UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Rafaela Russi Ervilha

Atenção oncológica a mulheres com câncer de mama: avaliação do impacto na imagem corporal e fatores associados

Juiz de Fora
2025

Rafaela Russi Ervilha

Atenção oncológica a mulheres com câncer de mama: avaliação do impacto na imagem corporal e fatores associados

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva. Área de concentração: Saúde Coletiva.

Orientador: Prof.ª Dra. Maria Teresa Bustamante Teixeira

Coorientador: Prof. Dr. Maximiliano Ribeiro Guerra

Juiz de Fora

2025

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração
automática da Biblioteca Universitária da UFJF,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Russi Ervilha, Rafaela .
Atenção oncológica a mulheres com câncer de mama: avaliação do impacto na imagem corporal e fatores associados / Rafaela Russi Ervilha. -- 2025.
253 p. : il.

Orientadora: Maria Teresa Bustamante Teixeira
Coorientador: Maximiliano Ribeiro Guerra
Tese (doutorado) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2025.

1. Câncer de mama. 2. Imagem corporal. 3. Insatisfação corporal. 4. Fatores associados. 5. Estilo de vida. I. Bustamante Teixeira, Maria Teresa, orient. II. Ribeiro Guerra, Maximiliano, coorient. III. Título.

Rafaela Russi Ervilha

Atenção oncológica a mulheres com câncer de mama: avaliação do impacto na imagem corporal e fatores associados

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva. Área de concentração: Saúde Coletiva.

Aprovada em 27 de junho de 2025.

BANCA EXAMINADORA

Prof.ª Dr.ª Maria Teresa Bustamante Teixeira – Orientadora

Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof. Dr. Maximiliano Ribeiro Guerra

Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof.ª Dr.ª Angela Nogueira Neves

Escola de Educação Física do Exército

Prof.ª Dr.ª Fabiane Frota da Rocha Morgado

Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Prof.ª Dr.ª Isabel Cristina Gonçalves Leite

Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof.ª Dr.ª Maria Elisa Caputo Ferreira

Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof. Dr. Homero Gonçalves Júnior

Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof. Dr. Fernando Antônio Basile Colugnati

Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof.ª Dr.ª Jane Rocha Duarte Cintra

Universidade Presidente Antônio Carlos

Dr.ª Juliana Fernandes Filgueira Meireles

University of Oklahoma Health Science Center

Documento assinado eletronicamente por **Maria Teresa Bustamante Teixeira**, **Professor(a)**, em 30/06/2025, às 12:07, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.

Documento assinado eletronicamente por **Rafaela Russi Ervilha**, **Usuário Externo**, em 30/06/2025, às 14:10, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.

Documento assinado eletronicamente por **Angela Nogueira Neves**, **Usuário Externo**, em 30/06/2025, às 14:17, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.

Documento assinado eletronicamente por **Maximiliano Ribeiro Guerra**, **Professor(a)**, em 02/07/2025, às 08:44, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.

Documento assinado eletronicamente por **Isabel Cristina Goncalves Leite**, **Professor(a)**, em 02/07/2025, às 11:02, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.

Documento assinado eletronicamente por **Fabiane Frota da Rocha Morgado**, **Usuário Externo**, em 07/08/2025, às 13:34, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Ufjf (www2.ufjf.br/SEI) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **2450905** e o código CRC **88F1325A**.

Dedico este trabalho com muito amor e carinho a todas as mulheres que participaram da pesquisa e a todos que enfrentam ou enfrentaram os desafios impostos pelo diagnóstico e tratamento do câncer – em especial, à minha bisavó, Assunta Benevenuto, e à minha avó do coração, Lena Belle Little.

AGRADECIMENTOS

Hoje, mais um ciclo da minha vida se encerra, marcando a concretização de um grande sonho. Essa conquista só foi possível graças ao apoio inestimável de pessoas que estiveram ao meu lado, me incentivando a seguir em frente e confiando que cada desafio seria superado.

Agradeço, primeiramente, a **Deus** pelo amparo nos momentos difíceis, por me fortalecer diante de cada obstáculo e por me lembrar diariamente que sou mais forte do que penso.

Ao meu pai, **Marcelo** (*in memoriam*), pelo legado de responsabilidade, honestidade e dedicação; e a minha mãe, **Rosane**, pelo amor, apoio e cuidado incondicional. Muito obrigada por, mesmo diante de tantas dificuldades, nunca terem medido esforços para apoiar meus sonhos. À minha irmã, **Paloma**, por toda cumplicidade, apoio, parceria. Vocês são a base de tudo que eu sou!

À minha melhor amiga e mãe do coração, **Gloria**, por todas as diferentes formas de me mostrar o quanto se importa comigo e por sempre me motivar a seguir os meus sonhos. Muito obrigada por estar ao meu lado durante todos os momentos da minha vida, especialmente pelo apoio incondicional durante meu período no exterior. *You mean the world to me, Mom!*

Aos meus queridos orientadores, **Teita** e **Max**, que me deram a honra de poder aprender com eles muito além da orientação acadêmica. Agradeço imensamente pela compreensão, paciência, cuidado, carinho, incentivo e todas as oportunidades oferecidas. Vocês são luz na minha vida, pessoas que, com orgulho posso chamar de amigos – amigos tão queridos! Vocês ocupam um lugar muito especial no meu coração e na minha história! Onde quer que eu vá, sempre haverá um pouco de vocês comigo.

Aos membros da **banca examinadora** da qualificação e da defesa, agradeço pela disponibilidade em avaliar meu trabalho. Suas considerações, recomendações e sugestões foram fundamentais para o aprimoramento desta pesquisa e para o meu crescimento profissional. Muito obrigada por compartilharem seu conhecimento e contribuírem para essa importante etapa da minha trajetória!

Aos queridos amigos do **Grupo de Pesquisa em Câncer**, que compartilharam comigo essa caminhada, em especial à **Angélica Campos**, por ter sido a pessoa que abriu portas para que este sonho se tornasse realidade. Sua generosidade em ensinar e compartilhar, sua amizade e sua parceria incondicional foram fundamentais para que eu chegasse até aqui. À **Eduarda Fernandes**, por toda cumplicidade, amizade e apoio ao longo desse processo, todas as conversas e desabafos nos momentos que em que tudo parecia impossível. À **Daniela Pereira**, pela amizade e toda parceria, ensinamentos e incentivos. Obrigada por sempre me oferecer uma

palavra amiga nos momentos mais difíceis. À **Vívian Fayer**, por toda generosidade em ensinar, pela disponibilidade e por ter contribuído tanto na construção desse projeto desde o início.

À querida amiga **Jane Cintra**, pela disponibilidade, por todas as contribuições ao desenvolvimento projeto e aos aspectos que permitiram que essa pesquisa pudesse ser realizada. Obrigada pela parceria, pelo cuidado, pela preocupação e pelo carinho.

Aos bolsistas de Iniciação Científica – **Caio Lauar**, **Iara Renault, Matheus Calábria, Pedro Medeiros, Matheus Pacheco, Camila Damasceno e Wytória Pereira** – pela contribuição ímpar na execução da coleta de dados e os trabalhos posteriormente desenvolvidos.

Às **mulheres que participaram desta pesquisa** – as maiores lições que aprendi vão além dos resultados ou publicações. Suas histórias, marcadas por desafios e inseguranças, mas também por força e resistência, me ensinaram muito sobre a vida e o viver. Meu agradecimento não se limita ao preenchimento de um questionário, mas ao ato generoso de compartilhar algo tão íntimo e significativo.

À equipe do **Hospital Nove de Julho** e **Instituto Oncológico**, pela recepção, colaboração, auxílio e disponibilidade para a realização da coleta de dados e entrevistas.

Aos queridos **professores** do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, que foram fundamentais na minha formação acadêmica – especialmente meus orientadores **Teita** e **Max**, aos quais eu me espelho como pessoa e profissional; à querida professora **Isabel Leite**, pela generosidade em ensinar e por todo apoio e carinho. Bel, você é uma grande inspiração para mim; e à querida professora **Joan Warren**, por todos os ensinamentos acadêmicos e da vida, por todo carinho e por todas as conversas que foram tão significativas para mim, pela torcida pela realização dos meus sonhos. *Joan, I truly appreciate you and your friendship!*

Aos funcionários do **Núcleo de Assessoria, Treinamento e Estudos em Saúde (NATES)**, especialmente, **Elisângela Martins** e **Patrícia Daniel**, pela atenção, carinho e disponibilidade para nos auxiliar em tudo que foi necessário.

Ao **Laboratório de Estudos do Corpo (LABESC)**, em especial, a Prof.ª **Maria Elisa Caputo Ferreira** pelo convite para integrar o grupo e a Prof.ª **Clara Mockdece Neves**, por me receber com tanto carinho. Aos alunos – **Alesandra Toledo, Beatriz Pardal, Cláudia Correa, Júlia Loth, Larissa Ramos, Letícia Cruz, Marcela Rodrigues e Natália Oliveira** – por toda parceira e troca de conhecimento. Sou muito grata a tudo que aprendi com vocês. À querida amiga **Juliana Meireles**, por todo incentivo e por tantas conversas encorajadoras ao longo dessa jornada – especialmente sobre o meu tão sonhado período sanduíche.

À querida Prof.ª **Ana Paula Cupertino**, pela generosidade em me receber e me orientar durante o doutorado sanduíche. Sou muito grata por todas as oportunidades oferecidas, por me permitir aprender com você, por sempre me encorajar a desenvolver habilidades que eu nem imaginava possuir. Eu aprecio imensamente tudo o que fez por mim.

À **University of Rochester Medical Center (URMC)**, por me proporcionar oportunidades incríveis. Às queridas amigas **Zhanna Kulshanova, Sarah Merrit** e **Kristina Hawes**, por me acolherem com tanto carinho, pelas conversas, risadas e ensinamentos. Participar com vocês no *Community Outreach and Engagement* (COE) foi uma experiência inesquecível. Às queridas amigas **Lulu Roman**, **Daniela Matute** e **Ariana Montalvo**, por toda parceria, pelas risadas, pelo apoio em meio ao caos, pelos cookies compartilhados, pelas conversas trocadas na cafeteria. Trabalhar com vocês foi uma das experiências mais incríveis que eu já tive na vida.

Aos amigos que reencontrei e fiz em Rochester – **Laisa Sartes, Fernando Colugnati, Antonella Colugnati, Zamira Guerra, Juliana Cazarin, Fábio Hecht, Clarissa Boraschi e Gabriel Landi** – por se tornarem minha família longe de casa. Sou muito grata a todos os momentos compartilhados. Vocês fizeram com que tudo fosse mais leve e mais feliz.

Aos meus grandes amigos que acompanharam de perto essa trajetória – **Laís Verçoza**, **Bruna de Toledo**, **Jéssica Fagundes**, **Ana Carolina Brando**, **Eduardo Mendes** e **Nathália Ribeiro** – e à minha **família**, por todo incentivo e torcida. Às minhas amigas e companheiras desde o mestrado **Priscila Pereira** e **Jéssica Almeida,** pelas conversas, cafés e desabafos. Compartilhar esses anos com vocês foi muito especial!

