

ARTIGO DE INVESTIGAÇÃO (ORIGINAL)

Avaliação da qualidade de vida da mulher com cirurgia da mama após programa de reabilitação

Quality of life assessment of women after a post-breast surgery rehabilitation program

Evaluación de la calidad de vida de las mujeres con cirugía mamaria después del programa de rehabilitación

Tânia Marisa Pinto Rodrigues^{1,2,3}
 <https://orcid.org/0000-0003-4785-3783>
Bárbara Pereira Gomes⁴
 <https://orcid.org/0000-0001-9312-8051>

¹ Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto, Portugal

² Escola Superior de Saúde Santa Maria, Porto, Portugal

³ Centro Hospitalar Universitário São João, Porto, Portugal

⁴ Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, Portugal

Resumo

Enquadramento: O diagnóstico precoce do cancro da mama e os avanços terapêuticos têm contribuído para um aumento de sobreviventes, contudo, pouco se sabe de que forma a qualidade de vida das mulheres é afectada.

Objetivo: Avaliar a qualidade de vida da mulher submetida a cirurgia da mama com esvaziamento ganglionar axilar após implementação de um programa de reabilitação.

Metodologia: Estudo quantitativo de avaliação pré e pós intervenção, a 48 mulheres, recrutadas num Centro Hospitalar entre 2018 e 2019. Implementou-se um programa de reabilitação durante 3 meses no domicílio das participantes. Os instrumentos utilizados foram EORTC-QLQ-C30 e BR23.

Resultados: Após implementação do programa, a qualidade de vida das participantes, melhorou nos aspetos funcionais (desempenho, emocional, cognitiva, social, imagem corporal, perspetiva futura) e sintomas (fadiga, dor, insónia, efeitos terapia sistémica, da mama e braço).

Conclusão: Este programa influenciou positivamente a qualidade de vida das participantes, tendo-lhes fornecido o conhecimento e as competências para terem uma participação ativa e informada na sua reabilitação motora.

Palavras chave: qualidade de vida; neoplasias da mama; enfermagem em reabilitação; programas de reabilitação; mastectomia; esvaziamento ganglionar axilar

Abstract

Background: Early breast cancer diagnosis and therapeutic advances have contributed to increasing survivorship, yet little is known about how women's quality of life (QoL) is affected.

Objective: To evaluate the QoL of women who underwent breast surgery with axillary lymph node dissection after a rehabilitation program was implemented.

Methodology: Quantitative pre- and post-intervention assessment study involving 48 women recruited from a Hospital Center between 2018 and 2019. A three-month rehabilitation program was implemented in the participants' homes. The instruments used were EORTC-QLQ-C30 and BR23.

Results: After the program implementation, the participants' QoL improved in functional aspects (role, emotional, cognitive, social, body image, future perspectives) and symptoms (fatigue, pain, insomnia, systemic therapy side effects, and breast and arm symptoms).

Conclusion: This program has positively influenced the participants' QoL, providing them with the knowledge and skills to take an active and informed part in their motor rehabilitation.

Keywords: quality of life; breast cancer; rehabilitation nursing; rehabilitation programs; breast surgery; axillary lymph node dissection

Resumen

Marco contextual: El diagnóstico precoz del cáncer de mama y los avances terapéuticos han contribuido a aumentar el número de supervivientes; sin embargo, se sabe poco sobre cómo afecta la calidad de vida de las mujeres.

Objetivo: Evaluar la calidad de vida de las mujeres sometidas a una cirugía mamaria con extirpación de los ganglios linfáticos axilares tras la implementación de un programa de rehabilitación.

Metodología: Estudio cuantitativo de evaluación pre y posintervención a 48 mujeres captadas en un centro hospitalario entre 2018 y 2019. Se implementó un programa de rehabilitación durante 3 meses en los hogares de las participantes. Los instrumentos utilizados fueron EORTC-QLQ-C30 y BR23.

Resultados: Tras la implementación del programa, la calidad de vida de las participantes mejoró en los aspectos funcionales (desempeño, emocional, cognitivo, social, imagen corporal, perspectiva de futuro) y en los síntomas (fatiga, dolor, insomnio, efectos de la terapia sistémica, de mama y brazo).

Conclusión: Este programa influyó positivamente en la calidad de vida de las participantes, proporcionándoles los conocimientos y las competencias necesarias para participar activamente y con conocimiento de causa en su rehabilitación motora.

