIDAD DE VIDA DE LA MUJER DESPUÉS DE LA MASTECTOMÍA

Filomena Paulo¹  <https://orcid.org/0000-0002-2989-4402>

Maria Cândida Koch²  <https://orcid.org/0000-0002-5518-8771>

Joana Alvanél¹  <https://orcid.org/0009-0004-8540-1889>

Manuela Ferreira³  <https://orcid.org/0000-0002-8452-2222>

¹ Unidade Local de Saúde Viseu Dão-Lafões, Viseu, Portugal

² Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, Portugal

³ Instituto Politécnico de Viseu, Viseu, Portugal

Filomena Nogueira - filopaulo@live.com.pt | Maria Cândida Koch- candidamkoch@gmail.com | Joana Alvanél – joanaalvane18@hotmail.com |
Manuela Ferreira - mmcferreira@gmail.com



Autor Correspondente:

Filomena Paulo

Edifício Villatrium

3510-733– Viseu - Portugal

filopaulo@live.com.pt

RECEBIDO: 12 de janeiro de 2026

REVISTO: 07 de fevereiro de 2026

ACEITE: 03 de março de 2026

PUBLICADO: 20 de março de 2026

DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0222e.44927>

RESUMO

Introdução: O cancro da mama é a neoplasia mais prevalente entre as mulheres representando um problema de saúde pública. A mastectomia, impacta significativamente na qualidade de vida, afetando a imagem corporal e o ajustamento sexual, influenciados por variáveis sociodemográficas e clínicas.

Objetivo: Analisar a influência da imagem corporal, do ajustamento sexual e das variáveis sociodemográficas e clínicas na qualidade de vida de mulheres submetidas à mastectomia, utilizando a escala EORTC QLQ-C30 como instrumento de avaliação

Métodos: Estudo quantitativo, descritivo correlacional e transversal realizado com uma amostra não probabilística por conveniência de 240 mulheres com idade média de 54,66 anos, maioritariamente de ascendência europeia (98,8%), a viver com companheiro (74,6%), profissionalmente ativas (79,2%) e com o 9.º ano de escolaridade (58,8%). Recolheram-se dados por questionário sociodemográfico, e pelas escalas EORTC QLQ-C30 e SABIS.

Resultados: A imagem corporal pós-cirurgia e o ajustamento sexual mostraram-se preditores da qualidade de vida, associando-se positivamente com a funcionalidade e estado de saúde, e negativamente à intensidade de sintomas. O diagnóstico obtido em idade mais precoce associou-se a maior intensidade sintomática. A idade cronológica associou-se com sintomas mais intensos. Situação laboral, estado civil e imagem corporal pré-cirurgia não foram preditores significativos.

Conclusão: A qualidade de vida em mulheres mastectomizadas está associada a fatores psicossociais, especialmente imagem corporal, ajustamento sexual e idade do diagnóstico, destacando-se a necessidade de programas de um acompanhamento multidisciplinar focado na melhoria da qualidade de vida.

Palavras-chave: qualidade vida; cancro mama; mastectomia imagem corporal; sexualidade feminina

ABSTRACT

Introduction: Breast cancer is the most prevalent neoplasm among women, representing a significant public health issue. Mastectomy has a substantial impact on quality of life, affecting body image and sexual adjustment, which are influenced by sociodemographic and clinical variables.

Objective: To analyze the influence of body image, sexual adjustment, and sociodemographic and clinical variables on the quality of life of women undergoing mastectomy, using the EORTC QLQ-C30 scale as an assessment tool.

Methods: This is a quantitative, descriptive-correlational, and cross-sectional study conducted with a non-probabilistic convenience sample of 240 women with a mean age of 54.66 years, predominantly European ancestry (98.8%), living with a partner (74.6%), professionally active (79.2%), and with a 9th-grade education (58.8%). Data were collected through a sociodemographic questionnaire, and the EORTC QLQ-C30 and SABIS scales.

Results: Post-surgical body image and sexual adjustment were predictors of quality of life, being positively associated with functionality and health status, and negatively with symptom intensity. Diagnosis at a younger age was associated with greater symptom intensity. Chronological age was also related to more intense symptoms. Employment status, marital status, and pre-surgical body image were not significant predictors.

Conclusion: The quality of life in mastectomized women is strongly dependent on psychosocial factors, particularly body image, sexual adjustment, and age at diagnosis, highlighting the need for multidisciplinary support programs focused on improvement quality of life.

Keywords: quality of life; breast cancer; mastectomy; body image; female sexuality

RESUMEN

Introducción: El cáncer de mama es la neoplasia más prevalente entre las mujeres, representando un importante problema de salud pública. La mastectomía impacta significativamente en la calidad de vida, afectando la imagen corporal y el ajuste sexual, influenciados por variables sociodemográficas y clínicas.

Objetivo: Analizar la influencia de la imagen corporal, el ajuste sexual y las variables sociodemográficas y clínicas en la calidad de vida de mujeres sometidas a mastectomía, utilizando como instrumento de evaluación la escala EORTC QLQ-C30.

Métodos: Estudio cuantitativo, descriptivo-correlacional y transversal realizado con una muestra no probabilística por conveniencia de 240 mujeres con una edad media de 54,66 años, predominantemente ascendencia europea (98,8%), que convivían con pareja (74,6%), activas profesionalmente (79,2%) y con estudios equivalentes al noveno grado (58,8%). Se recopilieron datos mediante un cuestionario sociodemográfico y las escalas EORTC QLQ-C30 y SABIS.

Resultados: La imagen corporal posterior a la cirugía y el ajuste sexual fueron predictores de la calidad de vida, asociándose positivamente con la funcionalidad y el estado de salud, y negativamente con la intensidad de los síntomas. El diagnóstico a una edad temprana se asoció con una mayor intensidad sintomática. La edad cronológica también se relacionó con síntomas más intensos. La situación laboral, el estado civil y la imagen corporal previa a la cirugía no fueron predictores significativos.

Conclusión: La calidad de vida en mujeres mastectomizadas depende en gran medida de factores psicossociales, especialmente la imagen corporal, el ajuste sexual y la edad al momento del diagnóstico, lo que resalta la necesidad de programas de acompañamiento multidisciplinario enfocados en la mejorar de la calidad de vida.

Palabras clave: calidad de vida; cáncer de mama; mastectomia; imagen corporal; sexualidade feminina

DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0222e.44927>

INTRODUÇÃO

O cancro da mama é uma das ameaças à saúde feminina em todo o mundo (World Health Organization, 2023; Sung et al., 2021). Em Portugal, é referenciado como sendo o mais comum entre as mulheres, e como uma das principais causas de morte feminina (Ministério da Saúde, 2023). Para além da sua relevância epidemiológica, o cancro da mama acarreta implicações psicológicas e sociais significativas, nomeadamente ao nível da imagem corporal, autoestima e ajustamento emocional. (Fingeret et al., 2014;). A mastectomia, vai muito além da remoção do tumor, e para muitas mulheres, pode comprometer a imagem corporal, a autoestima e a intimidade relacional, constituindo uma experiência potencialmente disruptiva do ponto de vista psicossocial (Pirola et al. (2020).

Estudos recentes mostram que a forma como cada mulher lida com essas mudanças está associada a muitos fatores, como a idade cronológica idade do diagnóstico da doença, estado civil, apoio familiar, história clínica, que influenciam diretamente a sua qualidade de vida (QV).

Este estudo procura compreender de forma mais ampla como a imagem corporal, o ajustamento sexual e alguns fatores sociodemográficos e clínicos se interligam na qualidade de vida das mulheres mastectomizadas.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O cancro da mama é uma das principais inquietações de saúde pública. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2023) e a Agência Internacional para a Investigação em Cancro (IARC, 2025), a prevalência da doença tem aumentado de forma consistente em todas as regiões do mundo, incluindo os países em desenvolvimento, cujo acesso ao diagnóstico precoce e ao tratamento continua bastante limitado.

Em Portugal, a incidência do cancro da mama tem vindo a registar aumentos significativos, sendo atualmente o tipo de cancro mais comum entre as mulheres e uma das principais causas de mortalidade feminina (Ministério da Saúde, 2023).

A redução da mortalidade relacionada com esta patologia requer uma abordagem integrada que inclua estratégias de prevenção primária, programas de rastreio e deteção precoce, bem como o acesso equitativo a terapêuticas eficazes, conforme recomendado por organismos internacionais de saúde (World Health Organization, 2023). A evidência científica tem demonstrado que mulheres submetidas a mastectomia, total ou parcial, podem apresentar alterações significativas em múltiplos domínios da sua vida, com particular impacto na qualidade de vida (Fang et al., 2013; Sebri et al., 2022). No contexto oncológico, a qualidade de vida é entendida como um constructo multidimensional que abrange domínios físicos, emocionais, sociais e funcionais, sendo frequentemente operacionalizada através de instrumentos validados, como os desenvolvidos pelo grupo EORTC (Cella et al., 2011; Bottomley et al., 2019). A mastectomia, ao implicar alterações visíveis na aparência corporal, tem sido associada a dificuldades na perceção da imagem corporal e no ajustamento sexual, podendo influenciar o bem-estar psicológico e relacional das mulheres afetadas. Uma revisão sistemática da literatura realizada por Faria et al. (2021) indica que a maioria dos artigos analisados apontam que a mastectomia agrava a perceção negativa da imagem corporal, prejudica a função sexual e a qualidade de vida da mulher. Um estudo descritivo efetuado por Khmamouche et al. (2021), com mulheres marroquinas, reforçam essa constatação ao identificarem que 58% das pacientes relataram perturbações na imagem corporal e 50% declararam insatisfação sexual após a mastectomia. Os mesmos autores acrescentam ainda que 48% das participantes apresentaram sinais de depressão, o que reflete a complexidade do impacto emocional da cirurgia. Esses dados reforçam a necessidade de uma abordagem terapêutica que leve em consideração os efeitos psicossociais do tratamento e não apenas os resultados oncológicos.