À **Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)**, que se tornou meu segundo lar desde 2010, sou imensamente grata por todo aprendizado, oportunidades e pelo ambiente acolhedor que marcou minha trajetória acadêmica e a minha vida. Agradeço também à **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)** e à **Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG)** pelo apoio institucional e financeiro, que tornaram possível a realização deste trabalho.

Sei que nenhuma palavra será capaz de expressar plenamente minha gratidão, mas sigo com o desejo sincero de que minha trajetória e meu trabalho possam, de alguma forma, retribuir tudo o que recebi.

"(...)Maria, Maria, é o som, é a cor, é o suor
É a dose mais forte e lenta
De uma gente que ri quando deve chorar
E não vive, apenas aguenta
Mas é preciso ter força, é preciso ter raça
É preciso ter gana sempre
Quem traz no corpo a marca, Maria, Maria
Mistura a dor e a alegria
Mas é preciso ter manha, é preciso ter graça
É preciso ter sonho sempre
Quem traz na pele essa marca possui
A estranha mania de ter fé na vida(...)"
Milton Nascimento – Maria, Maria (1978)

RESUMO

Contexto: O câncer de mama é a neoplasia mais incidente entre mulheres em âmbito global, impactando não apenas a saúde física, mas também dimensões emocionais e psicossociais, como a percepção da imagem corporal. As modificações corporais decorrentes do tratamento oncológico podem gerar insatisfação com o corpo, afetando negativamente a autoestima, a reintegração social e a qualidade de vida. **Objetivo:** Avaliar o impacto do câncer de mama na imagem corporal e identificar fatores sociodemográficos, clínicos, comportamentais e sociais associados à insatisfação corporal em mulheres atendidas em centros de referência oncológica. **Método:** Trata-se de um estudo transversal, aninhado a uma coorte hospitalar composta por mulheres diagnosticadas com câncer de mama entre 2014 e 2016, no município de Juiz de Fora, região da Zona da Mata Mineira. A amostra foi constituída por 101 mulheres, com idade média de 53,55 anos (DP=12,19), em acompanhamento ambulatorial em centros de referência em oncologia. A avaliação da imagem corporal foi realizada por meio do instrumento *Body Image After Breast Cancer Questionnaire* (BIBCQ), validado para o contexto brasileiro. Informações sociodemográficas, clínicas, comportamentais e sociais foram coletadas por meio de entrevistas. As análises incluíram estatísticas descritivas e o teste qui-quadrado de Pearson para verificar associações entre a variável de desfecho (insatisfação corporal) e independentes. Variáveis com $p \leq 0,20$ foram incluídas na análise multivariada, utilizando-se o método *backward stepwise*. Permaneceram no modelo final as variáveis com $p \leq 0,05$. As análises foram conduzidas no software SPSS. **Resultados:** A prevalência de insatisfação corporal foi de 47,5%. A maior chance de insatisfação corporal esteve associada à idade igual ou inferior a 49 anos (OR=3,25; IC95%: 1,34-7,89), prática regular de atividade física (OR=2,81; IC95%: 1,12-7,05), consumo de menos de quatro doses de álcool por ocasião (OR=2,74; IC95%: 1,08-6,91) e percepção reduzida de suporte social (OR=3,45; IC95%: 1,34-8,85). Não foram observadas associações estatisticamente significativas com variáveis clínicas, como estadiamento e tipo de tratamento. **Conclusão:** A insatisfação corporal demonstrou ser um desfecho prevalente entre mulheres sobreviventes do câncer de mama, sendo influenciada por fatores socioeconômicos, comportamentais e de suporte social, mais do que por características da doença. Esses achados reforçam a necessidade de incorporar estratégias de cuidado psicossocial ao modelo assistencial oncológico, visando acolher de forma integral as demandas subjetivas das pacientes e promover uma melhor qualidade de vida durante e após o tratamento.

Palavras-chave: neoplasia da mama; imagem corporal; insatisfação corporal; fatores associados; estilo de vida.

ABSTRACT

Background: Breast cancer is the most common malignant neoplasm among women worldwide, affecting not only physical health but also emotional and psychosocial dimensions, such as body image perception. Bodily changes resulting from cancer treatment can lead to body dissatisfaction, negatively impacting self-esteem, social reintegration, and the quality of life of female survivors. **Objective:** To assess the impact of breast cancer on body image and identify sociodemographic, clinical, behavioral, and social factors associated with body dissatisfaction among women receiving care at oncology referral centers. **Methods:** This is a cross-sectional study nested within a hospital-based cohort of women diagnosed with breast cancer between 2014 and 2016 in Juiz de Fora, a municipality in the Zona da Mata region of Minas Gerais, Brazil. The sample consisted of 101 women, with an average age of 53.55 years (SD=12.19) under outpatient follow-up in oncology services. Body image was assessed using the Body Image after Breast Cancer Questionnaire (BIBCQ), validated for the Brazilian context. Sociodemographic, clinical, behavioral, and social support data were collected through a survey. Descriptive statistics and Pearson's chi-square test were used to identify associations between the outcome variable (body dissatisfaction) and independent variables. Variables with $p \leq 0.20$ were included in a multivariate binary logistic regression analysis using a backward stepwise method. Only variables with $p \leq 0.05$ were retained in the final model. Statistical analyses were performed using SPSS software. **Results:** The prevalence of body dissatisfaction was 47.5%. Higher odds of body dissatisfaction were associated with being 49 years old or younger (OR = 3.25; 95% CI: 1.34–7.89), engaging in regular physical activity (OR = 2.81; 95% CI: 1.12–7.05), consuming fewer than four alcoholic drinks per occasion (OR = 2.74; 95% CI: 1.08–6.91), and reporting lower perceived social support (OR = 3.45; 95% CI: 1.34–8.85). Clinical factors, such as cancer staging and treatment type, were not significantly associated with body dissatisfaction. **Conclusion:** Body dissatisfaction is a prevalent outcome among breast cancer survivors and is influenced more by sociodemographic, behavioral and social support factors than by clinical characteristics of the disease. These findings underscore the need to integrate psychosocial care strategies into oncology services to address patients' subjective needs and promote better quality of life throughout the cancer care continuum and survivorship.

Keywords: breast neoplasms; body image; body dissatisfaction; sociodemographic factors; lifestyle.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Anatomia da mama feminina……..... 25
Figura 2 – História natural da doença..... 26
Figura 3 – Estimativas das taxas de incidência por câncer de mama, padronizado por idade no ano de 2022, considerando todas as idades..... 28
Figura 4 – Estimativas das taxas de mortalidade por câncer de mama, padronizada por idade no ano de 2022, considerando todas as idades..... 29
Figura 5 – Representação espacial das taxas de incidência de neoplasia maligna da mama, por 100 mil mulheres, ajustadas por idade, pela população mundial, estimadas para cada ano do triênio de 2023 a 2025, segundo Unidade da Federação..... 30
Figura 6 – Taxas de mortalidade por câncer de mama, ajustadas por anos, segundo localidade, por 100 mil mulheres, pela população mundial, nas Regiões selecionadas*, com faixa etária de Ign. a 99+, entre 2000 e 2022..... 31
Figura 7 – Estratégias para detecção precoce do câncer de mama..... 34
Figura 8 – Etapas para o diagnóstico precoce..... 36
Figura 9 – Linha do tempo sobre o histórico do câncer de mama no Brasil..... 37
Figura 10 – Linha de cuidado do câncer de mama..... 44
Figura 11 – Esquema do modelo conceitual da imagem corporal..... 49
Figura 12 – Modelo de Influência Quadripartite hipotetizado e testado para sobreviventes de câncer de mama..... 55
Figura 13 – Fluxograma das etapas de seleção da amostra do estudo..... 65
Quadro 1 – Recomendações do rastreamento mamográfico no Brasil..... 35
Quadro 2 – Categoria BI-RADS e condutas recomendadas..... 39
Quadro 3 – Critérios de classificação TNM..... 41
Quadro 4 – Estadiamento de acordo com a classificação TNM para câncer de mama..... 41

Artigo 1*

Figura 1 – Qualidade metodológica e risco de viés dos estudos elegíveis..... 78
Figura 2 – Avaliação da qualidade metodológica e do risco de viés dos estudos incluídos..... 83

Figura 3 – Fluxograma de acordo com o *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses* (PRISMA)..... 84

LISTA DE TABELAS

Artigo 1*

Tabela 1 – Estratégia de busca utilizada para seleção dos artigos..... 76
Tabela 2 – Características metodológicas e descritivas dos estudos incluídos na revisão..... 80

Artigo 2*

Tabela 1 – Fatores sociodemográficos associados à insatisfação corporal entre mulheres com câncer de mama (2014–2016), Juiz de Fora, Brasil..... 104
Tabela 2 – Associação entre fatores clínicos e comportamentais e a insatisfação corporal entre mulheres com câncer de mama (2014–2016), Juiz de Fora, Brasil..... 105
Tabela 3 – Análise de regressão logística dos fatores associados à insatisfação corporal entre mulheres com câncer de mama (2014–2016), Juiz de Fora, Brasil..... 106

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas e Pesquisa
ACR	*American College of Radiology*
ACS	*American Cancer Society*
AJCC	*American Joint Committee on Cancer*
APS	Atenção Primária à Saúde
BCAC	*Breast Cancer Association Consortium*
BIAQ	*Body Image Avoidance Questionnaire*
BIBCQ	*Body Image After Breast Cancer Questionnaire*
BI-RADS	*Breast Imaging and Data System*
BIRS	*Body Image Relationship Scale*
BIS	*Body Image Scale*
CACON	Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CBR	Colégio Brasileiro de Radiologia
CCEB	Critério de Classificação Econômica do Brasil
CISH	*Chromogenic In Situ Hybridization*
COE	*Community Outreach and Engagement*
CSA	*Computer Science & Applications*
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DUREL	*Duke University Religion Index*
ECM	Exame Clínico das Mamas
EORTC	*European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Study Group*
FAPEMIG	Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais
FISH	Hibridização In Situ Fluorescente
GLOBOCAN	*Global Cancer Observatory*
HER-2	Receptor do Fator de Crescimento Epidérmico Humano Tipo 2
IARC	*International Agency for Research on Cancer*
IMC	Índice de Massa Corporal
INCA	Instituto Nacional do Câncer
IPAQ	*International Physical Activity Questionnaire*