Palabras clave: calidad de vida; cáncer de mama; rehabilitación de enfermería; programas de rehabilitación; cirugía de mama; vaciamiento ganglionar axilar

Autor de correspondência

Tânia Marisa Pinto Rodrigues

E-mail: tmarisaprodriues@gmail.com

Recebido: 22.01.21

Aceite: 01.09.21



Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra

FCT
Fundação
para a Ciência
e a Tecnologia

Como citar este artigo: Rodrigues, T. M., & Gomes, B. P. (2021). Avaliação da qualidade de vida da mulher com cirurgia da mama após programa de reabilitação. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(Supl. 8), e21013. <https://doi.org/10.12707/RV21013>



Introdução

O principal cancro entre as mulheres em todos os países europeus é o cancro da mama, sendo este a principal causa de morte em mulheres na Europa (Ferlay et al., 2018). Em Portugal, o cancro da mama é o mais comum entre as mulheres, sendo o 2º tipo de cancro que tem maior incidência (11,6%), o quinto mais mortal (6,2%). A taxa de incidência de cancro da mama no sexo feminino em 2020 é de 26,4%, sendo responsável pela morte de 1 864 mulheres (The Global Cancer Observatory, 2021). O diagnóstico precoce e a evolução gradual do tratamento, assim como o acesso a cuidados tem contribuído para o aumento da taxa de sobrevivência das mulheres com cancro da mama, no entanto, ainda não se consegue evitar o aparecimento de complicações tais como: alterações da mobilidade do membro superior, dor, linfedema, fadiga, depressão e diminuição da qualidade de vida (QV; Olsson Möller et al., 2019). O cancro da mama na mulher é uma problemática atual, pela sua elevada taxa de incidência, prevalência e pelo aumento de sobreviventes, apesar disso, pouco se sabe de que forma a QV destas mulheres é afectada por esta situação clínica e pelos tratamentos que lhe estão associados. Por esta razão, a avaliação da QV nas várias dimensões, torna-se uma das áreas relevantes do nosso estudo. A QV em saúde compreende a perspectiva de saúde das mulheres relacionada com os sintomas causados pela doença e/ou pelo tratamento e as funções: físicas, psicológicas, sociais, familiares, laborais e económicas. Temos como objetivo deste estudo avaliar a QV da mulher submetida a cirurgia da mama com esvaziamento ganglionar axilar (EGA), após implementação de um programa de reabilitação.

Enquadramento

Nas mulheres, o cancro mais frequentemente diagnosticado em todas as regiões do mundo com excepção na África Oriental, é o cancro da mama, sendo em 11 regiões do mundo a causa mais frequente de morte por cancro (Ferlay et al., 2019).

Segundo a Direção-Geral da Saúde (2017) em Portugal, as doenças oncológicas são a segunda causa de morte e a que mais subiu nos últimos anos. No ano de 2040, segundo o The Global Cancer Observatory (2020), em Portugal estima-se que o número de novos casos de cancro da mama atinga 7100 mulheres, mais 0,8% em relação a 2020. A par do aumento dos sucessos terapêuticos, tem também aumentado o número de sobreviventes de cancro da mama que podem enfrentar vários problemas físicos e psicológicos (Ergun et al., 2013). A cirurgia da mama é um dos tratamentos mais utilizados no cancro da mama, quando associada ao esvaziamento ganglionar axilar as mulheres têm um risco mais elevado de desenvolver deficiências do braço e do ombro, redução de amplitude de movimento e força muscular, dor, linfedema e dificuldade de executar as atividades de vida diária (Hidding et al., 2014). Nestas mulheres, a função do membro superior homolateral à cirurgia é limitada, aumentando a incidência

de morbidade crónica levando a restrições relacionadas com o desenvolvimento das atividades de vida diária afetando assim, a sua participação profissional e social e consequentemente diminuindo da sua QV (Zabit & Iyigun, 2019).

A reabilitação pode ajudar as sobreviventes de cancro da mama a obterem e manterem o melhor funcionamento físico, social, psicológico e vocacional possível. A realização de exercícios de mobilização e alongamentos do ombro e escápula melhoram a ativação muscular do membro superior e amplitude de movimento do ombro, além de diminuir a pressão no peito e a dor (Paolucci et al., 2021). Existem vários estudos primários e revisões sistemáticas (Cheng et al., 2017; Ergun et al., 2013; Olsson Möller et al., 2019), que avaliam os efeitos dos exercícios na QV da mulher após tratamento de cancro da mama, mostrando que o exercício melhora a qualidade de vida.