Para além disso, as variáveis sociodemográficas e variáveis clínicas têm sido consideradas como fatores importantes na modulação da qualidade de vida após a mastectomia (Faria et al., 2021; Khmamouche et al., 2021). O estudo de Lundberg & Phoosuwan (2022) destaca que fatores como idade, estado civil, presença de doença prévia, tipo de tratamento (quimioterapia, reconstrução mamária) e suporte social influenciam significativamente a perceção da imagem corporal e a satisfação com a vida em mulheres com cancro da mama. Mulheres mais jovens tendem a referir maiores dificuldades na sua vida sexual após o diagnóstico de cancro da mama, enquanto fatores como estado civil e suporte social influenciam diretamente a perceção emocional e a qualidade de vida (Faria et al., 2021; Khmamouche et al., 2021).

Diferentes estudos enfatizam a relevância de intervenções que abordem simultaneamente os aspetos físicos e emocionais da sexualidade, destacando que a educação em saúde e o suporte psicológico são cruciais para melhorar a qualidade de vida das mulheres com cancro da mama (de Lundberg & Phoosuwan, 2022).

Assim, a qualidade de vida da mulher mastectomizada resulta de uma complexa interação entre fatores físicos, emocionais, sexuais e sociais. Estas evidências reforçam a importância de estratégias de cuidado integradas e humanizadas, que consideram não apenas a tratamento do cancro da mama, mas também a reabilitação psicossocial da mulher mastectomizada. O suporte psicológico, a educação em saúde, o aconselhamento sobre sexualidade e a reconstrução da autoestima são fundamentais para promover uma recuperação plena da dignidade da mulher após a mastectomia.

Nesse sentido, o presente estudo tem como finalidade analisar o impacto da imagem corporal, do ajustamento sexual e das variáveis sociodemográficas e clínicas na qualidade de vida das mulheres mastectomizadas.

DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0222e.44927>

2. MÉTODOS

Delineou-se um estudo descritivo, correlacional, transversal e analítico, justificado pela necessidade de quantificar e descrever as características e as relações entre variáveis sociodemográficas, clínicas, a imagem corporal e o ajustamento sexual com a QV das participantes mastectomizadas. O desenho transversal permitiu uma análise da situação atual sem a necessidade de acompanhamento longitudinal. A análise analítica, possibilitou entender como as variáveis enunciadas tendem a influenciar a qualidade de vida.

2.1 Amostra

A amostra selecionada é do tipo não probabilístico por conveniência constituída por 240 mulheres com idade compreendida entre 30 e 75 anos ($M = 54,66$; $DP = 9,48$). A distribuição etária foi organizada por tercis, com base na distribuição empírica da amostra, resultando em três grupos com frequências aproximadas: ≤ 50 anos (34,6%), >50 e <60 anos (36,7%) e ≥ 60 anos (28,7%). Cerca de 75,0% vive com companheiro e 98,8% é de ascendência europeia. Apurou-se que 58,8% possui como habilitações até ao 3º ciclo, revelador de uma baixa literacia. As que possuem o ensino secundário (17,9%) e ensino superior (23,3%) ascendem na sua globalidade a 41,2%. Habitam maioritariamente (52,5%) em zona urbana e 79,2% exercem uma atividade profissional (**Anexo 1**). Como critério de inclusão, foram selecionadas mulheres diagnosticadas com cancro da mama submetidas a mastectomia total ou parcial e cirurgia conservadora (tumorectomia e quadrantectomia) como critério de exclusão, mulheres com doença metastática ativa no momento da recolha de dados.

2.2 Instrumentos de Recolha de Dados

A recolha de informação efetuou-se através de três instrumentos: (i) Questionário sociodemográfico obstétrico e clínico que permite a caracterização sociodemográfica, (idade, estado civil, habilitações literárias, local de residência, situação profissional), obstétrica (gravidez, parto e amamentação) e clínica (tipo de cirurgia, tempo desde o diagnóstico, tratamentos realizados), elaborado com base na literatura científica relevante e sujeito a análise prévia de clareza e compreensão

(ii) European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 30 (EORTC QLQ-C30) A qualidade de vida foi avaliada através do *European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 30* (EORTC QLQ-C30), na versão validada para a população portuguesa (Pais-Ribeiro 2008). O instrumento é composto por 30 itens organizados em: cinco escalas funcionais, uma escala global de saúde/qualidade de vida, três escalas de sintomas, seis itens de sintomas isolados. As respostas são apresentadas em formato Likert de 4 pontos, exceto a escala global de saúde, que utiliza escala de 7 pontos. A utilização da versão validada para Portugal assegura adequação linguística e cultural ao contexto nacional, dado tratar-se de um instrumento nuclear para avaliação de doentes oncológicos, incluindo mulheres com cancro da mama.

(iii) Adjustment and Body Image in Breast Cancer Patients (SABIS), o ajustamento sexual e a imagem corporal foram avaliados através da *Sexual Adjustment and Body Image Scale in Breast Cancer Patients* (SABIS). A escala integra subescalas destinadas à avaliação da imagem corporal pré e pós-cirurgia e do ajustamento sexual, utilizando formato de resposta tipo Likert.

Foi utilizada a versão portuguesa submetida a estudo psicométrico por Paulo et al. (2022), que evidenciou propriedades adequadas de validade e fiabilidade.

2.3 Análise Estatística

A análise estatística foi conduzida em duas etapas. Inicialmente, procedeu-se à análise descritiva das variáveis com recurso ao IBM SPSS Statistics versão 28 para Windows e Jasp versão 0.19.0, incluindo medidas de tendência central, dispersão e frequências relativas. Foram verificados os pressupostos de normalidade univariada através da análise de assimetria e curtose.

Posteriormente, foi estimado um **Modelo de Equações Estruturais (Structural Equation Modeling – SEM)** com recurso ao software AMOS (versão 28), permitindo a análise simultânea das relações entre variáveis latentes e manifestas. O modelo incluiu como variáveis endógenas as três dimensões da qualidade de vida (estado global de saúde, funcionalidade e sintomas), operacionalizadas como constructos latentes, e como variáveis exógenas a imagem corporal pós-cirurgia, o ajustamento sexual e variáveis clínicas relevantes (idade do diagnóstico e idade cronológica).

A estimação foi realizada pelo método da máxima verosimilhança (Maximum Likelihood)

A significância dos coeficientes estruturais foi avaliada com base nos valores críticos (CR) e respetivos níveis de significância ($p < .05$). O protocolo de investigação foi submetido à aprovação da Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPD) e da Comissão de Ética para a Saúde com a referência 02/18/03/2019, com parecer favorável. A recolha de dados decorreu entre abril de 2022 e fevereiro de 2024.

Todos as participantes receberam informações pormenorizadas sobre o estudo, sendo solicitada a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Garantiu-se o anonimato, a confidencialidade dos dados recolhidos e o respeito pela sua autonomia. Foi-lhes igualmente explicado que a participação era voluntária, podendo desistir do estudo a qualquer momento, sem qualquer prejuízo ou benefício.

DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0222e.44927>

3. RESULTADOS

3.1 Variáveis contextuais à gravidez, parto e amamentação

O **Anexo 1** caracteriza a amostra relativamente à gravidez, ao parto e amamentação. No que aponta ao número de gravidezes verificou-se que a amplitude se situou entre zero e máxima de cinco gravidezes (média= 1.96 ±1.14 dp). A maior prevalência (40,6%) situa-se nas duas gravidezes. De registar que 13,3% da amostra nunca engravidou. Das 208 participantes que engravidaram (86,7%), a idade da última gravidez ocorreu para 1,9% da amostra aos 19 anos e para 24,7% acima dos 35 anos, idade que já é considerada uma gravidez de risco. O número de filhos é para 41,7% da amostra de dois e para 26,3% de apenas um. Aproximadamente 85,0% amamentou com um tempo de amamentação (39,2%) de mais de um ano. Mais de 80,0% já não é menstruada e para estas, a idade média da última menstruação ocorreu aos 47,04 anos (±5,941 dp).

3.2 Caracterização clínica

Quanto à caracterização clínica (cf. Anexo 1), verificou-se que mais de metade (50,4%) das participantes identificaram a alteração através do autoexame, 30,4% no âmbito de rastreio, 15,8% por profissional de saúde e 3,3% pelo companheiro. A idade do diagnóstico variou entre 28 anos e 72 anos, (M= 50.46 anos ± 9,92 Dp), tendo sido categorizada em tercis com frequências semelhantes: ≤45 anos (34,6%), 45–55 anos (31,7%) e ≥55 anos (33,8%). Quanto ao tipo de cirurgia realizada, 59,2% foram submetidas a mastectomia total, 34,2% a tumorectomia, 4,2% a quadrantectomia e 2,5% a mastectomia parcial.

Só 19,6% efectuou reconstrução mamária, envolvidos entre um e dois anos pós-cirurgia. Realizaram tratamento coadjuvante 76,7% das inquiridas com destaque para a quimioterapia e radioterapia individual ou combinada com outras terapias. Recorreram a terapias complementares 22,1% da amostra, sendo que destas destaca-se a acupuntura (49,1%), Reiki (18,9%) e Osteopatia (9,4%).

3.3 Imagem corporal e ajustamento sexual

A imagem corporal antes da cirurgia registou o índice médio mais elevado (média = 52.67; dp= 14.48) e o menor na imagem corporal após cirurgia (M= 32.22; DP= 20.21), (cf. **Anexo 2**).

Denota-se correlação inversa ($r = -0.127$), mas significativa entre o ajustamento sexual e a imagem corporal antes da cirurgia, ou seja, mulheres que revelam pior imagem corporal antes da cirurgia possuem um melhor ajustamento sexual. A melhor correlação ($r = 0.448$) obtém-se entre o ajustamento sexual e a imagem corporal após a cirurgia com uma variabilidade de 20,07% e variando em sentido direto, ou seja, a um menor ajustamento sexual corresponde uma menor imagem corporal após a cirurgia ou vice-versa e o mesmo ocorre entre a imagem corporal antes vs após a cirurgia cuja correlação é de 0,184.