JBI	*Joanna Briggs Institute*
LABESC	Laboratório de Estudos do Corpo
MIQ	Modelo de Influência Quadripartite
NATES	Núcleo de Assessoria, Treinamento e Estudos em Saúde
NCCN	*National Comprehensive Cancer Network*
NCCS	*National Coalition for Cancer Survivorship*
NCI	*National Cancer Institute*
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAAF	Punção por Agulha Fina
PAG	Biópsia Percutânea com Agulha Grossa
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
P-DUREL	Índice de Religiosidade de Duke
PICO	População, Intervenção, Comparação, Resultado
PPGSC	Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
PNAO	Política Nacional de Atenção Oncológica
PRISMA	*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*
Pro-Onco	Programa de Oncologia
RHE	Receptores Hormonais de Estrogênio
RHC	Registro Hospitalar de Câncer
RHP	Receptores Hormonais de Progesterona
SAE	Serviço de Assistência Especializada
SDM	Serviço de Referência para Diagnóstico do Câncer de Mama
SISCAN	Sistema de Informação de Câncer
SISMAMA	Sistema de Informação de Câncer de Mama
SBOC	Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica
SPSS	*Statistical Package for the Social Sciences*
SSQ	*Social Support Questionnaire*
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TNM	Tumor, Linfonodo, Metástase
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
UICC	União Internacional para o Controle do Câncer

UNACON	Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
URMC	*University of Rochester Medical Center*
WHO	*World Health Organization*
WHOQOL-SRPB	*World Health Organization Quality of Life – Spirituality, Religiosity and Personal Beliefs*

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO E INTRODUÇÃO..... 21

2 REFERENCIAL TEÓRICO..... 25

2.1 CÂNCER DE MAMA..... 25

2.2 HISTÓRIA NATURAL DA DOENÇA..... 26

2.3 MAGNITUDE DO CÂNCER DE MAMA..... 27

2.4 FATORES ASSOCIADOS..... 31

2.4.1 Fatores genéticos..... 32

2.4.2 Fatores hormonais..... 32

2.4.3 Fatores comportamentais e estilo de vida..... 32

2.4.4 Fatores socioeconômicos e acesso a serviço de saúde..... 33

2.4.5 Fatores de proteção..... 33

2.5 MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE..... 34

2.6 DIAGNÓSTICO E ESTADIAMENTO 37

2.6.1 Diagnóstico..... 37

2.6.2 Estadiamento..... 40

2.7 TRATAMENTO..... 42

2.7.1 Cirurgia..... 42

2.7.2 Radioterapia..... 43

2.7.3 Quimioterapia..... 43

2.7.4 Hormonioterapia..... 43

2.8 LINHA DE CUIDADO DO CÂNCER DE MAMA NO BRASIL..... 44

2.8.1 Atenção Primária à Saúde (Atenção Básica)..... 45

2.8.2 Atenção Secundária (Média Complexidade)..... 45

2.8.3 Atenção Terciária (Alta Complexidade)..... 45

2.8.4 Desafios e Perspectivas..... 46

2.9 IMPACTOS EMOCIONAIS DO ADOECER E DO TRATAMENTO..... 46

2.10 IMAGEM CORPORAL..... 48

2.10.1 Conceitualização da Imagem Corporal e Aspectos Históricos..... 48

2.10.2 Perspectivas Teóricas na imagem corporal..... 50

2.10.3 Perspectiva Sociocultural: A construção do corpo ideal e seus impactos no câncer de mama..... 52

2.10.4 A imagem corporal no contexto do câncer de mama..... 55

2.10.5 Avaliação da imagem corporal no contexto do câncer de mama..... 57
3 JUSTIFICATIVA..... 60
4 OBJETIVOS..... 62
4.1 OBJETIVO GERAL..... 62
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... 62
5 METODOLOGIA..... 63
5.1 PARA A REVISÃO SISTEMÁTICA..... 63
5.2 PARA O ARTIGO EMPÍRICO DA TESE..... 64
6 RESULTADOS..... 71
6.1 ARTIGO 1..... 72
6.2 ARTIGO 2..... 95
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 116
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 118
APÊNDICES..... 135
ANEXOS..... 200

1 APRESENTAÇÃO E INTRODUÇÃO

Minha trajetória acadêmica e profissional foi construída a partir de experiências pessoais que despertaram, desde cedo, o interesse pelo aprendizado e pela compreensão do comportamento humano. Cresci em uma cidade pequena, com poucos recursos financeiros, mas sempre alimentei grandes sonhos. Enquanto minhas amigas brincavam de boneca, eu preferia brincar de professora, o que revelou meu interesse genuíno para ensinar e aprender continuamente. Perguntar, observar e interpretar a realidade sempre foram traços centrais da minha personalidade, que naturalmente me conduziram à escolha pela graduação em Psicologia na Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF).

Desde os primeiros anos da graduação, percebi que a prática clínica tradicional não atendia plenamente aos meus interesses. Meu olhar estava voltado para compreender a saúde em sua integralidade, articulando dimensões físicas, sociais e psicológicas. Nesse período, tive minhas primeiras experiências em pesquisa e intervenção em psicologia da saúde, incluindo projetos de cessação do tabagismo em ambiente hospitalar. Paralelamente, iniciei minha atuação voluntária em uma fundação de apoio a crianças com câncer e suas famílias - atividade que mantenho há mais de uma década - e que consolidou meu compromisso com o cuidado integral em saúde, reforçando a motivação para desenvolver pesquisas voltadas a populações em situação de vulnerabilidade.

Em 2016, ingressei no Mestrado em Saúde Coletiva pela UFJF, aprofundando minha atuação em pesquisas sobre prevenção e controle do tabaco. Durante esse período, tive a oportunidade de aprender com professores de referência, que fortaleceram minha convicção em dedicar minha trajetória acadêmica à promoção da saúde.

Posteriormente, em 2019, fui convidada para colaborar em uma pesquisa sobre câncer de mama. Essa experiência me inseriu de forma mais intensa no campo da oncologia, ampliando meu conhecimento em epidemiologia do câncer e despertando meu interesse específico nos impactos psicossociais da doença, especialmente aqueles relacionados à imagem corporal. Foi nesse momento que decidi prestar o exame de seleção para o doutorado em Saúde Coletiva, iniciado em 2020.

No decorrer do doutorado, busquei ampliar minha formação científica por meio de um período de doutorado sanduíche (PDSE/CAPES) na *University of Rochester Medical Center* (2023–2024) nos Estados Unidos. Nesse contexto, participei de atividades de pesquisa clínica e epidemiológica, colaborei no desenvolvimento de um projeto sobre qualidade de vida e redes de apoio de mulheres com linfedema após cirurgia de câncer de mama, colaborei na escrita e

submissão de duas propostas de fomento internacional e integrei ações de engajamento comunitário voltadas a populações historicamente desfavorecidas, promovendo trabalhos de educação em saúde. Essa vivência internacional não apenas contribuiu para o aprimoramento de minhas competências em pesquisa, mas também ampliou minha perspectiva sobre a importância da colaboração científica global e da integração entre ciência e comunidade.

Dessa forma, a trajetória aqui apresentada reflete a confluência entre minha formação em Psicologia, o interesse consolidado em Saúde Coletiva e a busca por produzir conhecimento científico aplicado à melhoria da qualidade de vida de mulheres com câncer de mama. Esse percurso pessoal e acadêmico fundamenta o presente trabalho, que se insere no esforço de integrar a dimensão psicossocial ao cuidado oncológico no Brasil.

O presente estudo é fruto da continuidade do projeto de pesquisa intitulado "Sobrevida e fatores prognósticos para o câncer de mama: estudo de coorte hospitalar de mulheres assistidas em centros de referência da Zona da Mata Mineira", conduzido pelo Grupo de Pesquisa em Câncer do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora (PPGSC/UFJF).

O projeto teve como marco inicial a tese de doutorado do Prof. Dr. Maximiliano Guerra, que analisou a sobrevida em cinco anos e fatores prognósticos de mulheres diagnosticadas com câncer de mama entre 1998 e 2000, atendidas em serviços de oncologia no município de Juiz de Fora, Minas Gerais (1ª coorte; n=782). Posteriormente, a pesquisa foi ampliada pela dissertação de mestrado da Dr.ª Vívian Fayer, que investigou a sobrevida em dez anos de mulheres diagnosticadas entre 2000 e 2001 em centros de referência em oncologia da cidade.

Na fase seguinte do estudo, a Prof.ª Dr.ª Jane Cintra conduziu uma análise de sobrevida em cinco anos e os fatores associados em mulheres diagnosticadas com câncer de mama entre 2003 e 2005, em dois centros de referência oncológica em Juiz de Fora (2ª coorte; n=563). O banco de dados dessa pesquisa subsidiou três dissertações de mestrado e quatro teses de doutorado, abordando aspectos como tempo de espera para tratamento, sobrevida segundo subtipos tumorais e sobrevida livre de doença.

Na terceira fase da pesquisa, conduzida pela Dr.ª Angélica Campos, os objetivos foram ampliados, incorporando investigações do tempo de espera para diagnóstico e tratamento, além de explorar dimensões subjetivas como qualidade de vida, imagem corporal, suporte social e religiosidade de mulheres diagnosticadas entre 2014 e 2016 nos mesmos centros de referência (3ª coorte; n=522). Dessa forma, além da coleta de dados a partir do Registro Hospitalar de Câncer (RHC) e prontuários hospitalares, optou-se pela coleta de dados primários das participantes. Esse banco de dados já subsidiou duas teses de doutorado (sobre qualidade de

vida e tempo de espera entre diagnóstico e tratamento) e duas dissertações de mestrado (sobre imagem corporal, sexualidade e tempo de espera para início do tratamento adjuvante), além do presente trabalho, que investiga especificamente a imagem corporal.

Dentro desse contexto, a presente tese de doutorado, inserida na Linha de Pesquisa em Câncer e como parte desse amplo projeto, tem como objetivo avaliar o impacto do câncer de mama na imagem corporal de mulheres diagnosticadas e acompanhadas em centros de referência em oncologia do município de Juiz de Fora, MG.

A tese está organizada em sete capítulos. O Capítulo 1 – Apresentação e Introdução apresenta a trajetória acadêmica e profissional da doutoranda e como essa trajetória se encaixa na pesquisa desenvolvida. A introdução contextualiza como a pesquisa foi idealizada e como ela se insere dentro de um projeto maior, que é o estudo de coorte. O Capítulo 2 – Referencial Teórico reúne uma revisão abrangente da literatura sobre o câncer de mama, incluindo sua história natural, magnitude, fatores associados ao risco e à proteção, estratégias de prevenção, diagnóstico, estadiamento e tratamento, a organização da linha de cuidado do câncer de mama no Brasil e os impactos emocionais do adoecimento e do tratamento, bem como o conceito e as dimensões da imagem corporal. A seção dedicada à conceitualização da imagem corporal e aspectos históricos discute a evolução do conceito ao longo do tempo, desde os primeiros modelos psicodinâmicos até abordagens contemporâneas que integram componentes perceptivos, emocionais, cognitivos e socioculturais. São abordadas ainda as principais perspectivas teóricas que influenciam a construção da imagem corporal, com ênfase nas transformações decorrentes do câncer de mama e seus tratamentos. Por fim, são apresentados os principais instrumentos utilizados para a avaliação da imagem corporal nesse contexto específico.