Questão de investigação

Existe uma associação entre a implementação de um programa de reabilitação a mulheres submetidas a cirurgia da mama com EGA e a avaliação da QV auto-reportada?

Metodologia

Este estudo é de natureza quantitativa de avaliação pré e pós intervenção. Foi aplicado durante 3 meses, com supervisão da investigadora (Enfermeira especialista em Enfermagem de Reabilitação) que se deslocou uma vez por semana ao domicílio de cada participante. Os dados foram recolhidos entre fevereiro de 2018 e junho de 2019. A opção de não incluir um grupo de controlo, prendeu-se com o facto de não existirem número suficiente de participantes que cumprissem os critérios definidos.

O cálculo da amostra foi realizada com recurso ao G⁺ Power 3.3.9.2 usando como referência o teste *t* nomeadamente o teste *t* para amostras emparelhadas, tendo o resultado sugerido um tamanho de 45 participantes, que comparando com outros estudos indica que o tamanho da amostra é realmente suficiente. Trata-se de uma amostra de conveniência composta por 48 mulheres submetidas a cirurgia da mama, após alta da consulta de enfermagem do centro da mama de uma instituição hospitalar. Todas as participantes cumpriam os critérios de inclusão no estudo: mulheres submetidas a cirurgia da mama com EGA, feridas cirúrgicas cicatrizadas, maiores de 18 anos com capacidade de decisão, sem limitações osteoarticulares prévias à cirurgia e que nunca tenham frequentado um programa de reabilitação.

Para colheita de dados socioemográficos foi elaborado um questionário de auto-preenchimento. Para a colheita de dados sobre a QV, foram usados os questionários EORTC QLQ-C30 e o EORTC QLQ-BR23, ambos de auto-preenchimento.

O EORTC QLQ-C30 traduzido e validado para a população portuguesa por Pais-Ribeiro et al. (2008), avalia a QV relacionada com a saúde de indivíduos com do-



ença oncológica. É composto por 5 escalas funcionais (funcionamento físico, emocional, cognitivo, social e de papel/ desempenho), 3 escalas de sintomas (fadiga, dor, náuseas e vômitos), uma escala de avaliação global (saúde e QV) e 6 itens únicos que avaliam sintomas de doença oncológica (dispneia, perda de apetite, perturbações do sono, obstipação, diarreia e dificuldades financeiras) na doença e tratamento, num total de 30 questões (EORTC, 2001). A forma das respostas é do tipo *Likert*, definidas numa escala de 1 a 4 (1- *não*, 2- *um pouco*, 3- *bastante* e 4- *muito*) para as escalas funcionais e sintomáticas e numa escala de 1 a 7 (1- *péssima* e 7- *ótima*) para a escala global de saúde (questões 29 e 30). As pontuações para as escalas e itens são calculadas usando uma fórmula fornecida no manual específico do EORTC QLQ-C30.

O EORTC QLQ-BR23, é um questionário suplementar do EORTC QLQ-C30, é específico para o cancro da mama durante o processo de doença e tratamentos. É composto por 2 escalas e tem 23 itens. A primeira escala é constituída por quatro subescalas funcionais que avaliam o funcionamento físico do paciente durante e após o diagnóstico e tratamento do cancro e a segunda é igualmente constituída por quatro subescalas de sintomas, na qual se avaliam sintomas da doença e efeitos secundários do tratamento relatados pelos pacientes. Das subescalas funcionais fazem parte: imagem corporal, funcionamento sexual, prazer sexual e perspectivas futuras; das subescalas sintomáticas: os efeitos da terapia sistémica, sintomas na mama, sintomas no braço e preocupação com a queda do cabelo (EORTC, 2001).

Tal como no EORTC QLQ-C30, as respostas são do tipo *Likert*, numa escala de 1 a 4 (1- *não*, 2- *um pouco*, 3- *bastante* e 4- *muito*), cujo valor para as escalas varia de 0 a 100. Uma pontuação elevada nas escalas funcionais corresponde a um melhor nível de funcionamento e melhor QV, enquanto uma pontuação elevada nas escalas sintomáticas indica maior nível de sintomatologia e pior QV. Este questionário possui apenas uma tradução para a língua portuguesa que é fornecida pela EORTC. A utilização das escalas foi autorizada pelos autores.