3.4. Qualidade de vida das mulheres mastectomizadas

As estatísticas e valores correlacionais das escalas da qualidade de vida. Registaram-se índices mínimos de 0,00 e o máximo de 100,00 em todos os fatores, exceto no funcionamento físico da escala funcional. Na escala funcional, os índices médios oscilam entre 60,93 no funcionamento emocional e 84,37 no funcionamento social com um índice global médio de 73,90 (±14,93 dp), o que poderá traduzir boa qualidade de vida, neste parâmetro. As escalas de sintomas são reveladoras de baixa intensidade de sintomas, sendo o mais preocupante a insónia cuja média foi de 42,77, (± 33,17 dp), (anexo 3).

Denota-se (**anexo 4**) que o estado global de saúde se correlaciona positivamente e significativamente com a escala funcional ($r = 0.489$), com variabilidade de 23,91%, o que significa que a um maior nível de saúde global se associa uma melhor qualidade de vida ou vice-versa. Observa-se uma correlação inversa e significativa entre esta mesma escala e a escala de sintomas ($r = -0.415$) e entre a escala funcional e a escala de sintomas ($r = -0.774$) com variabilidades de 17.22% e 59.90%, respetivamente, ou seja, a uma menor intensidade de sintomas corresponde uma melhor qualidade de vida no que respeita à saúde global e ao nível de funcionamento.

3.6. Análise inferencial

Analisada a relação entre as variáveis sociodemográficas e as subescalas da qualidade de vida, verificou-se que a idade não estabeleceu relação estatística com a qualidade de vida, embora se tenha verificado melhor estado de saúde e funcionalidade nas participantes mais jovens e maior intensidade de sintomas nas que possuem idade entre os 50 e 60 anos. Com o estado civil registou-se uma melhor qualidade no estado de saúde geral nas que habitam sem companheiro, mas com maior intensidade de sintoma, embora sem diferenças significativas entre os grupos. As habilitações literárias predizem em todas as subescalas melhor qualidade de vida.

O local de residência estabelece significância marginal ($p = 0.051$) no estado funcional e não significativa nos restantes, registando-se, porém, melhor estado de saúde geral e funcional nas residentes na zona urbana e maior intensidade de sintomas nas da zona rural.

Por último, as diferenças encontradas entre os grupos respeitantes à situação profissional não são estatisticamente significativas (Anexo 5).

DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0222e.44927>

Quanto às variáveis contextuais à gravidez, parto e amamentação e a qualidade de vida (**Anexo 5**), verificou-se que o número de gravidezes não tem influência na qualidade de vida, mas os índices médios informam que as participantes que nunca engravidaram possuem melhor estado de saúde, funcionalidade e menor intensidade de sintomas enquanto que as mulheres com duas gravidezes maior intensidade de sintomas e as com três ou mais gravidezes um pior estado de saúde e menor funcionalidade. A existência de filhos não prediz a qualidade de vida, mas verificou-se que as que não tiveram filhos indiciam melhor estado de saúde e de funcionalidade e menores índices de intensidade de sintomas face às congéneres com filhos. Para as que tiveram filhos, apurou-se que a melhor qualidade de vida recaiu sobre quem teve dois filhos no estado de saúde e funcionalidade e a menor para quem teve três ou mais, sendo que a intensidade de sintomas é mais elevada neste mesmo grupo. O facto de terem ou não amamentado não teve repercussões estatísticas na qualidade de vida destas mulheres, mas o estudo da relação entre as mulheres que são ou não menstruadas e a qualidade de vida permitiu apurar que as mulheres que ainda menstruam revelaram melhor estado de saúde e funcionalidade e menor intensidade de sintomas com significância estatística nas três dimensões. Numa análise global à relação entre as variáveis de caracterização clínica e a qualidade de vida, apurou-se que nenhuma variável se manifestou como preditora. Todavia, verificou-se que as participantes em que a doença foi detetada pelo companheiro são reveladoras de melhor estado de saúde global. A melhor funcionalidade registou-se naquelas cuja doença foi detetada pelo profissional de saúde e a maior intensidade de sintomas nas que foi detetada através de exame de rastreio. Também se verificou que o melhor estado de saúde global e melhor funcionalidade surgiram nas mulheres mais jovens e a maior intensidade de sintomas nas de idade intermédia (45 – 55 anos). Por outro lado, quem realizou mastectomia registou melhor estado de saúde global, embora sejam as que apresentam maior intensidade de sintomas. É naquelas que foram submetidas a tumorectomia que se registou melhor funcionalidade. As mulheres que realizaram reconstrução mamária revelaram um melhor estado de saúde, melhor funcionalidade e menor intensidade de sintomas, enquanto as que não realizaram tratamento coadjuvante possuem melhor qualidade de vida nas duas primeiras vertentes e maior intensidade de sintomas. A realização de terapia integrativa contribuiu para um melhor estado de saúde global, mas simultaneamente maior intensidade de sintomas, enquanto as que não realizaram registaram uma melhor funcionalidade (anexo 6). Finaliza-se a análise inferencial estudando a relação das variáveis arroladas com a imagem corporal antes e após a cirurgia e ajustamento sexual às quais se incorporaram a idade cronológica e a idade do aparecimento da doença oncológica com a qualidade de vida. Pelos rácios críticos (anexo 7) verificou-se que apenas são significativas as trajetórias da idade cronológica e idade do aparecimento da doença com a intensidade dos sintomas, da imagem corporal após cirurgia e ajustamento sexual com a qualidade de vida nas três subescalas (estado de saúde, escala funcional e intensidade de sintomas). O output gráfico sintetiza as relações entre as variáveis manifestas e as respetivas variáveis latentes e apresenta os pesos fatoriais.

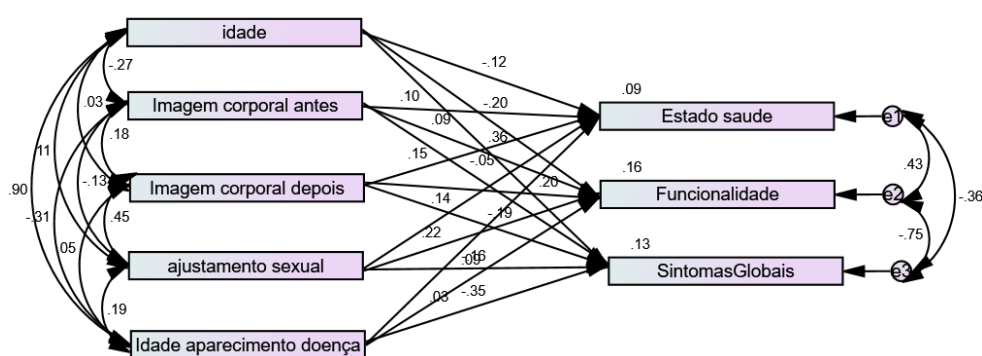


Figura 1 – Output gráfico do modelo inicial entre as variáveis independentes com a qualidade de vida

Refinado o modelo, verificou-se (**anexo 7**) que são variáveis preditoras da intensidade de sintomas a idade cronológica, a idade de aparecimento de sintomas e a imagem corporal depois da cirurgia. Enquanto que com as duas primeiras variáveis a relação estabelecida é em sentido direto, o que significa dizer que as participantes com menos idade e cujo aparecimento da doença oncológica ocorreu mais cedo possuem menor intensidade de sintomas, com a imagem corporal após cirurgia a relação tem sentido inverso, ou seja, a menores índices na imagem corporal correspondem a uma maior intensidade de sintomas. Por último, de destacar que a imagem corporal após cirurgia e o ajustamento sexual estabelecem uma relação direta com a funcionalidade, o

DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0222e.44927>

que permite afirmar que com um melhor ajustamento sexual e melhor imagem corporal após cirurgia, melhor a funcionalidade. De registrar que o ajustamento sexual apenas apresenta uma significância marginal.

A figura 2 apresenta o modelo final refinado onde se apresentam as variáveis predictoras e os pesos fatoriais das mesmas com as variáveis latentes com as quais se associam. Como se observa, os maiores pesos fatoriais são registados na trajetória da idade de aparecimento da doença oncológica ($\lambda = -0.31$) com a intensidade de sintomas e da imagem corporal após a cirurgia com a funcionalidade ($\lambda = 0.280$) com a intensidade de sintomas ($\lambda = -0.270$). A maior variabilidade registra-se com as variáveis predictoras da funcionalidade.

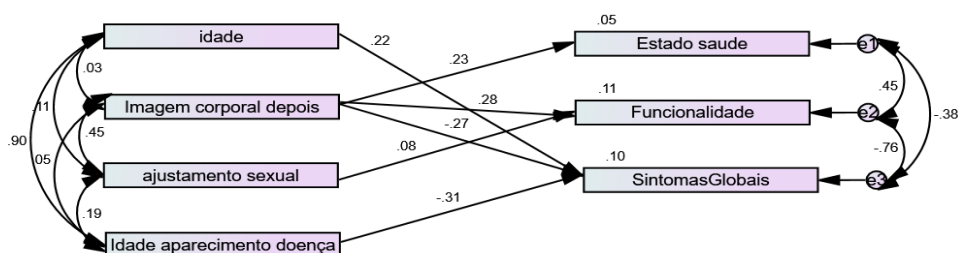


Figura 2 – Output gráfico do modelo final refinado

4. DISCUSSÃO

A literatura recente indica que as mulheres com cancro da mama submetidas a mastectomia total ou parcial e/ou tumorectomia enfrentam desafios significativos na sua qualidade de vida, influenciada por fatores como a imagem corporal, sexualidade, variáveis sociodemográficas, da gravidez, parto e amamentação e variáveis clínicas, frequentemente associadas com sentimentos de perda, diminuição da feminilidade e comprometimento nas relações íntimas (Battistello et al., 2025; Brajković et al., 2021)

O uso da escala EORTC-QLQ-C30 que avalia a qualidade de vida, permite uma análise multidimensional dos efeitos do tratamento oncológico. Um dos resultados a salientar é dado pelo estado de saúde global cujo valor médio de 59,3 (DP = 21,7), indica uma percepção moderada da saúde das participantes. Este valor, sendo inferior ao de populações de referência saudáveis, sugere que a experiência do cancro de mama, da mastectomia e tumorectomia tem impacto na autoavaliação da saúde (Ionescu et al., 2024).