O Capítulo 3 – Justificativa explicita os motivos que fundamentam a realização do estudo, com base na relevância científica, social e prática da investigação e implicações para a Saúde Coletiva. O Capítulo 4 – Objetivos apresenta o objetivo geral e os objetivos específicos que nortearam o desenvolvimento da pesquisa. O Capítulo 5 – Metodologia foi dividido de acordo com os objetivos específicos do estudo, abrangendo os procedimentos adotados para a realização da revisão sistemática e do estudo empírico, com descrição detalhada do delineamento, critérios de seleção, coleta de dados, instrumentos utilizados e estratégias de análise estatística. O Capítulo 6 – Resultados reúne os principais achados organizados em dois artigos científicos: o primeiro, uma revisão sistemática sobre a imagem corporal em mulheres com câncer de mama; o segundo, um estudo empírico realizado com mulheres brasileiras sobreviventes do câncer de mama, analisando os fatores associados à insatisfação corporal. Por

fim, o Capítulo 7 – Considerações Finais retoma os principais resultados, discute suas implicações para a prática em saúde e propõe recomendações para a atenção integral às mulheres com câncer de mama, além de indicar possibilidades para pesquisas futuras.

Espera-se que este trabalho contribua para o fortalecimento da linha de pesquisa em câncer do PPGSC/UFJF e para a ampliação do escopo das investigações do grupo, incorporando questões subjetivas no cuidado oncológico. Ademais, os achados reforçam a necessidade de medidas de prevenção e intervenções que minimizem os impactos do câncer de mama na qualidade de vida das pacientes, desde o diagnóstico e tratamento até a sobrevivência a longo prazo.

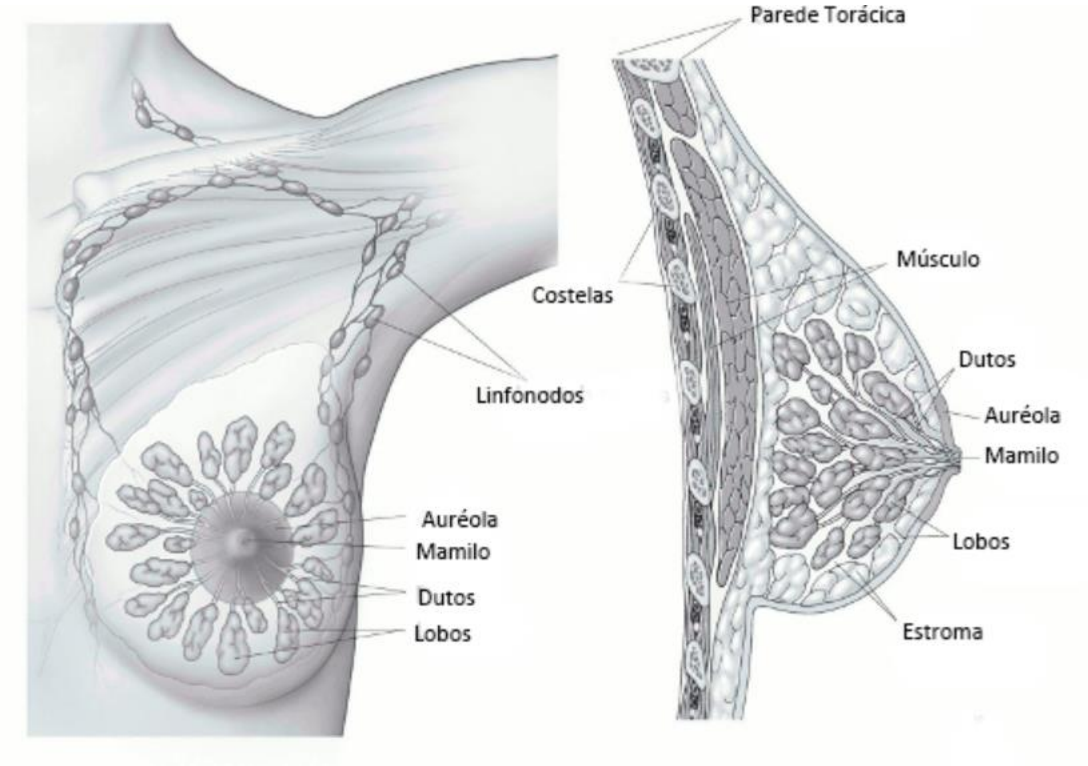
2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 CÂNCER DE MAMA

O câncer de mama é uma neoplasia originada da proliferação descontrolada das células epiteliais nos ductos ou lobos mamários, desencadeadas por falhas nos mecanismos que regulam o crescimento e a divisão celular. Esse processo está associado a alterações genéticas, que podem ser agravadas por fatores ambientais e fisiológicos, resultando na formação de tumores que podem permanecer restritos ao tecido mamário ou se disseminar para outros órgãos (*AMERICAN CANCER SOCIETY* [ACS], 2021a; GOBBI; NUNES, 2018; INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER [INCA], 2023a).

A Figura 1 ilustra a anatomia de uma mama feminina normal, destacando suas diversas estruturas. Entre elas, merecem atenção especial os ductos e os lobos, locais onde a maioria dos casos de câncer se desenvolvem (ACS, 2021a).

Figura 1 – Anatomia da mama feminina



Fonte: Traduzido da ACS (2021a)

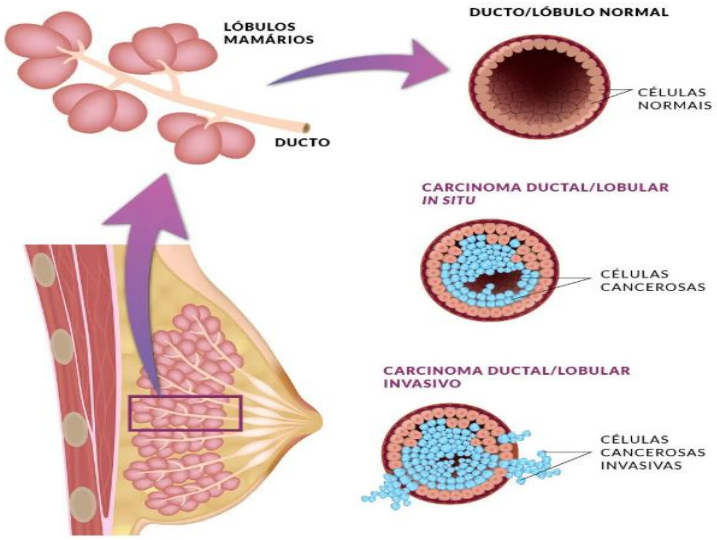
2.2 HISTÓRIA NATURAL DA DOENÇA

A história natural do câncer de mama descreve a evolução da doença, desde a alteração inicial das células mamárias até sua manifestação clínica e possível disseminação, na ausência de intervenções terapêuticas. Essa compreensão é fundamental para o aprimoramento das estratégias de rastreamento, detecção precoce e tratamento (BRASIL, 2013a; INCA, 2023b).

A evolução das doenças pode ser classificada em fases distintas, sendo esse conceito amplamente aplicado ao câncer de mama (BRASIL, 2013a). Inicialmente, na fase pré-clínica, ocorre a transformação maligna de uma célula mamária, resultando na proliferação de um grupo celular atípico, mas ainda sem manifestações clínicas. Com o crescimento tumoral, alcança-se a fase clínica, na qual o tumor se torna detectável por exame físico ou por meio de exames de rastreamento por imagem, como a mamografia (BRASIL, 2013a; GOBBI; NUNES, 2018; INCA, 2023c).

Do ponto de vista morfológico, o câncer de mama pode ser classificado como carcinoma *in situ* ou carcinoma invasivo (ACS, 2021a). O carcinoma *in situ* se caracteriza por alterações proliferativas limitadas aos ductos ou lobos mamários, sem rompimento da membrana basal. Os subtipos mais comuns são o carcinoma ductal *in situ* e carcinoma lobular *in situ*. Em contrapartida, o carcinoma invasivo ocorre quando as células neoplásicas ultrapassam a membrana basal, permitindo a infiltração dos tecidos circundantes e a disseminação para linfonodos regionais ou órgãos distantes (ACS, 2021a; BRASIL, 2013a; *INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER* [IARC], 2014). A Figura 2 ilustra os dois tipos de carcinoma.

Figura 2 – História natural da doença



Fonte: Adaptado de BOUFELLI (2022).

O modelo de progressão clínica enfatiza a transição do câncer de mama através de diferentes estágios, considerando a disseminação loco-regional e sistêmica (PEROU et al., 2000). Inicialmente, o tumor pode permanecer restrito à mama por períodos variados, sendo influenciado por fatores biológicos e imunológicos. Posteriormente, ocorre a propagação linfática, com envolvimento de linfonodos axilares, e a disseminação hematogênica, afetando órgãos como ossos, pulmões e pleura e fígado. O padrão de metástase está relacionado a fatores como tipo histológico, grau de diferenciação tumoral e expressão de receptores hormonais (ACS, 2021a; BRASIL, 2013a).

Por fim, o modelo de crescimento tumoral analisa a progressão da doença com base na proliferação celular e no tempo de duplicação volumétrica do tumor (IARC, 2014). Embora muitos tumores apresentem crescimento lento, alguns subtipos biológicos, como os triplo-negativos, podem evoluir rapidamente, com maior potencial metastático e pior prognóstico (PEROU et al., 2000).

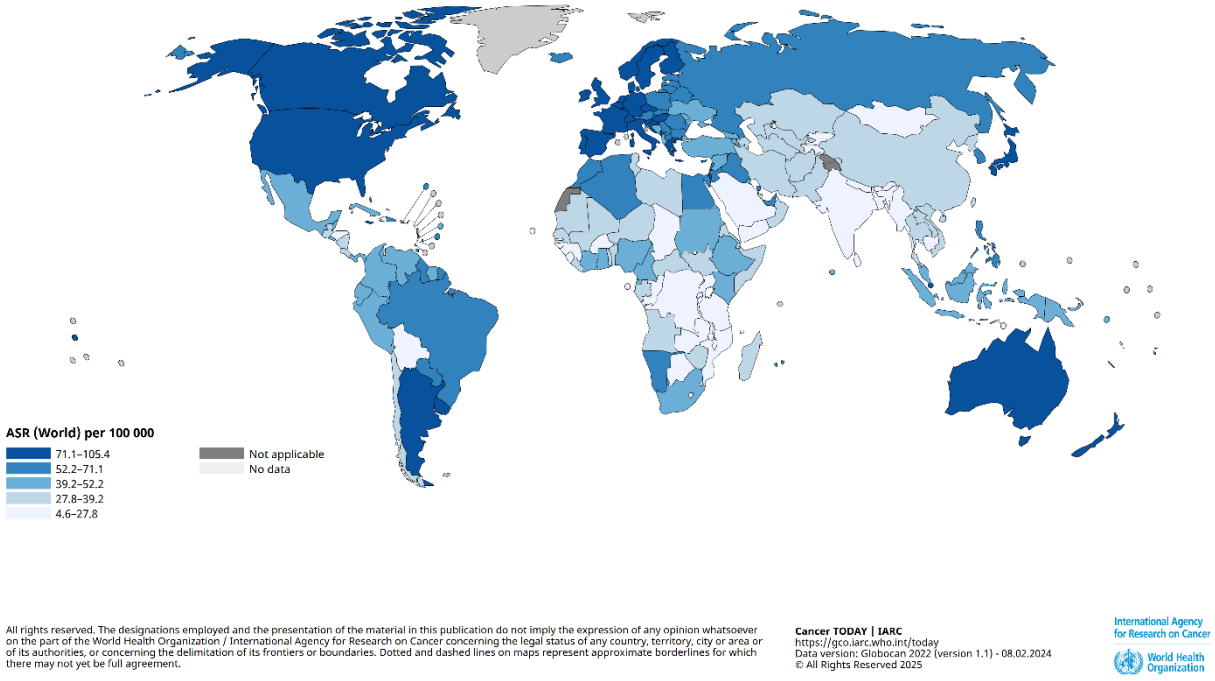
2.3 MAGNITUDE DO CÂNCER DE MAMA

Nas últimas décadas, o Brasil tem observado um aumento significativo de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), alinhado às tendências globais, como resultado de transformações econômicas, sociais e demográficas. Esse fenômeno, conhecido como transição epidemiológica, reflete a mudança do perfil de mortalidade, anteriormente dominado por doenças infecciosas, para uma predominância das DCNT como principais causas de óbito e incapacidades (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE [OMS], 2024; MARTINS et al., 2021). Dentre essas, o câncer se destaca por sua elevada taxa de mortalidade, afetando diversas partes do corpo, independentemente de idade ou sexo, e representando uma ameaça à saúde pública (OMS, 2024).