Este estudo obteve parecer favorável do Conselho de Administração da Instituição e da Comissão de Ética (Parecer 298/17), a participação das mulheres foi voluntária, sendo o seu consentimento precedido de informação sobre o âmbito do estudo e foi-lhes garantida a confidencialidade dos dados, cumprindo todas as considerações ético-legais. As participantes foram recrutadas no seu domicílio, após contacto telefónico prévio da investigadora. No domicílio das participantes foi-lhes explicado o programa e aplicados os questionários: socio-demográfico, EORTC QLQ-C30 e BR23. Após resposta aos questionários, foi realizada uma sessão de educação para a saúde sobre medidas de redução de risco de linfedema; ensinamentos sobre: exercícios de mobilização da coluna cervical e do membro homo-

lateral à cirurgia (fornecido um flyer com fotografias dos exercícios), massagem do braço e massagem da cicatriz. O programa foi construído em várias etapas, inicialmente procedeu-se a uma análise bibliográfica em diversas fontes de informação (bases de dados, repositórios e sistemas agregadores). Com base na evidência recolhida, foi criado o programa de enfermagem de reabilitação, onde consta um conjunto de exercícios de mobilização da coluna cervical e do ombro nos vários planos de movimento, massagem do membro superior homolateral bem como da cicatriz. Posteriormente foi criado um grupo de peritos que fez a revisão e validou este programa.

Os dados recolhidos foram analisados com recurso ao IBM SPSS® Statistics, versão 25.0 para Windows. Recorremos à estatística descritiva para caracterizar a amostra e calcular os valores médios de cada instrumento, tendo em conta os dois momentos de avaliação. A comparação dos valores dos Questionários EORTC nos dois momentos foi realizada através do teste de Wilcoxon para amostras emparelhadas, pois são as mesmas mulheres nos dois momentos.

Resultados

Os resultados mostram que a idade média das participantes é 49,2 anos, variando entre um mínimo de 28 anos e um máximo de 79 anos. Relativamente ao tipo de cirurgia da mama com esvaziamento ganglionar axilar, a mais frequente foi a mastectomia radical modificada (47,9%), seguindo-se a tumorectomia (37,5%), mastectomia total (12,5%) e a mastectomia radical (2,1%).

Quanto às habilitações literárias, variam entre nenhuma (uma) e o pós-doutoramento (uma). Destacam-se o 9º ano (22,9%), a Licenciatura (18,8%), o 12º ano (16,7%), o 6º ano (14,6%) e a 4ª classe (8,3%).

Relativamente ao estado civil, o estado civil casado é maioritário (56,3%), seguindo-se o de solteira (18,8%), o de divorciada (14,6%), a união de facto (6,3%) e o de viúva (4,2%).

No que diz respeito à profissão existem 29 profissões diferentes, destacando-se a situação de desempregada (18,8%), costureira (10,4%) doméstica e reformada (8,3% cada) e assistente operacional (4,2%).

Os resultados apresentados nas Tabelas 1 e 2 referem-se às alterações na QV antes e após o programa de reabilitação para cada domínio dos instrumentos EORTC QLQ-C30 e BR23. Além disso, procede-se à comparação dos valores dessas sub-escalas nos dois momentos através do teste de Wilcoxon (W) para amostras emparelhadas encontrando-se o valor-p do teste também indicado na tabela (nível de significância de 5%).

Tabela 1*Estatísticas inferenciais: alteração dos valores de QV – Escala EORTC QLQ-C30*

	Antes <i>M (DP)</i>	Após <i>M (DP)</i>	<i>p</i>	<i>W</i>
<i>EORTC QLQ-C30: Estado de saúde global</i>				
Qualidade de vida	46,9 (23,0)	79,5 (19,7)	< 0,001	40,5
<i>EORTC QLQ-C30: Escalas funcionais</i>				
Escala funcional física	65,7 (23,9)	89,0 (11,9)	< 0,001	24,5
Escala funcional desempenho	37,9 (28,7)	93,4 (12,7)	< 0,001	0
Escala funcional emocional	60,9 (24,1)	83,0 (23,5)	< 0,001	112
Escala funcional cognitiva	73,6 (26,4)	82,3 (19,9)	0,002	70,5
Escala funcional social	53,1 (36,3)	95,5 (13,6)	< 0,001	0
<i>EORTC QLQ C30: Sintomas</i>				
Fadiga	39,6 (28,3)	22,5 (18,1)	< 0,001	605
Náuseas e vômitos	3,9 (9,3)	5,2 (14,2)	0,641	35
Dor	53,1 (28,9)	8,3 (14,2)	< 0,001	1027,5
Dispneia	5,6 (14,3)	5,6 (14,3)	0,514	52,5
Insônia	45,8 (34,8)	23,6 (30,7)	< 0,001	451
Perda de apetite	11,8 (23,3)	12,5 (24,4)	0,427	64
Obstipação	18,8 (33,6)	16,7 (24,8)	0,393	123,5
Diarreia	11,8 (24,3)	11,8 (23,3)	0,489	69
Dificuldades Financeiras	42,4 (37,5)	20,8 (28,0)	< 0,001	409