No que aponta às escalas funcionais, os resultados globais evidenciam uma média geral de 73,9 (DP = 14,9), sinalizando um bom nível de funcionamento geral. De entre os domínios funcionais específicos, salienta-se o funcionamento social com a média mais elevada (M = 84,37), sugerindo que as participantes mantêm bons níveis de interação e apoio social. Em contrapartida, o funcionamento emocional apresentou uma das médias mais baixas (M = 60,93) e alta variabilidade (CV = 43,36%), o que aponta para um impacto significativo do estado emocional na qualidade de vida dessas mulheres pós-mastectomia. Este achado é coerente com a literatura, que destaca a carga emocional associada à perda da mama, à alteração da imagem corporal e ao medo da recidiva, com repercussões claras no bem-estar psicológico (Gil-Olarte et al., 2022). Em resumo, o funcionamento físico (M = 80,2) e o social (M = 84,4) são os domínios que obtiveram melhores scores. Por outro lado, a escala de sintomas apresenta uma média global de 26,09 e coeficiente de variação de 57,33%, o que evidencia uma considerável variabilidade individual na experiência dos sintomas. Os sintomas mais reportados foram a insónia (M = 42,8), dor (M = 34,6) e fadiga (M = 33,8), todos eles reconhecidos e relevantes como fatores que podem interferir na qualidade de vida das participantes. Poikonen-Saksela et al. (2022), ao utilizarem uma análise de rede (graphical LASSO) com o instrumento EORTC QLQ-C30, confirmaram que a fadiga e os sintomas emocionais constituem os principais fatores centrais interligados ao sofrimento, interferindo diretamente na percepção da saúde global. Adicionalmente, Ionescu et al. (2024) destacam que sintomas como dor e distúrbios do sono agravam a instabilidade emocional e afetam negativamente a reinserção social e profissional das mulheres mastectomizadas.

Um outro fator relevante é o impacto financeiro, cuja média neste estudo foi de 20,8, o que, por si só, pode representar um desafio importante, especialmente em contextos de saúde pública com acesso desigual à reabilitação e reconstrução mamária. O estudo de González et al. (2024) reforça que a mastectomia, além do impacto físico, também impõe desafios psicossociais, afetando a autoestima, relações conjugais e a sexualidade.

A correlação negativa observada entre a escala de sintomas e o estado funcional ($r = -0,774$; $p < 0,001$) e entre intensidade de sintomas e estado global ($r = -0,415$; $p < 0,001$) evidencia a influência dos sintomas na fraca qualidade de vida da mulher mastectomizada. Resultados recentes com o EORTC QLQ-C30 confirmam que maiores níveis de fadiga, dor e sintomas emocionais se associam a pior funcionamento físico e global, como demonstrado por Makhnevych et al. (2024).

A correlação positiva entre o estado de saúde global e a funcionalidade ($r = 0,489$; $p < 0,001$) está em consonância com os estudos que validam a consistência interna do EORTC QLQ-C30 e confirmam que níveis mais elevados de funcionalidade se associam a uma melhor percepção de saúde, conforme evidenciado por Rech et al. (2023).

DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0222e.44927>

Esta relação tem sido amplamente demonstrada em estudos recentes com doentes com cancro da mama, que evidenciam que uma maior capacidade funcional se associa a menores níveis de ansiedade, maior autonomia e melhor qualidade de vida (Rech et al., 2023; Brajković et al., 2021).

O estudo dos determinantes sociodemográficos como idade, estado civil, habilitações literárias, local de residência e situação profissional permitiu encontrar variações em alguns aspetos na qualidade de vida. Efetivamente, embora os resultados do presente estudo não tenham revelado uma relação significativa entre idade e qualidade de vida global, funcionalidade ou intensidade de sintomas, observou-se uma tendência de melhor qualidade de vida nas participantes mais jovens (≤ 50 anos) especialmente no domínio funcional e com menor intensidade de sintomas. Já as mulheres com idade entre os 50 e 60 anos foram as que exibiram o pior estado de saúde e maior intensidade de sintomas. Estes dados corroboram os obtidos por Pilz et al. (2024), que demonstraram que a idade influencia diferentes dimensões da qualidade de vida, ainda que nem sempre de forma significativa. Estes mesmos autores e Campos et al., (2024) acrescentam que mulheres mais jovens tendem a apresentar melhor funcionamento físico e emocional, possivelmente devido a maior resiliência e capacidade de recuperação pós-tratamento, enquanto que mulheres entre 50 e 60 anos, frequentemente em transição para a menopausa, podem experienciar sintomas mais intensos relacionados com o tratamento.

Apesar do estado civil não estabelecer relação com os domínios da EORTC QLQ-C30, observaram-se, no entanto, diferenças práticas entre os grupos. Com efeito, mulheres que vivem sem companheiro reportaram um melhor score no estado de saúde global, mas maior intensidade de sintomas, enquanto as mulheres a habitarem com companheiro patentearam melhor funcionamento global. Esse padrão encontra suporte em estudos como o de Campos et al. (2024), que associaram a presença de companheiro à melhoria do funcionamento emocional e à redução da fadiga e sintomas psicológicos. No entanto, outros autores como Santos et al. (2024) observaram que mulheres solteiras ostentaram um melhor funcionamento emocional, sugerindo que o impacto do estado civil pode variar em função de fatores como suporte social, coping individual e dependência emocional.

Quanto às habilitações literárias, os resultados revelaram diferenças estatísticas significativas entre os grupos nos três domínios da qualidade de vida. Observou-se que as mulheres com o ensino secundário mostraram melhores indicadores de qualidade de vida em saúde geral ($M=64.34$), nos indicadores funcionais ($M=77.77$), e menores índices na intensidade de sintomas ($M=20.03$) seguidas pelas mulheres com ensino superior sendo as que possuem apenas o 1.º ciclo as que evidenciaram piores resultados. Estes achados estão em consonância com a literatura, que identifica a escolaridade como um fator determinante para a qualidade de vida após a mastectomia, estando associada a melhor funcionamento físico, emocional e cognitivo (Rose et al., 2024). Os mesmos autores reforçam que a literacia em saúde, a capacidade de compreender instruções terapêuticas e o acesso a informação influenciam diretamente a forma como as pacientes lidam com o diagnóstico e o tratamento. Por sua vez, Pilz et al. (2024) verificaram no seu estudo que a maiores níveis de escolaridade se associam a melhor perceção de saúde, maior autonomia na gestão da doença e maior compreensão das etapas do tratamento e da mesma forma, Konieczny et al. (2020) identificaram que a baixa escolaridade constitui um fator de vulnerabilidade, estando associada a uma menor qualidade de vida em pacientes com cancro da mama. Ainda Campos et al. (2024) reforçam que as mulheres com menor nível de instrução relatam maior intensidade de sintomas, o que corrobora os achados do presente estudo.

No que respeita ao local de residência, não foram encontradas significâncias estatísticas entre as residentes em zonas urbanas e as residentes em zonas rurais. Contudo, a funcionalidade revelou uma significância marginal ($p=0.051$), com vantagem para as residentes em meio urbano. Estas últimas reportaram, contudo, menor intensidade de sintomas, reforçando estes achados de que populações rurais enfrentam barreiras no acesso a cuidados de saúde especializados, apoio psicológico e serviços de reabilitação (Campos et al., 2024). Ainda que o resultado estatístico não se constitua como conclusivo, os dados sugerem a existência de desigualdades geográficas na experiência de doença, o que é consistente com a literatura consultada.

Por fim, no que se refere à situação profissional, também não se registaram diferenças significativas entre as mulheres que exercem uma atividade profissional (ativas) e as que não exercem (não ativas). Ainda assim, os dados revelaram que as mulheres que continuam a exercer atividade profissional são reveladoras de pior estado geral de saúde ($M=59.03$ vs 60.33), melhor funcionalidade ($M=74.01$ vs $M=73.51$) e maior intensidade de sintomas ($M=23.31$ vs 22.00). Este padrão pode ser interpretado à luz do duplo impacto da manutenção da atividade laboral. Por um lado, o trabalho pode promover uma sensação de normalidade e contribuir positivamente para o funcionamento emocional e social. Por outro, pode sobrecarregar fisicamente e intensificar sintomas relacionados ao tratamento oncológico. Campos et al. (2024) destacam que o regresso ao trabalho é benéfico em termos de funcionalidade, mas pode estar associado a um aumento de stress e fadiga, o que pode explicar os resultados encontrados neste estudo.

Em relação à paridade, a amostra apresentou uma média de 1.96 gravidezes, com quase 30% das participantes a terem três ou mais gravidezes. Em sentido oposto 13,3% das mesmas nunca engravidaram. Apesar de não se ter encontrado uma associação estatística significativa com os scores da qualidade de vida, observou-se que as mulheres que nunca engravidaram são reveladoras de melhor estado de saúde ($M=62,76$) e melhor funcionalidade ($M=74,79$), enquanto as que tiveram duas gravidezes apresentaram maior intensidade de sintomas ($M=23,54$). Estes resultados corroboram a de outros estudos quando referem que a paridade elevada pode estar associada a uma menor qualidade de vida em mulheres com cancro da mama (Campos et al., 2024). Os

DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0222e.44927>

resultados deste estudo também indicam que as mulheres com três ou mais gravidezes mostraram pior estado de saúde e funcionalidade (OM = 55,86 vs 72,83).