Entre os diversos tipos de neoplasia maligna, o câncer de mama é o mais incidente entre as mulheres, tanto no Brasil quanto no mundo. Em 2022, foram estimados aproximadamente 2,3 milhões de novos casos de câncer de mama no mundo, correspondendo a 11,6 de todos os diagnósticos de câncer. No mesmo ano, a doença foi responsável por cerca de 666 mil óbitos (6,9% de todos os casos de câncer), configurando-se como a quarta maior causa de mortes por câncer globalmente. Entre as mulheres, essa neoplasia representa um em cada quatro casos de câncer e uma em cada seis mortes por câncer, liderando em incidência em 157 dos 185 países avaliados, e em mortalidade em 112 países. Projeções indicam que, até 2040, o número de novos casos poderá alcançar 3,5 milhões, com aproximadamente 1 milhão de óbitos anuais. (BRAY et al., 2024; OMS, 2023). A Figura 3 extraída do *Global Cancer Observatory*

(GLOBOCAN) apresenta as estimativas das taxas de incidência por câncer de mama no mundo (GLOBOCAN, 2022).

Figura 3 – Estimativas das taxas de incidência por câncer de mama, padronizado por idade no ano de 2022, considerando todas as idades

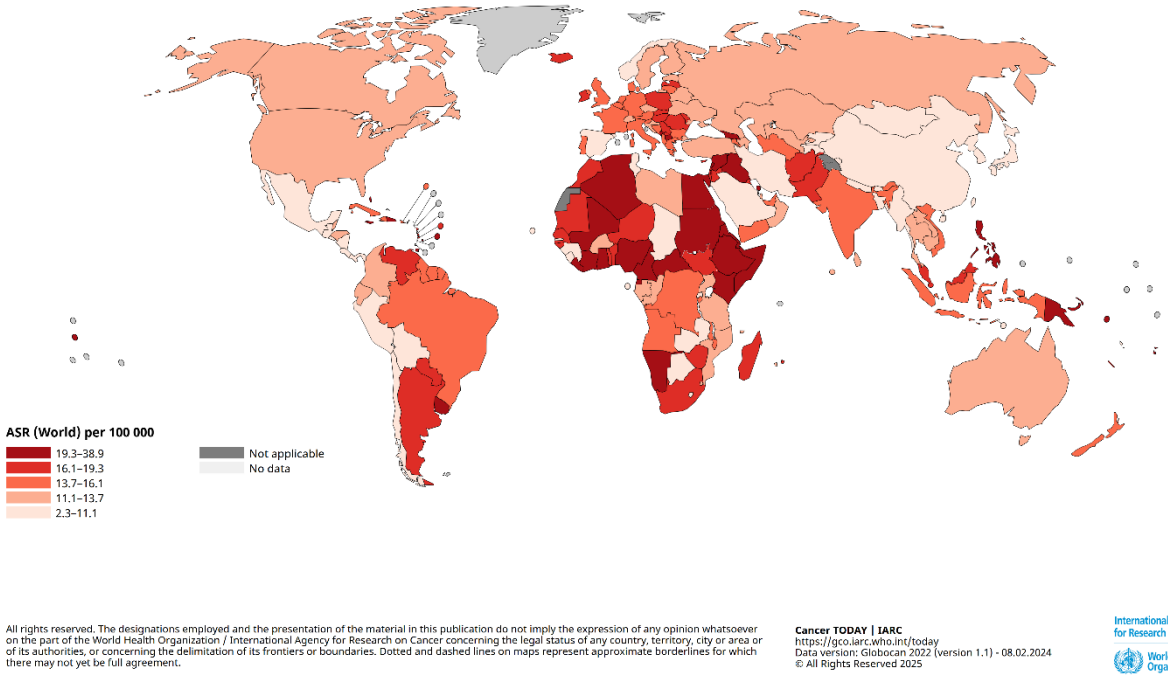


Fonte: GLOBOCAN (2022).

Análises de séries temporais demonstram um aumento progressivo na incidência do câncer de mama em diversas partes do mundo. As taxas mais elevadas são observadas em regiões como Austrália, Nova Zelândia, América do Norte e Norte da Europa, onde os índices de incidência são cerca de quatro vezes maiores do que os registrados no Centro-Sul da Ásia e na África Central (BRAY et al., 2024; KIM et al., 2025). Esse incremento na incidência está relacionado a mudanças no estilo de vida e nos contextos socioculturais, decorrentes do crescimento econômico, resultando em uma convergência dos fatores de risco com os padrões ocidentais e na redução das disparidades internacionais na morbidade por essa doença (BRAY et al., 2024; ZHANG et al., 2023).

Embora os países de alta renda apresentem maiores taxas mais de incidência, as taxas de mortalidade mais elevadas ocorrem em países de baixa renda (Figura 4) (GLOBOCAN, 2022). Essa disparidade reflete desigualdades no acesso a programas de rastreamento e diagnóstico precoce, bem como limitações no acesso a tratamentos adequados e oportunos.

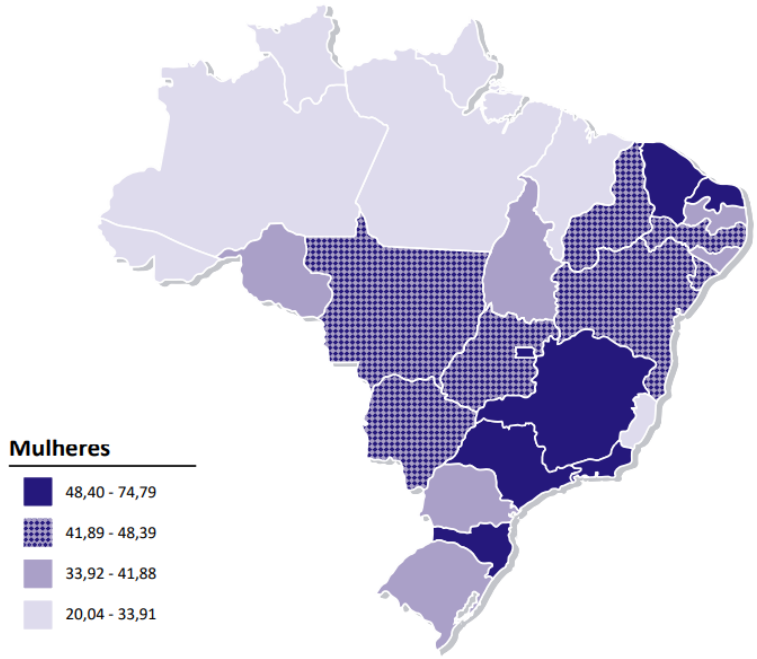
Figura 4 – Estimativas das taxas de mortalidade por câncer de mama, padronizado por idade no ano de 2022, considerando todas as idades



Fonte: GLOBOCAN (2022).

No Brasil, para cada ano do triênio 2023-2025, estimam-se 73.610 novos casos de câncer de mama, o que corresponde a uma taxa ajustada de 41,89 casos por 100 mil mulheres. Excluindo os tumores de pele não-melanoma, o câncer de mama feminino ocupa a primeira posição em frequência em todas as regiões do país, com as maiores taxas nas regiões Sul e Sudeste. Observa-se ainda que as taxas de incidência são mais elevadas em mulheres a partir 50 anos (INCA, 2024). A Figura 5 apresenta a representação das taxas de incidência por câncer de mama no Brasil.

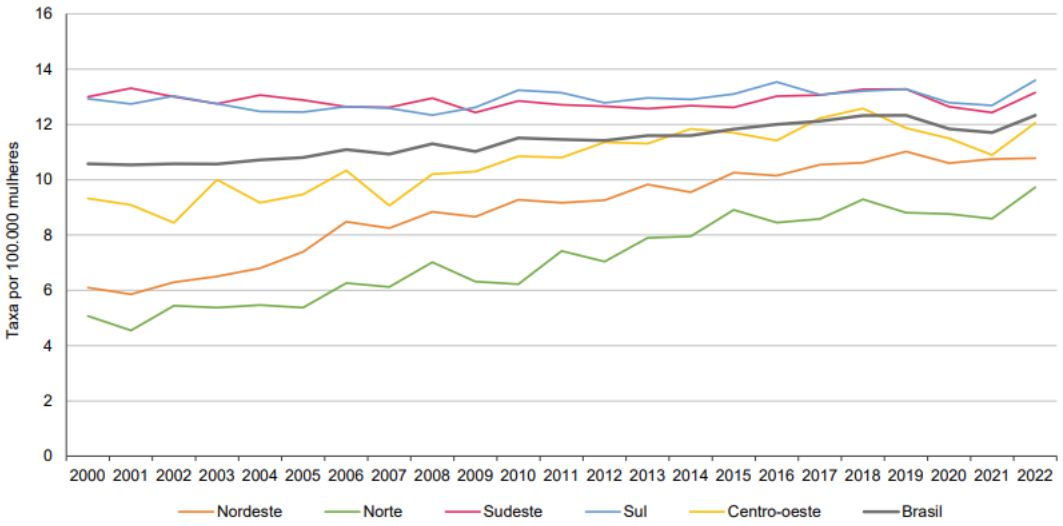
Figura 5 – Representação espacial das taxas de incidência de neoplasia maligna da mama, por 100 mil mulheres, ajustadas por idade, pela população mundial, estimadas para cada ano do triênio de 2023 a 2025, segundo Unidade da Federação.