Nota. M = Média; DP = Desvio-padrão.

Tabela 2*Estatísticas inferenciais: alteração dos valores de QV – Escala EORTC BR23*

	Antes <i>M (DP)</i>	Após <i>M (DP)</i>	<i>p</i>	<i>W</i>
<i>EORTC BR23: Escalas funcionais</i>				
Imagem corporal	70,1 (29,5)	84,9 (23,9)	< 0,001	87,5
Funcionamento sexual	17,0 (21,3)	18,4 (20,4)	0,226	93,5
Prazer sexual	50,8 (27,1)	47,6 (29,0)	0,445	6,5
Perspetivas futuras	29,2 (32,0)	38,2 (37,7)	0,025	108
<i>EORTC BR23: Escalas Sintomas</i>				
Efeitos terapia sistêmica	22,4 (17,9)	17,4 (15,1)	0,012	604
Sintomas mama	25,4 (20,1)	12,2 (15,3)	< 0,001	808
Sintomas braço	47,7 (17,4)	7,9 (10,2)	< 0,001	1128
Preocupação com queda do cabelo				

Nota. M = Média; DP = Desvio padrão.

Os valores apresentados referem-se aos *scores* que se encontram entre 0 e 100. Como indicado na Tabela 1, a pontuação da escala geral de saúde tem um forte aumento

após o programa, concluindo-se que, em média, o estado geral de saúde melhorou. O mesmo se verifica com as escalas: funcional física, funcional de desempenho, fun-

cional emocional, funcional social e funcional imagem corporal ($p < 0,001$). Para além destas escalas, também as escalas funcionais cognitivas ($p = 0,002$) e perspetivas futuras ($p = 0,025$) apresentam um forte aumento dos *scores* após o programa, o que é claramente significativo, concluindo-se que o nível médio de funcionalidade se tornou mais saudável, ou seja, melhorou.

Importa ressaltar que nas escalas de funcionamento o aumento dos *scores* indica melhoria, enquanto nas escalas de sintomas é o inverso, ou seja, a diminuição dos *scores* após o programa indica que o nível médio de sintomatologia diminuiu. As escalas de sintomas fadiga, dor, insónia, dificuldades financeiras, sintomas mama e sintomas braço registam diminuição dos *scores* após o programa ($p < 0,001$), pelo que se conclui que o nível médio de sintomatologia diminuiu, ou seja, que se verificou uma melhoria do estado de saúde. O mesmo se verificou com o sintoma efeitos da terapia sistémica ($p = 0,012$).

Em relação aos sintomas: náuseas e vômitos, dispneia, perda de apetite, obstipação e diarreia, existem muito poucas diferenças entre os *scores* antes e após o programa, o que é não significativo, pelo que se admite que o nível médio de sintomatologia não se alterou, sendo muito baixo em ambos os momentos.

O mesmo se pode dizer em relação às subescalas funcionais: prazer sexual e funcionamento sexual, nas quais existem poucas diferenças entre os *scores* antes e após o programa. O prazer sexual apresenta um valor- p de 0,445 e o funcionamento sexual um valor- p de 0,226 o que é não significativo, pelo que se admite que, em média, estas duas subescalas funcionais não se alteraram, sendo muito baixo em ambos os momentos. Quanto á preocupação com a queda de cabelo, existem apenas 4 respostas a esta questão, sendo três iguais a 0 (o mínimo da escala) e outra igual a 33,3. Em ambos os momentos, o número de respostas é muito reduzido, o que significa que muito poucas mulheres tiveram queda de cabelo e que quase nenhuma ficaram preocupadas com essa queda, não sendo possível efetuar a comparação entre os dois momentos devido ao número muito reduzido de respostas.