Quanto à idade da última gravidez, o estudo evidenciou que 24,7% das mulheres tiveram uma gravidez tardia acima dos 35 anos. Embora o impacto direto sobre a qualidade de vida pós-mastectomia não esteja ainda amplamente estudado, alguns estudos evidenciam que uma gestação tardia implica uma maior probabilidade de complicações, nomeadamente hipertensão arterial e risco de hemorragia, o que pode prolongar os efeitos físicos da cirurgia e dos tratamentos, resultando daí também pontuações mais baixas nos domínios funcionais e sintomáticos da escala EORTC QLQ-C30 (Ionescu et al., 2024).

Embora não significativos, os dados obtidos sugerem que a existência de dois filhos está associada a melhores índices de estado de saúde e funcionalidade (OM=60,50 vs OM=74,37), enquanto que as mães com três ou mais filhos se correlacionam com uma pior qualidade de vida (OM= 57,03 vs OM= 72,00).

Constatou-se que 84,6% das mulheres amamentaram, sendo que destas 39,2% por mais de um ano e apenas 24,4% por menos de três meses. A amamentação prolongada foi apontada em estudos recentes como um fator associado à melhor imagem corporal e função emocional e menor angústia psíquica após tratamento cirúrgico para o cancro da mama (Yao et al., 2024). Esta variável não se revelou estatisticamente significativa, mas as ordenações médias ilustram que mulheres que não amamentaram apresentaram melhores índices no estado de saúde (OM= 62,50) e funcionalidade (OM= 76,66), em comparação com as que amamentaram (OM= 58,09 vs OM= 73,24). Além disso, estas últimas reportaram maior intensidade de sintomas (OM=23,96 vs OM=19,95).

Também se verificou que mais de 80% da amostra já se encontrava em menopausa na altura da realização do estudo, decorrendo esta em média aos 47,00 anos. A literatura menciona que a menopausa precoce, especialmente em contexto de mastectomia, agrava sintomas como alterações de humor, fadiga e alterações cognitivas, afetando negativamente a qualidade de vida (Ionescu et al., 2024). Esta foi a única variável que se pautou como significativa depreendendo-se pelos resultados obtidos de que as mulheres que ainda menstruam ostentaram índices mais elevados no estado de saúde, na funcionalidade e menores índices na intensidade de sintomas. O estudo de Ionescu et al. (2024) mostrou que as mulheres pré-menopáusicas possuem uma melhor funcionalidade física, emocional e maiores pontuações de bem-estar geral do que as pós-menopáusicas, o que se traduz em melhor desempenho nos componentes da EORTC QLQ-C30.

Alinhadamente com estudos recentes, verificou-se que mulheres que mantêm a menstruação após o tratamento oncológico tendem a apresentar menor intensidade de sintomas como fadiga e dor, bem como melhor perceção funcional. Por outro lado, a menopausa induzida pelo tratamento associa-se a maior fadiga, insónia e declínio dos scores de qualidade de vida (Scally et al., 2024).

No que respeita à forma de deteção da doença, o estudo realizado revelou que em metade da amostra a doença foi detetada através do autoexame da mama, seguindo-se o rastreio e a intervenção de profissionais de saúde. Concluiu-se também que as participantes em que a doença foi detetada pelo companheiro reportaram melhores índices no estado de saúde global, enquanto que naquelas cuja deteção ocorreu pelo rastreio mostraram maiores níveis de sintomas. Apesar de não se ter registado significância estatística no presente estudo, os dados sugerem que a deteção mais tardia pode estar associada a maior intensidade sintomática, o que se explica pelo diagnóstico, muitas vezes, em estádios mais avançados.

Verificou-se que o diagnóstico oncológico ocorreu em média aos 50,46 anos, com predomínio após os 55 anos em 65,0% da amostra. Todavia, é perceptível a existência de uma maior tendência para um melhor estado de saúde global e funcionalidade nas mulheres mais jovens, enquanto que a intensidade de sintomas foi superior no grupo de idade intermédia (45-55 anos). Apesar dos dados do presente estudo não apresentarem significância estatística, os resultados alinham-se com a literatura. Estudos recentes indicam que mulheres diagnosticadas com cancro da mama antes dos 45 anos tendem a apresentar maior sofrimento emocional e preocupações com a imagem corporal, apesar de níveis superiores de funcionalidade física. Em contrapartida, mulheres mais velhas revelam maior aceitação psicológica e menor intensidade sintomática (Yao et al., 2024).

Quanto ao tipo de cirurgia, a mastectomia total foi a mais prevalente, sendo secundada pela tumorectomia. Ressalva-se que este tipo de cirurgia está associado a uma melhor funcionalidade e a mastectomia a uma melhor perceção de estado de saúde global e a uma maior intensidade de sintomas. Estes resultados corroboram a literatura recente, que identifica a tumorectomia como promotora de uma melhor qualidade de vida nos domínios físico e emocional. O estudo longitudinal de Gulis et al. (2024) demonstrou diferenças significativas a favor da tumorectomia, com melhores resultados nos domínios físico, funcional e de imagem corporal do QLQ-C30 ao longo do primeiro ano após a cirurgia. De forma consistente, Nsaful et al. (2024) observaram que mulheres submetidas às cirurgias conservadoras apresentaram uma qualidade de vida superior, reforçando a importância do tipo de cirurgia como preditor relevante da recuperação funcional e emocional.

No que respeita à reconstrução mamária a baixa adesão observada (19,6%) parece preocupante principalmente quando é sabido que esta está associada a uma melhor qualidade de vida global e da imagem corporal. O estudo de Brorson et al. (2022) demonstrou melhoria significativa da qualidade de vida e redução dos níveis de ansiedade após reconstrução mamária.

No presente estudo, observou-se que mulheres que não realizaram tratamento adjuvante reportaram melhor estado de saúde global e funcionalidade, enquanto as que realizaram apresentaram maior intensidade de sintomas, diferença estatisticamente

DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0222e.44927>

significativa. Estes resultados estão em consonância com os achados de Parvizi et al. (2023), que demonstraram um impacto negativo prolongado da quimioterapia e radioterapia nos domínios funcionais e sintomáticos do EORTC QLQ-C30.

Por último, a utilização de terapias integrativas, incluindo entre outras a acupuntura, Reiki e osteopatia realizada por cerca de 22,0% da amostra, esteve associada a uma melhor percepção do estado global de saúde. Estas observações encontram suporte em revisões sistemáticas recentes, como a realizada por Li et al. (2024), que demonstraram que a acupuntura melhora significativamente a qualidade de vida global em mulheres com cancro da mama, com diferenças médias superiores a 7 pontos no QLQ-C30. Estudos recentes indicam que a acupuntura reduz a fadiga e melhora o sono e a função física em pacientes oncológicos, incluindo sobreviventes de cancro da mama (Li et al., 2024).

Discute-se finalmente a regressão linear múltipla multivariada que permitiu comparar o modelo onde se inseriu um conjunto alargado de variáveis manifestas idade cronológica, idade de aparecimento da doença, imagem corporal antes da cirurgia e imagem corporal após a cirurgia e ajustamento sexual. e o modelo refinado, que integrou apenas as que se manifestaram com significado estatístico relevante para os desfechos da qualidade de vida. Como variáveis latentes figuram o estado de saúde, a funcionalidade e intensidade de sintomas.

No modelo inicial, a variável idade cronológica apresentou uma associação significativa apenas com a intensidade de sintomas ($\beta = 0,607$; $p = 0,009$; $\lambda = 0,365$), indicando que as participantes mais idosas mencionaram maior intensidade de sintomas. Este efeito direto, em sentido positivo, reflete uma tendência observada em vários estudos, que indicam que com o avançar da idade há maior vulnerabilidade a sintomas físicos persistentes, como fadiga, dor e diminuição da capacidade funcional (Xiao et al., 2025). Contudo, a idade não se apresentou como preditor significativo com o estado de saúde global nem com a funcionalidade, sugerindo que o principal impacto desta variável se concentra no aumento da carga sintomática. Após o refinamento do modelo, a idade cronológica manteve-se como preditor exclusivo da intensidade de sintomas ($\beta = 0,370$; $p = 0,016$; $\lambda = 0,223$), embora haja uma diminuição do peso fatorial. Este resultado confirma a robustez desta relação, sublinhando que o avanço da idade se associa consistentemente a maior intensidade de sintomas, mesmo após controlo das restantes variáveis. A persistência deste efeito reforça a importância da monitorização e intervenção específica para o controlo de sintomas físicos em mulheres mastectomizadas com idades mais avançadas.

Já no que respeita à idade do diagnóstico da doença oncológica, observou-se uma diferença interessante entre os modelos. No modelo inicial, esta variável apresentou associações marginais e inconsistentes. No entanto, no modelo refinado, emergiu como preditor significativo da intensidade de sintomas ($\beta = -0,497$; $p < 0,001$), evidenciando um efeito inverso ao da idade cronológica, isto é, as mulheres diagnosticadas em idades mais jovens referiram maior intensidade sintomática. Este duplo efeito sugere um perfil sintomatológico distinto com mulheres mais jovens afetadas por sintomas psicossociais (ex.: ansiedade, alterações de imagem corporal) e mulheres mais idosas afetadas por sintomas físicos persistentes, um fenómeno descrito por Santos et al., (2024).

Por outro lado, a imagem corporal antes da cirurgia, embora incluída no modelo inicial, não revelou qualquer impacto estatístico significativo sobre as três variáveis latentes, tendo sido excluída do modelo final. Este resultado está em linha com a evidência que sugere que a percepção corporal pré-operatória é menos determinante do bem-estar subsequente do que a adaptação pós-operatória (Battistello et al., 2025).