Fonte: INCA (2024).

O câncer de mama também representa a principal causa de mortalidade por câncer entre as mulheres brasileiras, apresentando variações entre as diferentes regiões do país (Figura 6). Em 2022, a taxa de mortalidade ajustada por idade, com base na população mundial, foi de 12,3 óbitos por 100 mil mulheres. As regiões Sul e Sudeste registraram os índices mais elevados (13,60 e 13,16 óbitos por 100 mil mulheres, respectivamente), seguidas pela região Centro-Oeste (12,06 óbitos por 100 mil), Nordeste (10,78 óbitos por 100 mil) e Norte (9,73 óbitos por 100 mil). A redução observada nos anos de 2020 e 2021 pode estar associada à pandemia de COVID-19, período em que os óbitos pela infecção viral podem ter representado uma causa concorrente (INCA, 2024).

Figura 6 – Taxas de mortalidade por câncer de mama, ajustadas por anos, segundo localidade, por 100 mil mulheres, pela população mundial, nas Regiões selecionadas*, com faixa etária de Ign. a 99+, entre 2000 e 2022



* Taxa ajustada pela população mundial padrão.

Fonte: INCA (2024).

Estudos recentes indicam que a sobrevida de pacientes com câncer de mama tem aumentado nos últimos anos, graças aos avanços terapêuticos, ao aprimoramento dos programas de rastreamento, ao maior acesso aos serviços de saúde e à melhoria na qualidade da assistência. Dados do estudo CONCORD apontam que, entre 2010 e 2014, a sobrevida em cinco anos para o câncer de mama em países da América do Norte e Oceania se aproximou de 90%. No Brasil, essa taxa evoluiu de 68,7% no período de 2000-2004 para 75,2% entre 2010-2014. Estimativas mais recentes sugerem que entre 80% a 84% das mulheres diagnosticadas com câncer de mama sobrevivem pelo menos cinco anos após o diagnóstico, e cerca de 75% sobrevivem por dez anos ou mais (ALLEMANI et al., 2018).

Apesar desses avanços, o câncer de mama permanece como uma das neoplasias com maior impacto na vida das mulheres, devido à sua elevada incidência e às consequências físicas e psicológicas decorrentes do tratamento, configurando-se como um grave problema de saúde pública.

2.4 FATORES ASSOCIADOS

A etiologia do câncer de mama é complexa, resultante da interação entre predisposição genética, influências hormonais, estilo de vida e condições socioeconômicas (INCA, 2019;

IARC, 2014; MENON; ALKABBAN; FERGURSON, 2025). Trata-se, portanto, de uma doença de origem multifatorial. Compreender os fatores associados ao seu desenvolvimento é fundamental para embasar estratégias eficazes de prevenção, rastreamento e manejo clínico adequados.

2.4.1 Fatores genéticos

Os fatores genéticos desempenham um papel crucial na susceptibilidade no desenvolvimento de câncer de mama, especialmente quando há mutações hereditárias em genes específicos. As mutações nos genes BRCA1 e BRCA2 são as mais frequentemente associadas à predisposição hereditária, sendo responsáveis por um aumento significativo do risco para a doença (*BREAST CANCER ASSOCIATION CONSORTIUM* [BCAC], 2021). Além dessas mutações, alterações nos genes CHEK2, TP53, PTEN, STK11 e ATM também podem contribuir para a patogênese do câncer de mama, embora com menor impacto clínico (ACS, 2021b; BRASIL, 2013a; IARC, 2014).

Mulheres com histórico familiar de câncer de mama em parentes de primeiro grau, especialmente quando diagnosticadas precocemente ou associadas a câncer de ovário, devem ser consideradas como pertencentes a um grupo de risco elevado (ANSARI et al., 2020). Entretanto, o câncer de mama hereditário corresponde a uma parcela relativamente pequena dos casos, estimada entre 5% e 10% do total (ACHATZ, 2020; INCA, 2019).

2.4.2 Fatores hormonais

Fatores hormonais e reprodutivos também estão envolvidos na etiologia do câncer de mama, uma vez que a exposição prolongada ao estrogênio, tanto endógeno quanto exógeno, pode favorecer o desenvolvimento da doença (ACS, 2020; BRASIL, 2013a). O risco de câncer de mama é potencializado por condições que aumentam o tempo de exposição a esse hormônio, como menarca precoce (antes dos 12 anos), menopausa tardia (após 55 anos), nuliparidade ou primeira gestação após os 30 anos (ACS, 2021b; BRASIL, 2013a; IARC, 2014). O uso prolongado de terapia de reposição hormonal na pós-menopausa e o uso contínuo de contraceptivos orais também são fatores associados ao aumento do risco, principalmente quando utilizados por períodos superiores a cinco anos (INCA, 2021a).

2.4.3 Fatores comportamentais e estilo de vida

Além dos fatores genéticos e biológicos, o comportamento e estilo de vida influenciam significativamente o risco do desenvolvimento do câncer de mama. O excesso de peso,

obesidade e sedentarismo, particularmente após a menopausa, estão relacionados a um maior risco da doença devido ao aumento da produção de estrogênio pelo tecido adiposo (ACS, 2021b; BRASIL, 2013a). A ingestão regular de bebidas alcoólicas também se configura como um fator de risco bem documentado na literatura, uma vez que pode interferir no metabolismo de hormônios esteroides, aumentando a concentração circulante de estrogênio (IARC, 2014). A exposição a radiações ionizantes, especialmente em exames diagnósticos frequentes como mamografias e tomografias, deve ser considerada com cautela, pois pode induzir alterações celulares potencialmente carcinogênicas (INCA, 2022a).

2.4.4 Fatores socioeconômicos e acesso a serviços de saúde

Fatores socioeconômicos e de acesso a serviços de saúde também desempenham um papel fundamental no rastreamento, diagnóstico, tratamento e prognóstico do câncer de mama. O nível socioeconômico está diretamente associado à incidência da doença, com maior prevalência observada em populações com maior renda e escolaridade, possivelmente devido à exposição a fatores de risco como terapias hormonais e dietas hipercalóricas, ricas em gordura saturada e ultraprocessados (COUGHLIN, 2019; WÜNSCH FILHO et al. 2008; ZANG et al., 2023). Entretanto, indivíduos de baixa renda tendem a apresentar tumores mais agressivos, diagnóstico tardio e menor sobrevida, refletindo desigualdades no acesso ao rastreamento e tratamento adequado (BRAY et al., 2018). No Brasil, observa-se que regiões com melhores indicadores socioeconômicos apresentam maior incidência da doença, enquanto regiões menos desenvolvidas registram maiores taxas de mortalidade, evidenciando disparidades no acesso aos serviços de saúde e na qualidade do atendimento oncológico (GUERRA et al., 2020; MEDEIROS et al., 2020).

2.4.5 Fatores de proteção

Embora existam muitos fatores de risco, por outro lado, há fatores de proteção que podem reduzir o risco de desenvolvimento do câncer de mama. Estudos apontam que a amamentação exerce um efeito protetor, possivelmente devido à diferenciação celular que ocorre no tecido mamário durante a lactação, tornando-os menos suscetíveis a processos neoplásicos (ACS, 2021b). A manutenção do peso corporal dentro de parâmetros saudáveis e prática regular de atividade física são outras medidas preventivas amplamente recomendadas (INCA, 2021a). Essas ações contribuem para a modulação de hormônios e para melhoria da função imunológica, ambos processos associados à carcinogênese mamária (BRASIL, 2013a; IARC, 2014).

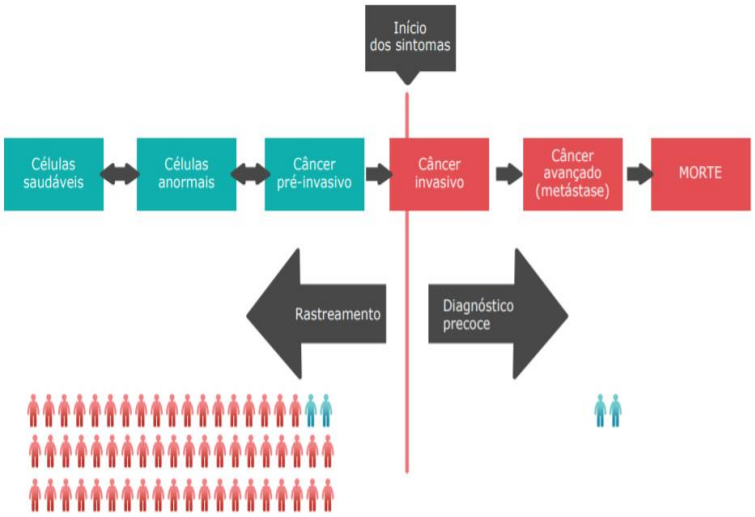
2.5 MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE

A prevenção e o controle do câncer de mama envolvem estratégias integradas que abrangem a prevenção primária, prevenção secundária, além do acesso oportuno ao tratamento (ACS, 2017; BRASIL, 2013a; SOORI; PLATZ; KANAREK, 2020). A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda essas medidas para reduzir a incidência e a mortalidade associadas à doença, enfatizando a importância de políticas públicas e programas estruturados para o seu enfrentamento (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE [OMS], 2020).

A prevenção do câncer de mama baseia-se na redução da exposição aos fatores de riscos modificáveis e na promoção de fatores de proteção. Os fatores hereditários e os associados ao ciclo reprodutivo da mulher não são, em sua maioria, modificáveis; porém fatores como excesso de peso corporal, inatividade física, consumo excessivo de bebidas alcoólicas e terapia de reposição hormonal, são em princípio, passíveis de mudança (BRASIL, 2013a). Medidas como a adoção de hábitos saudáveis – incluindo uma alimentação equilibrada e prática regular de atividades físicas – são fundamentais para minimizar o risco de desenvolvimento de neoplasia mamária (ACS, 2021b; BRASIL, 2022a; INCA, 2021b).

A prevenção secundária envolve estratégias de detecção precoce, como rastreamento e diagnóstico precoce (ACS, 2021b; INCA, 2021b; INCA, 2015; OMS, 2020). O rastreamento tem o objetivo de identificar a doença em estágios iniciais em mulheres assintomáticas, sendo a mamografia o principal exame recomendado para essa finalidade. O diagnóstico precoce busca identificar o câncer em estágios iniciais, em pacientes que já apresentam sinais e sintomas suspeitos da doença (Figura 7) (INCA, 2015; OMS, 2017).

Figura 7 – Estratégias para detecção precoce do câncer de mama



Fonte: Adaptado de World Health Organization (WHO, 2020).

No contexto brasileiro, as Diretrizes Nacionais para a Detecção Precoce do Câncer de Mama recomendam que mulheres entre 50 e 69 anos realizem mamografias bienais, uma estratégia baseada em evidências, que indica sua efetividade na redução da mortalidade (INCA, 2022b). O rastreamento pode ser oportunístico – realizado de forma não estruturada e por demanda espontânea, como ocorre no Brasil – ou organizado, caracterizado por uma abordagem estruturada com convocação ativa das mulheres elegíveis e monitoramento dos resultados (OMS, 2020). A experiência internacional sugere que programas organizados são mais custo-efetivos e resultam em melhores desfechos clínicos (INCA, 2021c). O Quadro 1 apresenta as recomendações de rastreamento mamográfico no Brasil.