Discussão

A faixa etária da amostra estudada foi ente 28 e 79 anos, o que está de acordo com a literatura na qual se verifica uma heterogeneidade do cancro da mama entre mulheres mais jovens e mais velhas em Portugal (Forjaz de Lacerda et al., 2018). No nosso estudo, a intervenção cirúrgica mais frequente foi a mastectomia, este resultado, está de acordo com Dragun et al. (2012) que referem que a mastectomia está a aumentar em todas as faixas etárias, especialmente para mulheres <50 anos e ≥70 anos. Este aumento pode estar associado a vários fatores: preferência pela mastectomia da população mais jovem com maior risco ao longo da vida devido ao medo do risco genético ou de recorrência e fatores incompreensíveis (McGuire et al., 2009); desejo das mulheres por simetria, percepção da diminuição do risco de cancro futuro e da melhoria na QV (Lovelace et al., 2019); estágio avançado do

tumor no momento do diagnóstico (Al-Gaithy et al., 2019). Independentemente do tratamento escolhido, as mulheres estão cada vez mais a sobreviver ao cancro da mama, mas cerca de 90% experimentam sequelas inesperadas de longo prazo como resultado do tratamento, são exemplo as mudanças físicas, funcionais, emocionais e psicossociais que podem alterar drasticamente a QV das sobreviventes do cancro da mama (Lovelace et al., 2019). Para as sobreviventes de cancro, o objetivo é maximizar o seu bem-estar físico e psicossocial e, portanto, melhorar a QV, para uma transição bem-sucedida para padrões de vida normais (Cheng et al., 2017). Por este motivo é importante implementar um programa de Enfermagem de Reabilitação a estas mulheres. Ao longo dos anos tem surgido evidência de que a reabilitação do cancro da mama pode ajudar as sobreviventes a obterem e manterem o melhor funcionamento físico, social, psicológico e vocacional (Paolucci et al., 2021). Em 2017, Cheng et al., numa revisão sistemática com meta-análise, concluíram que os programas de sobrevivência multidimensional domiciliares fornecem um efeito benéfico de curto prazo, melhorando a QV e alguns dos seus domínios, podendo reduzir a fadiga e insónia. Concluem ainda que a intervenção baseada em grupo melhora a QV física, emocional e funcional, no entanto não parece existir um efeito benéfico destes programas três meses após a intervenção, o que contraria o nosso estudo, que após 3 meses de reabilitação individual no domicílio, encontramos melhorias significativas nos *scores* de QV global, assim como, das escalas funcionais (física, emocional, cognitiva, social, de desempenho, imagem corporal e perspetivas futuras) e das escalas de sintomas (fadiga, dor, insónia, dificuldades financeiras, efeitos da terapia sistémica, sintomas da mama e sintomas do braço).

Mais atual, Olsson Möller et al. (2019) numa revisão sistemática concluem que as intervenções de exercícios melhoraram os resultados, como mobilidade do ombro, linfedema, dor, fadiga e QV, reforçando os resultados do nosso estudo.

Para além das dimensões referidas anteriormente, é sabido que o tratamento do cancro da mama pode afetar a sexualidade (Albers et al., 2020) o que não se verifica no nosso estudo, pois tanto no funcionamento sexual como no prazer sexual, não verificamos alterações quer antes quer depois do programa, talvez porque as mulheres sobreviventes muitas vezes relutam em expressar as suas necessidades (Ghizzani et al., 2018). O nosso estudo reforça a importância de um programa de intervenção orientado para as mulheres sujeitas a cirurgia da mama, com vista à melhoria da funcionalidade e sintomas do membro homolateral à cirurgia e consequentemente a uma melhor QV.

Durante este estudo, nenhuma das nossas participantes teve efeitos colaterais ou desenvolveu linfedema.

As limitações deste estudo podem incluir o tamanho da amostra. Uma outra limitação, poderá ser a inclusão de participantes em várias fases de tratamento (cirurgia, radioterapia, quimioterapia).

O estudo teve riscos de viés devido a não ter grupo de controlo.

Conclusão

Apesar de cada vez mais mulheres sobreviverem ao cancro da mama, pouco se sabe de que forma a QV destas pessoas é afectada por esta situação clínica e pelos tratamentos que lhe estão associados.