Em oposição, a imagem corporal após a cirurgia manteve-se como preditora nos dois modelos, com impacto positivo sobre o estado de saúde ($\beta = 0,250$; $p < 0,001$), sobre a funcionalidade ($\beta = 0,207$; $p < 0,001$) e impacto negativo sobre a intensidade de sintomas ($\beta = -0,208$; $p < 0,001$). O seu peso fatorial teve um ligeiro aumento no modelo refinado, o que enfatiza a importância de estratégias clínicas para a melhoria da autoimagem após mastectomia.

Por fim, aborda-se o ajustamento sexual, que se revelou como variável preditora no modelo inicial nas três vertentes em análise, mas no modelo refinado, manteve apenas uma tendência com associação positiva para a funcionalidade ($\beta = 0,069$; $p = 0,072$). O seu papel mais residual no modelo refinado poderá estar relacionado com o número de participantes e potenciais interações com outras variáveis psicossociais.

Em síntese, o modelo refinado evidenciou um perfil mais claro e estável. Com efeito, enquanto a idade cronológica se associa diretamente com uma maior intensidade sintomática, a idade relacionada com o diagnóstico da doença associa-se inversamente. Simultaneamente, a imagem corporal após a cirurgia destaca-se como o principal determinante positivo do bem-estar global, e o ajustamento sexual mantém-se como um contributo relevante para a funcionalidade.

CONCLUSÃO

O presente estudo analisou os fatores associados à qualidade de vida em mulheres submetidas a cirurgia mamária por cancro da mama, considerando variáveis sociodemográficas, clínicas e psicossociais, através da utilização do EORTC QLQ-C30 numa perspetiva multidimensional. Os dados gerados pela modelação estatística multivariada evidenciaram associações estatisticamente significativas entre imagem corporal pós-cirurgia, ajustamento sexual e diferentes domínios da qualidade de

DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0222e.44927>

vida. A imagem corporal destacou-se como variável com maior contributo estatístico para o estado global de saúde, funcionalidade e intensidade de sintomas

Estes resultados vêm reforçar evidências recentes que apontam a perceção corporal como uma variável central na reabilitação pós-câncer da mama, contribuindo significativamente para o bem-estar emocional e funcional das mulheres.

Adicionalmente, a dimensão do ajustamento sexual apresentou associação, com a funcionalidade e, de forma marginal, com a intensidade dos sintomas. Este dado revela que a sexualidade é ainda uma área não muito estudada no acompanhamento destas mulheres, mas que se associa de forma direta ao seu bem-estar físico e emocional.

A idade relacionada com o diagnóstico do cancro da mama revelou uma associação negativa com a intensidade dos sintomas, reforçando que mulheres diagnosticadas mais jovens experienciam maior carga sintomática, possivelmente explicada por maior sofrimento emocional, maior impacto sobre a feminilidade e vida sexual, além de possíveis tratamentos mais agressivos. Por outro lado, a idade cronológica evidenciou uma associação positiva com a intensidade de sintomas, sugerindo que o avanço da idade contribui para uma maior prevalência de sintomas físicos, nomeadamente fadiga, dor e alterações funcionais.

As restantes variáveis avaliadas, nomeadamente imagem corporal antes da cirurgia, estado civil, situação laboral ou local de residência, não se mostraram como preditoras no modelo final.

Ainda assim, os achados reforçam a relevância da integração das dimensões psicossociais, nomeadamente da imagem corporal e da sexualidade, na abordagem clínica e no acompanhamento destas mulheres.

Limitações do estudo

O presente estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. Em primeiro lugar, a sua natureza transversal impede o estabelecimento de relações causais, limitando as inferências a associações estatísticas observadas entre as variáveis.

Embora a amostra seja numericamente expressiva, sua proveniência de um único contexto geográfico poderá limitar a generalização dos resultados para populações com características culturais, sociais ou económicas distintas. A utilização de medidas de autorrelato para avaliação da imagem corporal e do ajustamento sexual constitui igualmente uma limitação, uma vez que pode introduzir viés de desajustabilidade social, particularmente em temáticas sensíveis

Por fim, a ausência de controlo pelo estadio clínico da doença ou pelo tempo decorrido desde a cirurgia poderá ter condicionado parcialmente as análises de dados.

Estudos futuros de natureza longitudinal e com maior controlo de variáveis clínicas poderão aprofundar a compreensão das relações identificadas.

Implicações práticas

Apesar das limitações identificadas, os resultados alcançados sugerem implicações relevantes para a prática clínica:

Os achados reforçam a importância da integração sistemática da avaliação da qualidade de vida nas consultas de seguimento de mulheres submetidas a cirurgia mamária, permitindo uma abordagem mais abrangente das dimensões físicas e psicossociais. Os resultados apontam ainda para a pertinência de intervenções psicossociais dirigidas à reabilitação da imagem corporal e ao apoio na vivência da sexualidade, incluindo programas estruturados de aconselhamento e suporte psicológico.

A identificação de padrões diferenciados associados à idade sugere a necessidade de abordagens ajustadas às especificidades de diferentes grupos etários, considerando as vulnerabilidades psicossociais das mulheres mais jovens e as exigências físicas associadas à maior idade.

Os dados sustentam igualmente a relevância de modelos de acompanhamento multidisciplinar, integrando cuidados médicos, apoio psicológico e, quando apropriado, terapias complementares devidamente enquadradas.

Em síntese, os resultados reforçam a importância de estratégias de reabilitação centradas na pessoa, que promovam não apenas a sobrevivência clínica, mas também a qualidade de vida ao longo do percurso de recuperação.

AGRADECIMENTOS

Os autores expressam os seus agradecimentos e gratidão a todos os enfermeiros, profissionais e restantes participantes que contribuíram para o desenvolvimento deste estudo.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Conceptualização, F.P., M.F. e M.C.K.; tratamento de dados, F.P., M.F. e M.C.K.; análise formal, F.P., M.F. e M.C.K.; aquisição de financiamento, F.P. e M.F.; investigação, F.P., M.F. e M.C.K.; metodologia, F.P., M.F. e M.C.K.; administração do projeto, F.P., M.F. e M.C.K.; recursos, F.P., M.F. e M.C.K.; programas, F.P. e J.A.; supervisão, F.P., M.F. e M.C.K.; validação, F.P., M.F. e M.C.K.; visualização, F.P., M.F., M.C.K. e J.A.; redação – preparação do rascunho original, F.P., M.F., M.C.K. e J.A.; redação – revisão e edição, F.P., M.F., M.C.K. e J.A.

DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0222e.44927>

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não existir conflito de interesses.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alba Rech, C., Botão Ayres Pereira, S., Perin Ribeiro, G., Panis, C., & Grassioli, S. (2023). Analysis of quality of life and functional capacity in cancer patients receiving chemotherapy in Paraná Southwest, Brazil. *Revista Faz Ciência*, 25(41). <https://doi.org/10.48075/rfc.v25i41.30638>
- Battistello, C.Z., Remor, E., Costa, Í.M., de Oliveira, M.E., & Damin, A.P.S. (2025). Association between body image and quality of life of women who underwent breast cancer surgery. *Interantional Journal Environmental Research and Public Health*, 22(7), 1114. <https://doi.org/10.3390/ijerph22071114>.
- Bottomley, A., Pe, M., Sloan, J., Basch, E., Bonnetain, F., Calvert, M., Campbell, A., Cleeland, C., Cocks, K., Collette, L., Dueck, A. C., Fayers, P., Greimel, E., Reeve, B. B., Taphoorn, M., Velikova, G., & Coens, C. (2019). Analysing data from patient-reported outcome and quality of life endpoints for cancer clinical trials: A start in setting international standards. *European Journal of Cancer*, 111, 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2019.01.002>
- Brajkovic, L., Sladic, P., & Kopilaš, V. (2021). Sexual quality of life in women with breast cancer. *Health Psychology Research*, 9(1), 24512. <https://doi.org/10.52965/001c.24512>.
- Brorson, F., Elander, A., Thorarinsson, A., & Hansson, E. (2022). Patient reported outcome and quality of life after delayed breast reconstruction - An RCT comparing different reconstructive methods in radiated and non-radiated patients. *Clinical Breast Cancer*, 22(8), 753-761. <https://doi.org/10.1016/j.clbc.2022.09.004>
- Campos, A.A.L., Bustamante-Teixeira, M.T., Ervilha, R.R., Fayer, V.A., Cintra, J.R.D., Freitas, R.M., Almeida, D.P., & Guerra, M.R. (2024). Quality of life of women who underwent breast cancer treatment relative to sociodemographic, behavioral, and clinical factors. *Einstein (Sao Paulo)*, 22, eAO0585. https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2024AO0585
- Cella, D., Hahn, E. A., & Jensen, S. E. (2011). Health-related quality of life in cancer: Advances in measurement and application. *The Lancet Oncology*, 20(2), e142–e150. <https://doi.org/10.1177/1758834010395342>
- Fang, S. Y., Shu, B. C., & Chang, Y. J. (2013). The effect of breast reconstruction surgery on body image among women after mastectomy: A meta-analysis. *Breast Cancer Research and Treatment*, 167(2), 321–330. <https://doi.org/10.1007/s10549-012-2349-1>
- Faria, B. M., Rodrigues, I. M., Marquez, L. V., Pires, U. da S., & Oliveira, S. V. (2021). The impact of mastectomy on body image and sexuality in women with breast cancer: A systematic review. *Psicooncologia*, 18(1), 91–115. <https://doi.org/10.5209/psic.74534>
- Fingeret, M. C., Teo, I., & Epner, D. E. (2014). Managing body image difficulties of adult cancer patients: Lessons from available research. *Cancer*, 120(5), 633–641. <https://doi.org/10.1002/cncr.28469>
- Gil-Olarte, P., Martín-García, J., del Moral-García, M. A., & Ruiz-González, P. (2022). Psychosocial and sexual well-being in breast cancer survivors undergoing immediate breast reconstruction: The mediating role of breast satisfaction. *European Journal of Cancer Care*, 31(3), e13686. <https://doi.org/10.1111/ecc.13686>
- González-Fernández, L., Romero-Morales, C., Martínez-Pascual, B., Río-González, A., Cerezo-Téllez, E., López-Martín, I. (2024). Breast cancer survivors suffering from lymphedema: What really do affect to corporeality/body image? A qualitative study. *Breast Cancer Research*, 26(1), 47. <https://doi.org/10.1186/s13058-024-01806-9>
- Gulis, K., Ellbrant, J., Bendahl, P.O., Svensjö, T., & Rydén, L. (2024). Health-related quality of life by type of breast surgery in women with primary breast cancer: Prospective longitudinal cohort study. *BJS Open*, 8(3). <https://doi.org/10.1093/bjsopen/zrae042>
- International Agency for Research on Cancer. (2025). *Global cancer burden projections to 2050: Breast cancer incidence and mortality*. WHO–IARC.
- Ionescu, A.I., Anghel, A.V., Antone-Iordache, I.L., Atasiei, D.I., Anghel, C.A., Barnonschi, A.A., Bobolocu, A.M., Verga, C., Şandru, F., & Lişcu, H.D. (2024). Assessing the impact of organ failure and metastases on quality of life in breast cancer patients: A prospective study based on utilizing EORTC QLQ-C30 and EORTC QLQ-BR45 questionnaires in Romania. *Journal of Personalized Medicine*, 14(2), 214. <https://doi.org/10.3390/jpm14020214>
- Khmamouche, M.R., Elmhadi, C., Mahfoud, T., & Aalaoui, L. (2021). Impact of mastectomy on quality of life and sexuality in Moroccan women: About 100 cases with a mini review of the literature. *Scholars Journal Applied Medical Sciences*, 9(10), 1598-1604. <https://doi.org/10.36347/sjams.2021.v09i10.022>

DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0222e.44927>

- Li, H., Doorenbos, A.Z., Xia, Y., Sun, J., Choi, H., Harris, R.E., Gao, S., Sullivan, K., & Schlaeger, J.M. (2024). Using serum metabolomic signatures to investigate effects of acupuncture on pain-fatigue-sleep disturbance in breast cancer survivors. *Metabolites*, 14(12), 698. <https://doi.org/10.3390/metabo14120698>
- Lundberg, P.C., & Phoosuwan, N. (2022). Life situations of Swedish women after mastectomy due to breast cancer: A qualitative study. *European Journal Oncology Nursing*, 57. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2022.102116>
- Makhnevych, I., Smetanina, D., Abdelgyoum, M.F.E., Alblooshi, J.J.S., Alhosani, A.K., Musa, I.M.A., Nimer, A., Zareba, K., Younis, T., Ljubisavljevic, M., & Statsenko, Y. (2024). Dynamics in quality of life of breast cancer patients following breast-conserving surgery versus mastectomy: Protocol for systematic review and meta-analysis. *Healthcare*, 12(22) 2288. <https://doi.org/10.3390/healthcare12222288>
- Ministério da Saúde. (2023). *Despacho n.º 13227/2023, de 29 de dezembro*. Diário da República, 2.ª série. <https://shre.ink/AeH3>
- Nsaful, J., Nartey, E. T., Dedey, F., Bediako-Bowan, A., Appiah-Danquah, R., Darko, K., Ankrah, L. N. A., Akli-Nartey, C., Annan, J. Y., Dei-Asamoah, J., Ahene-Amanquanor, G. A., & Clegg-Lamprey, J.N. (2024). Quality of life after mastectomy with or without breast reconstruction and breast-conserving surgery in breast cancer survivors: A cross-sectional study at a tertiary hospital in Ghana. *Current Oncology*, 31(6), 2952-2962. <https://doi.org/10.3390/curroncol31060224>
- Pais-Ribeiro, J., Pinto, C., & Santos, C. (2008). Validation study of the portuguese version of the QLQ-C30-V3. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(1), 89–102. <https://shre.ink/AeaR>
- Parvizi, M., Kut, E., Akyol, M., & Ay, S. (2023). Effect of postoperative adjuvant radiotherapy on quality of life, anxiety, and depression in adult female breast cancer patients. *Cureus*, 15(3), e36635. <https://doi.org/10.7759/cureus.36635>
- Paulo, F., Ferreira, M., Koch, C., Filho, R., & Duarte, J. C. (2022). Tradução e validação da escala SABIS para a população portuguesa. *Revista De Enfermagem Referência*, 6(1), 1–10. <https://doi.org/10.12707/RV21137>
- Pilz, M. J., Loth, F. L. C., Nolte, S., Gamper, E.M., Anota, A., Liegl, G., & Thurner, J. M. G. (2024). General population normative values for the EORTC QLQ-C30 by age, sex, and health condition for the French general population. *Journal of Patient-Reported Outcomes*, 8, 48. <https://doi.org/10.1186/s41687-024-00719-7>
- Pirola, S., Gatti, G., Saita, E., & Pravettoni, G. (2020). Breast reconstruction and psychosocial outcomes: A systematic review. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 73(6), 1001–1014. <https://doi.org/10.1016/j.bjps.2020.01.018>
- Rose, M.M., Bilimale, A.S., & Krishnappa, R. (2024). Assessing the impact of mastectomy on the quality of life among cancer survivors: A hospital-based cross-sectional study in Mysuru. *Journal of Mid-life Health*, 15(4), 258-263. https://doi.org/10.4103/jmh.jmh_60_24
- Santos, D., Resende, H., Rosa, D., Oliveira, S., Magalhães, M. C., Shimada, A., Moura, F., Paiva, C., Rodrigues, A., Pereira, D., Galvão, A. L., Assad-Suzuki, D., Barroso-Sousa, R., Castro, A., Souza, B., Beckedorff, Y., Andrade, M., & Souza, C. (2024). Abstract PO5-11-10: Quality of life in Brazilian women with early breast cancer on adjuvant endocrine therapy. *Cancer Research*, 84(Suppl 9), PO5-11-10. <https://doi.org/10.1158/1538-7445.sabcs23-po5-11-10>
- Scally, N.P., Armstrong, L., Blades, D., McGeown, E., & Mathers, H. (2024). Menopausal symptoms and Utian Quality of Life Scale following a breast cancer diagnosis and its impact on endocrine adherence. *Cureus*, 16(1):e52777. PMID: 38389609; PMCID: PMC10882569. <https://doi.org/10.7759/cureus.52777>
- Sebri, V., Durosini, I., Triberti, S., Pravettoni, G., & Savioni, L. (2022). The body after breast cancer: A qualitative study on body image and self-perception. *Frontiers in Psychology*, 12, 720478. <https://doi.org/10.3390/ijerph191912515>
- Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., & Bray, F. (2021). Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 71(3), 209–249. <https://doi.org/10.3322/caac.21660>
- World Health Organization. (2023a). *Breast cancer*. <https://shre.ink/Aec0>
- World Health Organization. (2023b). *Global breast cancer initiative: Framework for health systems to guide implementation and scale-up of breast cancer control*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240072347>
- Xiao, M., Ji, L., Qian, X., Chen, X., Xiu, M., Li, Z., Cao, H., Chen, S., Li, Q., Li, Q., Wang, X., Wang, J., Li, Y., Zheng, X., Zhang, J., & Zhang, P. (2025). Association of quality of life in older patients with breast cancer: A cross-sectional study from China. *BMJ Open*, 15, e085842. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-085842>
- Yao, H., Xiong, M., Cheng, Y., Zhang, Q., Luo, Y., Ding, X., & Zhang, C. (2024). The relationship among body image, psychological distress, and quality of life in young breast cancer patients. *Frontiers in Psychology*, 15, 1411647. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1411647>

DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0222e.44927>

ANEXOS

Anexo 1 - Caracterização da amostra

Variáveis	Nº	%
Número de gravidezes		
Nunca	32	13.3
Uma gravidez	39	16.3
Duas gravidezes	98	40.8
Três ou mais gravidezes	71	29.6
Existência de filhos		
Sim	208	86.7
Não	32	13.3
Número de filhos		
Um	63	26.3
Dois	100	41.7
Três ou mais filhos	45	18.8
Amamentação		
Sim	176	84.6
Não	32	15.4
Menstruação (actual)		
Sim	38	15.8
Não	202	84.2

Variáveis contextuais à gravidez, parto e amamentação

Variáveis	Nº	%
Grupos etários		
<= 50 anos	83	34.6
>50 < 60 anos	88	36.7
>= 60 anos	69	28.7
Estado civil		
Sem companheiro	61	25.4
Com companheiro	179	74.6
Raça		
Caucasiana	237	98.8
Outra	3	1.3
Habilitações literárias		
Até 1º ciclo	66	27.5
2º e 3º ciclo	75	31.3
Secundário	43	17.9
Superior	56	23.3
Local residência		
Urbana	126	52.5
Rural	114	47.5
Situação profissional		
Activa	190	79.2
Não activa (reformada, desempregada, baixa médica)	50	20.8

Caracterização Clínica da amostra

Variáveis	Nº	%
Modo deteção da doença		
Autoexame	121	50.4
Companheiro	8	3.3
Exame rastreio	73	30.4
Profissional saúde	38	15.8
Idade aparecimento doença		
<= 45 anos	83	34.6
45 – 55 anos	76	31.7
>= 55 anos	81	33.8
Tipo cirurgia		
Tumorectomia	82	34.2
Quadrantectomia	10	4.2
Mastectomia total	142	59.2
Mastectomia parcial	6	2.5
Reconstrução mamária		
Sim	47	19.6
Não	193	80.4
Tratamento coadjuvante		
Sim	184	76.7
Não	56	23.3
Realização Terapia complementar		
Sim	53	22.1
Não	187	77.9

DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0222e.44927>

Anexo 2 - Estatísticas e matriz de correlação de Pearson relativas ao ajustamento sexual e á imagem corporal antes e após a cirurgia

Variáveis	Min	Max	M	D.P.	CV (%)	1	2
Ajustamento sexual (1)	0.00	81.25	34.01	16.95	49.83	--	
Imagem corporal antes (2)	8.33	100.0	52.67	14.48	27.49	-0.127*	--
Imagem corporal após (3)	0.00	83.33	32.22	20.21	62.72	0.448***	0.184**

Anexo 3 - Estatísticas relacionadas com a qualidade de vida

Variáveis		Min	Max	M	D.P.	CV (%)	r		
								1	2
Estado saúde global (1)	Estado saúde global	0.00	100.00	59.30	21.68	36.55	--		
Escala funcionais (2)	Funcionamento físico	13.33	100.00	80.22	14.27	17.78			
	Funcionamento papeis	0.00	100.00	74.72	23.76	31.79			
	Funcionamento emocional	0.00	100.00	60.93	26.42	43.36			
	Funcionamento cognitivo	0.00	100.00	72.77	24.76	34.02			
	Funcionamento social	0.00	100.00	84.37	21.93	25.99			
	Escala funcional (global)	31.11	100.00	73.90	14.93	20.20	0.489***		
Escala de sintomas (3)	Fadiga	0.00	100.00	33.75	24.96	73.95			
	Náuseas e vômitos	0.00	100.00	7.01	16.99	242.36			
	Dor	0.00	100.00	34.58	27.75	80.24			
	Dispneia	0.00	100.00	11.94	22.93	192.04			
	Insónia	0.00	100.00	42.77	33.17	77.55			
	Perda de apetite	0.00	100.00	12.22	23.98	196.23			
	Obstipação	0.00	100.00	21.25	29.52	138.91			
	Diarreia	0.00	100.00	6.11	14.92	244.18			
	Dificuldades financeiras	0.00	100.00	20.83	28.94	138.93			
		Escala sintomas (global)	0.00	68.89	26.09	14.96	57.33	-0.415***	-0.774***

Anexo 4 – Relação entre as variáveis sociodemográficas e qualidade de vida

Variáveis	Variáveis	Estado saúde		Funcionamento		Sintomas	
		Média	Dp	Média	Dp	Média	Dp
Grupos etários	<= 50 anos	62.95	21.23	76.84	14.97	21.65	16.33
	>50 < 60 anos	56.25	21.56	71.79	14.71	24.91	15.42
	>= 60 anos	58.81	22.04	73.07	14.82	22.33	15.48
	F (p)	2.038 (0.127)		2.624 (0.075)		1.010 (0.366)	
Estado civil	Sem companheiro	59.42	24.12	72.43	15.57	24.67	15.52
	Com companheiro	59.26	20.86	74.41	14.72	22.48	15.84
	t (p)	0.047 (0.963)		-0.899 (0.370)		0.935 (0.351)	
Habilitações literárias	Até 1º ciclo	54.16	22.42	71.27	15.52	26.45	16.46
	2º e 3º ciclo	57.00	20.11	71.85	14.39	24.75	15.04
	Secundário	64.34	20.48	77.77	13.94	20.03	16.22
	Superior	64.58	21.68	76.78	14.94	19.04	14.56
	F (p)	3.503 (0.016)		2.876 (0.037)		3.129 (0.026)	
Local residência	Urbana	59.65	22.91	75.69	14.48	22.62	16.73
	Rural	58.91	20.34	71.92	15.23	23.50	14.66
	t (p)	0.263 (0.793)		1.963 (0.051)		-0.429 (0.668)	
Situação profissional	Activa	59.03	21.48	74.01	14.96	23.31	15.59
	Não activa	60.33	22.62	73.51	14.96	22.00	16.50
		t (p)	-0.376 (0.707)		0.210 (0.834)		0.238 (0.559)

DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0222e.44927>

Anexo 5 – Relação entre as variáveis contextuais à gravidez, parto e amamentação e qualidade de vida

Variáveis	Variáveis	Estado saúde		Funcionamento		Sintomas	
		Média	Dp	Média	Dp	Média	Dp
Numero gravidezes							
	Nunca	62.760	20.07	74.79	14.82	21.07	13.08
	Uma gravidez	57.69	21.32	73.44	15.50	22.94	13.75
	Duas gravidezes	61.30	21.94	74.58	15.68	23.54	18.67
	Três ou mais	55.86	22.11	72.83	13.80	23.29	13.56
	F (p)	1.219 (0.303)		0.236 (0.871)		0.204 (0.893)	
Existência filhos							
	Sim	58.77	21.92	73.77	14.98	23.34	16.13
	Não	62.76	20.07	74.79	14.82	21.07	13.08
	t (p)	-0.968 (0.334)		-0.359 (0.720)		0.759 (0.448)	
Numero filhos							
	Um	57.27	21.03	74.07	13.98	22.79	14.14
	Dois	60.50	21.73	74.37	15.86	23.53	18.12
	Três ou mais filhos	57.03	23.70	72.00	14.50	23.70	14.28
	F (p)	0.596 (0.552)		0.407 (0.666)		0.055 (0.947)	
Amamentação							
	Sim	58.09	22.17	73.24	15.17	23.96	16.51
	Não	62.50	20.41	76.66	13.75	19.95	13.65
	t (p)	-1.045 (0.297)		-1.189 (0.236)		1.296 (0.196)	
Menstruação (actual)							
	Sim	65.35	22.30	80.17	14.77	17.88	16.28
	Não	58.16	21.43	72.72	14.70	24.01	15.51
	t (p)	1.883 (0.061)		2.862 (0.005)		-2.219 (0.027)	

Anexo 6 – Relação entre as variáveis clínicas e qualidade de vida

Variáveis	Variáveis	Estado saúde		Funcionamento		Sintomas	
		Média	Dp	Média	Dp	Média	Dp
Modo detecção doença							
	Autoexame	59.43	19.71	74.65	14.57	23.45	16.21
	Companheiro	67.70	21.09	73.88	19.61	21.15	21.04
	Exame rastreio	55.70	24.17	71.41	14.79	24.34	15.52
	Profissional saúde	64.03	22.18	76.31	15.26	19.63	13.49
	kW (p)	6.327 (0.097)		4.025 (0.254)		3.093 (0.377)	
Idade apar. doença							
	<= 45 anos	62.55	20.91	75.28	15.49	23.84	17.72
	45 – 55 anos	56.25	22.85	73.65	14.07	23.95	14.89
	>= 55 anos	58.84	21.13	72.72	15.20	21.36	14.43
	F (p)	1.711 (0.183)		0.615 (0.541)		0.691 (0.502)	
Tipo cirurgia							
	Tumorectomia	58.02	22.23	74.55	14.24	21.01	13.40
	Mastectomia	59.96	21.43	73.57	15.31	24.09	16.79
	t (p)	-0.656 (0.512)		0.481 (0.631)		-1.442 (0.151)	
Reconstrução mamária							
	Sim	63.65	20.22	76.97	13.95	20.73	14.87
	Não	58.24	21.94	73.16	15.10	23.60	15.95
	t (p)	1.537 (0.126)		1.574 (0.117)		-1.123 (0.263)	
Tratamento coadjuvante							
	Sim	58.92	22.73	73.41	15.01	24.17	16.12
	Não	60.56	17.94	75.51	14.68	19.32	14.00
	t (p)	-0.496 (0.621)		-0.920(0.358)		2.032 (0.043)	
Terapia integrativa							
	Sim	63.83	19.67	73.41	14.65	23.22	16.73
	Não	58.02	22.10	74.02	15.05	22.99	15.52
	t (p)	1.730 (0.085)		-0.270 (0.787)		0.093 (0.926)	

DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0222e.44927>

Anexo 7 – Modelo de Regressão Linear Múltipla Multivariada entre Variáveis Independentes e Qualidade de Vida e seu Refinamento

Trajetória		Estimativas	Erro	Rácio crítico	p	λ	
Estado saúde	<---	idade	-.268	.326	-.823	.411	-.117
Funcionalidade	<---	idade	-.318	.216	-1.474	.140	-.202
Sintomas	<---	idade	.607	.231	2.621	.009	.365
Estado saúde	<---	Imagem corporal antes	.152	.101	1.500	.133	.102
Funcionalidade	<---	Imagem corporal antes	.096	.067	1.431	.152	.093
Sintomas	<---	Imagem corporal antes	-.058	.072	-.800	.424	-.053
Estado saúde	<---	Imagem corporal depois	.165	.077	2.139	.032	.154
Funcionalidade	<---	Imagem corporal depois	.148	.051	2.905	.004	.201
Sintomas	<---	Imagem corporal depois	-.148	.055	-2.698	.007	-.190
Estado saúde	<---	Ajustamento sexual	.177	.093	1.915	.055	.139
Funcionalidade	<---	Ajustamento sexual	.192	.061	3.132	.002	.218
Sintomas	<---	Ajustamento sexual	-.145	.066	-2.201	.028	-.156
Estado saúde	<---	Idade doença oncológica	.062	.319	.194	.846	.028
Funcionalidade	<---	Idade doença oncológica	.133	.211	.629	.529	.088
Sintomas	<---	Idade doença oncológica	-.561	.226	-2.478	.013	-.353

Trajetórias		Estimativas	Erro	Rácio crítico	p	λ	
Sintomas	<---	idade	.370	.153	2.418	.016	.223
Estado saúde	<---	Imagem corporal depois	.250	.067	3.707	***	.233
Funcionalidade	<---	Imagem corporal depois	.207	.047	4.379	***	.281
Sintomas	<---	Imagem corporal depois	-.208	.048	-4.345	***	-.267
Funcionalidade	<---	Ajustamento sexual	.069	.039	1.797	.072	.079
Sintomas	<---	Idade doença oncológica	-.497	.147	-3.388	***	.223