Quadro 1 – Recomendações do rastreamento mamográfico no Brasil

Faixa etária	**Recomendação**
< 50 anos	O Ministério da Saúde recomenda **contra** o rastreamento com mamografia em mulheres com menos de 50 anos (recomendação contrária forte: os possíveis danos claramente superam os possíveis benefícios).
50 – 59 anos	O Ministério da Saúde recomenda o rastreamento com mamografia em mulheres com idades entre 50 e 59 anos (recomendação favorável fraca: os possíveis benefícios e danos provavelmente são semelhantes).
60 – 69 anos	O Ministério da Saúde recomenda o rastreamento com mamografia em mulheres com idades entre 60 e 69 anos (recomendação favorável fraca: os possíveis benefícios provavelmente superam os possíveis danos)
70 – 74 anos	O Ministério da Saúde recomenda contra o rastreamento com mamografia em mulheres com idades entre 70 e 74 anos (recomendação contrária fraca: o balanço entre possíveis danos e benefícios é incerto).
≥ 75 anos	O Ministério da Saúde recomenda contra o rastreamento com mamografia em mulheres com 75 anos ou mais (recomendação contrária forte: os possíveis danos provavelmente superam os possíveis benefícios).
Periodicidade	
O Ministério da Saúde recomenda que a periodicidade do rastreamento com mamografia, nas faixas etárias recomendadas, seja bienal (recomendação favorável forte: os possíveis benefícios provavelmente superam os possíveis danos quando comparadas às periodicidades menores).	

Fonte: INCA (2015).

Já o diagnóstico precoce é direcionado às mulheres sintomáticas, exigindo a capacitação de profissionais de saúde, acesso rápido à avaliação diagnóstica e encaminhamento ágil, visando reduzir o tempo entre a suspeita e a confirmação da neoplasia (INCA, 2021b). A Figura 8 sumariza as etapas principais para o diagnóstico precoce.

Figura 8 – Etapas para o diagnóstico precoce



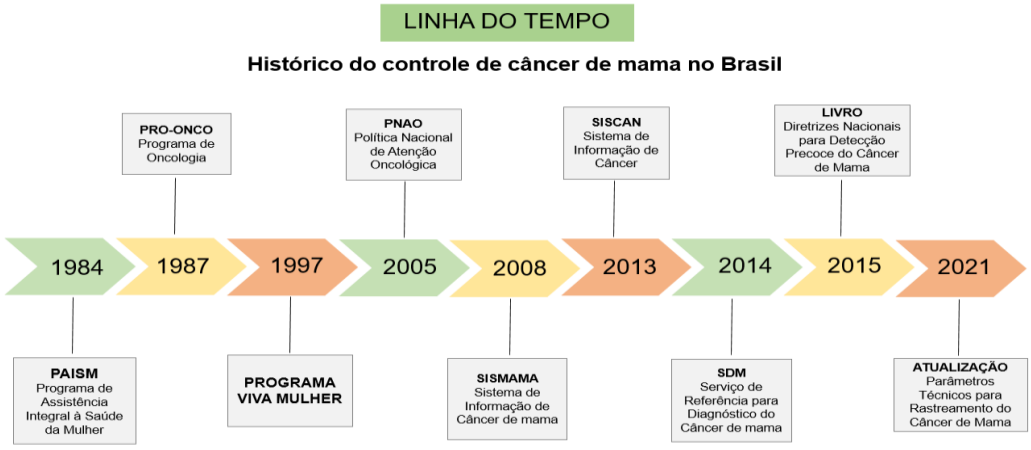
Fonte: Adaptado do INCA (2021b).

No Brasil, a história do controle do câncer de mama está diretamente ligada ao avanço das políticas públicas voltadas para a saúde da mulher. O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), implementado nos anos 1980, foi um marco ao propor uma abordagem ampla para o cuidado feminino (BRASIL, 1984). Em 1987, o Programa de Oncologia (Pro-Onco) do INCA, foi criado para estruturar a informação e educação sobre neoplasias, entre elas o câncer de mama (ABREU, 1997).

Na década de 1990, iniciativas como o Programa Viva Mulher ampliaram a estruturação da rede de diagnóstico precoce (BRASIL, 1997). Em 2004, foram estabelecidas diretrizes técnicas para o controle da doença, que culminaram na Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), em 2005, cujo objetivo era a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos em todas as unidades federativas da união (BRASIL, 2005). O avanço das políticas públicas prosseguiu com a implantação do Sistema de Informação de Câncer de Mama (SISMAMA) em 2008, e sua integração ao Sistema de Informação de Câncer (SISCAN) em 2013, permitindo o monitoramento da solicitação e dos resultados de exames diagnósticos (BRASIL 2013b; BRASIL, 2008). No ano seguinte, foi publicada a Portaria nº189⁄2014, que estabeleceu o Serviço de Referência para Diagnóstico do Câncer de Mama (SDM) e os respectivos incentivos financeiros de custeio e investimento para sua implantação (BRASIL, 2014).

Em 2015, foi lançado um livro sobre as novas Diretrizes Nacionais para Detecção Precoce do Câncer de Mama, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), cujo principal objetivo foi ampliar e qualificar a detecção precoce do câncer de mama a fim de diminuir a mortalidade pela doença (INCA 2015). Em 2021, foram atualizados os parâmetros para o rastreamento do câncer de mama, reafirmando a necessidade de aprimoramento das estratégias de detecção precoce. A Figura 9 apresenta de forma sintetizada o histórico do controle do câncer de mama no Brasil (INCA, 2021c).

Figura 9 – Linha do tempo sobre o histórico do câncer de mama no Brasil



Fonte: Elaborado pela autora (2025).

Diante da magnitude do câncer de mama no Brasil, a implementação de medidas de prevenção e controle segue como prioridade para reduzir os impactos da doença. O fortalecimento das políticas públicas e a ampliação da acessibilidade ao serviço de saúde são essenciais para garantir diagnóstico precoce, tratamento adequado e, consequentemente, melhores desfechos clínicos para a população feminina (INCA, 2021c).

2.6 DIAGNÓSTICO E ESTADIAMENTO

2.6.1 Diagnóstico

O diagnóstico do câncer de mama baseia-se na combinação de exame clínico, exames por imagem e análise histopatológica. Embora a confirmação diagnóstica definitiva ocorra exclusivamente por meio da biópsia, os exames clínicos e de imagem desempenham um papel essencial na detecção e avaliação das lesões suspeitas (BRASIL, 2013a; INCA, 2015).

O exame clínico das mamas (ECM), realizado por profissionais de saúde capacitados, tem como objetivo avaliar sinais e sintomas relatados pelas pacientes, para diferenciar alterações benignas de suspeitas de malignidade. O ECM deve incluir inspeção estática, voltada à observação visual de alterações no contorno mamário, ulcerações cutâneas ou do complexo aerolopapilar; inspeção dinâmica, em que a paciente realiza movimentos com os braços e contração da musculatura peitoral; e palpação das mamas e cadeias ganglionares, para avaliação de todo tecido mamário e linfonodos (BRASIL, 2013a; CHAGAS, 2011). Apesar da sua importância na abordagem diagnóstica, o ECM não é recomendado como método de rastreamento do câncer de mama (INCA, 2015).

Os exames de imagem têm dupla finalidade: rastreamento e elucidação diagnóstica. No rastreamento, o objetivo é detectar precocemente o câncer de mama, possibilitando tratamento menos agressivo e redução das taxas de morbimortalidade. No diagnóstico, esses exames auxiliam na confirmação ou exclusão de suspeita clínica. Os métodos de diagnóstico por imagem são a mamografia, a ultrassonografia e a ressonância magnética (BRASIL, 2013a; INCA, 2015).

A mamografia é considerada o método padrão para o rastreamento e diagnóstico precoce, realizada por meio de radiografia, sendo eficaz para identificar lesões, nódulos e assimetrias (INCA, 2021b). A ultrassonografia é indicada principalmente para distinguir lesões sólidas de lesões cística, sendo útil em casos de alteração palpável com mamografia negativa ou inconclusiva; pacientes jovens com lesão palpável; alterações do ciclo grávido-puerperal; doenças inflamatórias, abscessos e coleções. A ultrassonografia é também obrigatória como método complementar à mamografia quando há lesão palpável sem expressão na mamografia, devido à alta densidade do parênquima mamário ou localização em “zonas cegas”, nódulos regulares ou lobulados, que possam representar cistos, e áreas de lesões densificantes, que podem representar lesão sólida, cisto ou parênquima mamário (BRASIL, 2013a; INCA, 2015). A ressonância magnética, por sua vez, é indicada em situações em que os métodos tradicionais não são conclusivos, como na investigação de carcinoma oculto, planejamento terapêutico, monitoramento da resposta à quimioterapia neoadjuvante, detecção de recidivas e avaliação de complicações relacionadas a implantes mamários (BRASIL, 2013a).

Os resultados de exame de mamografia, ultrassonografia e ressonância magnética são classificados de acordo com o sistema *Breast Imaging and Data System* (BI-RADS), desenvolvido pelo *American College of Radiology* (ACR, 2013) e traduzido pelo Colégio Brasileiro de Radiologia (CBR). Esse sistema utiliza categorias numeradas, que variam de zero a seis, para descrever os achados do exame e orientar a conduta terapêutica (INCA, 2021d). O Quadro 2 apresenta as recomendações nacionais para conduta mamográfica.

Quadro 2 – Categoria BI-RADS e condutas recomendadas

Categoria	Achados mamográficos	Risco de câncer	Conduta
0. Indefinido	Necessidade de avaliação adicional	-	Avaliação adicional com incidências e manobras, correlação com outros métodos de imagem; comparação com mamografia feita no ano anterior
1. Negativo	Sem achados	<0,05%	Rastreamento de rotina
2. Benigno	Achados benignos	<0,05%	Rastreamento de rotina
3. Provavelmente benigno	Achados provavelmente benignos	<2%	Controle radiológico por três anos, com repetição do exame a cada seis meses no primeiro ano e anual nos dois anos seguintes
4. Suspeito	Achados suspeitos de malignidade	2% – 95%	Avaliação por biópsia ou exame histopatológico
5. Altamente suspeito	Achados altamente suspeitos de malignidade	>95%	Avaliação por biópsia ou exame histopatológico
6. Achados já com diagnóstico de câncer	Diagnóstico de câncer comprovado histologicamente	100%	Terapêutica específica realizada em Unidade de Tratamento de Câncer

Fonte: (INCA, 2021b).