Este estudo, forneceu conforme era nosso objetivo, novas evidências sobre a QV de mulheres submetidas a cirurgia da mama com EGA após um programa de enfermagem de reabilitação, nomeadamente nas dimensões relacionadas com a função e sintomas. Com este programa, fornecemos às mulheres o conhecimento e as competências para que possam ter uma participação ativa e informada na sua recuperação, garantindo a continuidade a longo prazo do programa de reabilitação.

Neste estudo os resultados apontam para um programa consistente nas várias componentes: educacional, motora e física, resultando numa melhor QV das participantes. Outro aspeto importante é o facto deste programa ser realizado no domicílio da mulher, evitando deslocações frequentes à instituição hospitalar. Por exemplo, na perspectiva da mulher, deslocações repetidas ao hospital trazem implicações tanto de tempo quanto de custo, trazendo um desconforto associado e impacto económico significativo. Este programa de reabilitação com componente educativa, física e massagem da cicatriz e do membro superior homolateral no domicílio das participantes, fornece evidências de que o exercício pode ser benéfico/ eficaz na melhoria da QV das mulheres após tratamento por cancro da mama. A grande implicação deste estudo para a prática de cuidados é dar continuidade à monitorização dos resultados deste programa de reabilitação, oferecendo a informação e as respostas adequadas às necessidades destas mulheres ao nível da função e sintomas, melhorando a sua qualidade de vida.

Do ponto de vista teórico, consideramos importante dotar os enfermeiros de reabilitação de aprofundamento de conhecimentos e capacidades sobre a problemática que acompanha estas mulheres, no processo de recuperação da capacidade de satisfazer eficazmente as suas atividades de vida diária.

Para a investigação deixamos a sugestão para se replicarem mais estudos, que visem evidenciar os benefícios do exercício na QV destas mulheres, nomeadamente, o impacto da reabilitação na relação entre o tipo de abordagem cirúrgica e a QV, assim como, realizar mais estudos utilizando um grupo de controlo .

Contribuição de autores

Conceptualização: Rodrigues, T. M., Gomes, B. P.

Tratamento de dados: Rodrigues, T. M., Gomes, B. P.

Análise Formal: Rodrigues, T. M., Gomes, B. P.

Metodologia: Rodrigues, T. M., Gomes, B. P.

Investigação: Rodrigues, T. M., Gomes, B. P.

Supervisão: Rodrigues, T. M., Gomes, B. P.

Redação- rascunho original: Rodrigues, T. M., Gomes, B.

Redação – revisão e edição: Rodrigues, T. M., Gomes, B. P.

Referências bibliográficas

- Al-Gaithy, Z. K., Yaghmoor, B. E., Koumu, M. I., Alshehri, K. A., Saqah, A. A., & Alshehri, H. Z. (2019). Trends of mastectomy and breast-conserving surgery and related factors in female breast cancer patients treated at King Abdulaziz University Hospital, Jeddah, Saudi Arabia, 2009-2017: A retrospective cohort study. *Annals of Medicine and Surgery*, 41, 47-52. <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2019.03.012>
- Albers, L. F., Van Ek, G. F., Krouwel, E. M., Oosterkamp-Borgelink, C. M., Liefers, G. J., Den Ouden, M. E., Den Oudsten, B. L., Krol-Warmerdam, E. E., Guicherit, O. R., Linthorst-Niers, E., Putter, H., Pelger, R. C., & Elzevier, H. W. (2020). Sexual health needs: How do breast cancer patients and their partners want information? *Journal of Sex and Marital Therapy*, 46(3), 205-226. <https://doi.org/10.1080/0092623x.2019.1676853>
- Cheng, K. K., Lim, Y. T., Koh, Z. M., & Tam, W. W. (2017). Home-based multidimensional survivorship programmes for breast cancer survivors. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8, Article n°: CD011152. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011152.pub2>
- Direcção-Geral da Saúde. (2017). *Programa Nacional para as Doenças Oncológicas 2017*.
- Dragun, A. E., Huang, B., Tucker, T. C., & Spanos, W. J. (2012). Increasing mastectomy rates among all age groups for early stage breast cancer: A 10-year study of surgical choice. *The Breast Journal*, 18(4), 318-325. <https://doi.org/10.1111/j.1524-4741.2012.01245.x>
- European Organisation for Research and Treatment of Cancer. (2001). *EORTC QLQ-C30 Scoring manual* (3rd ed.). <https://www.eortc.org/app/uploads/sites/2/2018/02/SCmanual.pdf>
- Ergun, M., Eyigor, S., Karaca, B., Kisim, A., & Uslu, R. (2013). Effects of exercise on angiogenesis and apoptosis-related molecules, quality of life, fatigue and depression in breast cancer patients. *European Journal of Cancer Care*, 22(5), 626-637. <https://doi.org/10.1111/ecc.12068>
- Ferlay, J., Colombet, M., Soerjomataram, I., Dyba, T., Randi, G., Bettio, M., Gavin, A., Visser, O., & Bray, F. (2018). Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries and 25 major cancers in 2018. *European Journal of Cancer*, 103, 356-387. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2018.07.005>
- Ferlay, J., Colombet, M., Soerjomataram, I., Mathers, C., Parkin, D. M., Piñeros, M., Znaor, A., & Bray, F. (2019). Estimating the global cancer incidence and mortality in 2018: GLOBOCAN sources and methods. *International Journal of Cancer*, 144(8), 1941-1953. <https://doi.org/10.1002/ijc.31937>
- Forjaz de Lacerda, G., Kelly, S. P., Bastos, J., Castro, C., Mayer, A., Mariotto, A. B., & Anderson, W. F. (2018). Breast cancer in Portugal: Temporal trends and age-specific incidence by geographic regions. *Cancer Epidemiology*, 54, 12-18. <https://doi.org/10.1016/j.canep.2018.03.003>
- Ghizzani, A., Bruni, S., & Luisi, S. (2018). The sex life of women surviving breast cancer. *Gynecological Endocrinology*, 34(10), 821-825. <https://doi.org/10.1080/09513590.2018.1467401>
- Hidding, J. T., Beurskens, C. H., van der Wees, P. J., van Laarhoven, H. W., & Nijhuis-van der Sanden, M. W. (2014). Treatment related impairments in arm and shoulder in patients with breast cancer: A systematic review. *PloS One*, 9(5), e96748. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0096748>
- Lovelace, D. L., McDaniel, L. R., & Golden, D. (2019). Long-term effects of breast cancer surgery, treatment, and survivor care. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 64(6), 713-724. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13012>



- McGuire, K., Santillan, A. A., Kaur, P., Meade, T., Parbhoo, J., Mathias, M., Shamehdi, C., Davis, M., Ramos, D., & Cox, C. E. (2009). Are mastectomies on the rise?: A 13-year trend analysis of the selection of mastectomy versus breast conservation therapy in 5865 patients. *Annals of Surgical Oncology*, 16(10), 2682-2690. <https://doi.org/10.1245/s10434-009-0635-x>
- Olsson Möller, U., Beck, I., Rydén, L., & Malmström, M. (2019). A comprehensive approach to rehabilitation interventions following breast cancer treatment: A systematic review of systematic reviews. *BMC Cancer*, 19(1), Article number 472. <https://doi.org/10.1186/s12885-019-5648-7>
- Pais-Ribeiro, J., Pinto, C., & Santos, C. (2008). Validation study of the portuguese version of the QLC-C30-V.3. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 9(1), 89-102.
- Paolucci, T., Bernetti, A., Bai, A. V., Segatori, L., Monti, M., Maggi, G., Ippoliti, G., Tinelli, L., Santilli, V., Paoloni, M., Agostini, F., & Mangone, M. (2021). The sequelae of mastectomy and quadrantectomy with respect to the reaching movement in breast cancer survivors: Evidence for an integrated rehabilitation protocol during oncological care. *Support Care Cancer*, 29(2), 899-908. <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05567-x>
- The Global Cancer Observatory. (2021). *Cancer today: Population fact sheets: Portugal*. <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/620-portugal-fact-sheets.pdf>
- The Global Cancer Observatory. (2020). *Estimated number of new cases from 2020 to 2040, Incidence, Females, age [0-85+]: Breast*. https://gco.iarc.fr/tomorrow/en/dataviz/tables?mode=population&cancers=20&populations=8_40_56_70_100_112_191_196_203_208_233_246_250_276_300_348_352_372_380_428_440_442_470_498_499_528_578_616_620_642_643_688_703_705_724_752_756_804_807_826&types=0&sexes=2
- Zabit, F., & Iyigun, G. (2019). A comparison of physical characteristics, functions and quality of life between breast cancer survivor women who had a mastectomy and healthy women. *Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation*, 32(6), 937-945. <https://doi.org/10.3233/bmr-181362>