A confirmação diagnóstica do câncer de mama é realizada por meio de análise histopatológica de um fragmento da lesão obtido por biópsia. A escolha do método – que pode ser cirúrgica, percutânea com agulha grossa (PAG), punção por agulha fina (PAAF) ou biópsia percutânea a vácuo (mamotomia) – depende de fatores como classificação radiológica, tipo e localização da lesão, composição e tamanho da mama, disponibilidade de recursos e características do serviço de saúde (ACS, 2021b; BRASIL, 2013a). Apesar da biópsia cirúrgica ser considerada padrão-ouro, os métodos minimamente invasivos têm sido preferidos por apresentarem menor morbidade e bom desempenho diagnóstico, com menor impacto para a paciente (COLLINS, 2021).

Além da confirmação histopatológica, o material obtido na biópsia pode ser utilizado para análise imuno-histoquímica, essencial na caracterização molecular do tumor. Essa análise permite a identificação dos principais biomarcadores: receptores hormonais de estrogênio (RE) e progesterona (RP), receptor do fator de crescimento epidérmico humano tipo 2 (HER-2) e o índice de proliferação celular (Ki-67). A expressão desses marcadores orienta a classificação molecular dos carcinomas invasivos em subtipos como luminal A, luminal B, HER-2 positivo e basal-símile, os quais apresentam diferentes prognósticos e respostas terapêuticas. A avaliação do HER-2, quando apresenta resultado duvidoso pela imuno-histoquímica (2+), deve ser complementada por técnicas moleculares, como FISH ou CISH, para confirmação da

amplificação gênica. O exame molecular está indicado para casos em que foi detectada por técnica imuno-histoquímica a expressão tumoral HER-2 em intensidade de duas cruzes, ou seja, não se indica para os resultados de 0/3, 1/3 ou 3/3 cruzes (BRASIL, 2019).

A definição do método diagnóstico mais adequado é fundamental para garantir um diagnóstico precoce e preciso, com impacto direto no prognóstico e nas opções terapêuticas disponíveis (BRASIL, 2013a). Dessa forma, a abordagem diagnóstica deve ser adaptada às características individuais de cada caso, com base nas melhores evidências disponíveis e nas diretrizes clínicas vigentes.

2.6.2 Estadiamento

O estadiamento do câncer de mama tem como objetivo classificar a doença com base na gravidade do tumor primário e sua disseminação no organismo. Essa classificação é fundamental para definir o prognóstico e orientar a escolha do tratamento mais adequado para cada paciente (*AMERICAN JOINT COMMITTEE ON CANCER* [AJCC], 2020; INCA, 2020). O estadiamento pode ser realizado de forma clínica ou patológica. O estadiamento clínico é estabelecido por meio de exame físico e exames de imagem, enquanto o estadiamento patológico baseia-se nos achados cirúrgicos e na análise anatomopatológica da peça tumoral, permitindo uma avaliação mais precisa da extensão da doença (INCA, 2019). No entanto, os estadiamentos clínico e patológico nem sempre coincidem, e o patológico não se aplica a todos os casos.

A classificação do câncer de mama segue diretrizes padronizadas, sendo sistema TNM (Tumor, Linfonodo, Metástase), desenvolvido pela União Internacional para o Controle do Câncer (UICC), o mais amplamente utilizado. Esse sistema classifica a doença com base em três componentes: T (Tumor) – tamanho e a localização do tumor primário, N (Linfonodos) – envolvimento dos linfonodos regionais e, M (Metástase) – presença de metástase à distância. Essa categorização fornece uma avaliação detalhada do estágio da doença (AJCC, 2020; UICC, 2012). O sistema TNM tem sido atualizado ao longo dos anos para incorporar aspectos anatômicos, patológicos e clínico-prognósticos. A versão mais recente é a oitava edição, adotada oficialmente pela UICC em 2017 e pela AJCC em 2018 (CSERNI et al, 2018). No Brasil, a política vigente adota a sétima edição da classificação TNM. No entanto, este trabalho foi norteado pela antiga classificação TNM, uma vez que a amostra é constituída por mulheres que receberam o diagnóstico de câncer de mama entre 2014 e 2016 (AMIN, 2017). O Quadro 3 apresenta os critérios de classificação TNM, de acordo com a UICC (2012) e o Quadro 4 apresenta o estadiamento de acordo com a classificação TNM para o câncer de mama.

Quadro 3 – Critérios de classificação TNM

Classificação	**Descrição**
Tumor Primário (T)	
Tx	Tumor com presença de células neoplásicas, mas não pode ser avaliado
T0	Nenhuma evidência de tumor primário
Tis	Carcinoma *in situ* (lesão pré-neoplásica)
T1	Tumor com dois centímetros ou menos em sua maior dimensão
T2	Tumor com tamanho entre dois e cinco centímetros em sua maior dimensão
T3	Tumor com mais de cinco centímetros em sua maior dimensão
T4	Tumor de qualquer tamanho, invadindo e comprometendo órgãos vitais
Acometimento Linfonodal (N)	
Nx	Linfonodos regionais não podem ser avaliados
N0	Ausência de metástase em linfonodo regional
N1	Metástases linfonodais leves
N2	Metástases linfonodais moderadas para linfonodos regionais
N3	Metástases linfonodais graves
Metástase à distância (M)	
M0	Ausência de metástase à distância
M1	Presença de metástase à distância

Fonte: UICC (2012).

Quadro 4 – Estadiamento de acordo com a classificação TNM para câncer de mama

Estágio	**Classificação**
Estágio 0	TisN0M0
Estágio IA	T1N0M0
Estágio IB	T0N1miMO, T1N1mi M0
Estágio IIA	T0N1MO, T1N1M0, T2N0M0
Estágio IIB	T2N1M0, T3N0M0
Estágio IIIA	T0N2M0, T1N2M0, T2N2M0, T3N1M0, T3N2M0
Estágio IIIB	T4N0M0, T4N1M0, T4N2M0
Estágio IIIC	Qualquer T N3M0
Estágio IV	Qualquer T Qualquer N M1

Fonte: UICC (2012).

O controle do câncer de mama no Brasil tem evoluído nas últimas décadas, acompanhando as atualizações nos sistemas de estadiamento e nos protocolos de manejo da doença (INCA, 2022b). A padronização do sistema TNM permite uma abordagem mais precisa para o diagnóstico e tratamento, sendo essencial para a formulação de políticas públicas voltadas à melhoria da assistência oncológica no país. Essa padronização também contribui para a otimização de desfechos clínicos e o planejamento de estratégias terapêuticas mais eficazes (AMIN, 2017; CSERNI, 2018).

2.7 TRATAMENTO

O tratamento do câncer de mama é um processo complexo e multidisciplinar, cujo planejamento depende do estágio da doença e das características biológicas da paciente. As estratégias terapêuticas incluem modalidades locais, como cirurgia e radioterapia, e abordagem sistêmicas, que englobam quimioterapia e hormonioterapia (ACS, 2025; BRASIL, 2018; INCA 2022c; *NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK* [NCCN], 2025; *NATIONAL CANCER INSTITUTE* [NCI], 2025; SOCIEDADE BRASILEIRA DE ONCOLOGIA CLÍNICA [SBOC], 2024). A escolha do tratamento considera fatores como tamanho e localização do tumor, a presença de metástases, o estado menopausal da paciente e eventuais comorbidades. O principal objetivo pode ser curativo ou paliativo, e a terapêutica deve ser individualizada, de modo a maximizar os benefícios e minimizar os possíveis efeitos adversos (ACS, 2025; BRASIL; 2018; BRASIL, 2013a).

2.7.1 Cirurgia

A cirurgia continua sendo uma das principais abordagens terapêuticas para o câncer de mama. Ela pode ser conservadora, com preservação parcial do tecido mamário, ou radical, com remoção total da mama. A cirurgia conservadora, indicada para tumores pequenos e sem multicentricidade, inclui procedimentos como a tumorectomia ou a setorectomia, sempre acompanhados de margens de segurança para reduzir o risco de recidiva local (ACS, 2025; BRASIL, 2018; BRASIL, 2013a; NCCN, 2025). Já a mastectomia pode ser simples, com a remoção completa da mama, ou radical, com linfadenectomia axilar associada, sendo indicada para casos mais avançados da doença (ACS, 2025; BRASIL, 2018; BRASIL, 2013a; NCCN, 2019). Em determinadas situações, a reconstrução mamária imediata pode ser indicada para minimizar o impacto estético e psicológico da mastectomia (SANTOS; VIEIRA, 2011; SILVEIRA et al., 2021).

2.7.2 Radioterapia

A radioterapia é frequentemente utilizada como complemento à cirurgia, especialmente em pacientes submetidas a procedimentos conservadores, como o objetivo de eliminar células tumorais residuais e reduzir a taxa de recidiva. Esse tratamento utiliza radiação ionizante direcionada ao local do tumor e pode ser administrado no período pré-operatório, visando a redução tumoral, ou no pós-operatório, como terapia adjuvante (ACS, 2025; ACS, 2020; INCA, 2019; NCCN, 2025). O protocolo é ajustado conforme o estágio da doença e a resposta ao tratamento, podendo causar efeitos adversos como fadiga e alterações cutâneas, que impactam na qualidade de vida das pacientes (SANTOS; VIEIRA, 2011).

2.7.3 Quimioterapia

A quimioterapia é uma abordagem sistêmica que pode ser administrada antes (neoadjuvante) ou após a cirurgia (adjuvante). A quimioterapia neoadjuvante tem como objetivo reduzir o tamanho tumoral, facilitando a cirurgia e permitindo avaliar a resposta do tumor aos medicamentos, sendo frequentemente utilizada em casos de câncer localmente avançado. A quimioterapia adjuvante visa eliminar células cancerígenas remanescentes, reduzindo o risco de recidiva e disseminação da doença (ACS, 2020; BRASIL, 2018; BRASIL, 2013a; NCCN, 2025). Os fármacos quimioterápicos podem gerar efeitos colaterais significativos, incluindo alopecia, náuseas, fadiga e imunossupressão, impactando o bem-estar das pacientes durante e após o tratamento (SILVEIRA et al., 2021).

2.7.4 Hormonioterapia

A hormonioterapia é indicada para pacientes cujos tumores apresentam receptores hormonais positivos para estrogênio e progesterona. Essa modalidade atua bloqueando a ação desses hormônios nas células cancerígenas, reduzindo a probabilidade de recidiva. Os principais agentes utilizados são os moduladores seletivos dos receptores de estrogênio e os inibidores da aromatase, administrados por um período que pode variar de cinco a dez anos, dependendo do perfil clínico da paciente (ACS, 2025; ACS, 2020; BRASIL, 2013a; NCCN, 2025). Embora eficaz na prevenção de recorrências, a terapia hormonal pode provocar efeitos adversos como ondas de calor, osteoporose, e alterações metabólicas, exigindo acompanhamento contínuo (TOMMASI et al., 2022).

No Brasil, a assistência oncológica é majoritariamente oferecida pelo SUS, que desempenha um papel fundamental no custeio e na oferta de tratamentos especializados, como radioterapia, quimioterapia e cirurgias oncológicas (BRASIL, 2018). Além disso, a abordagem

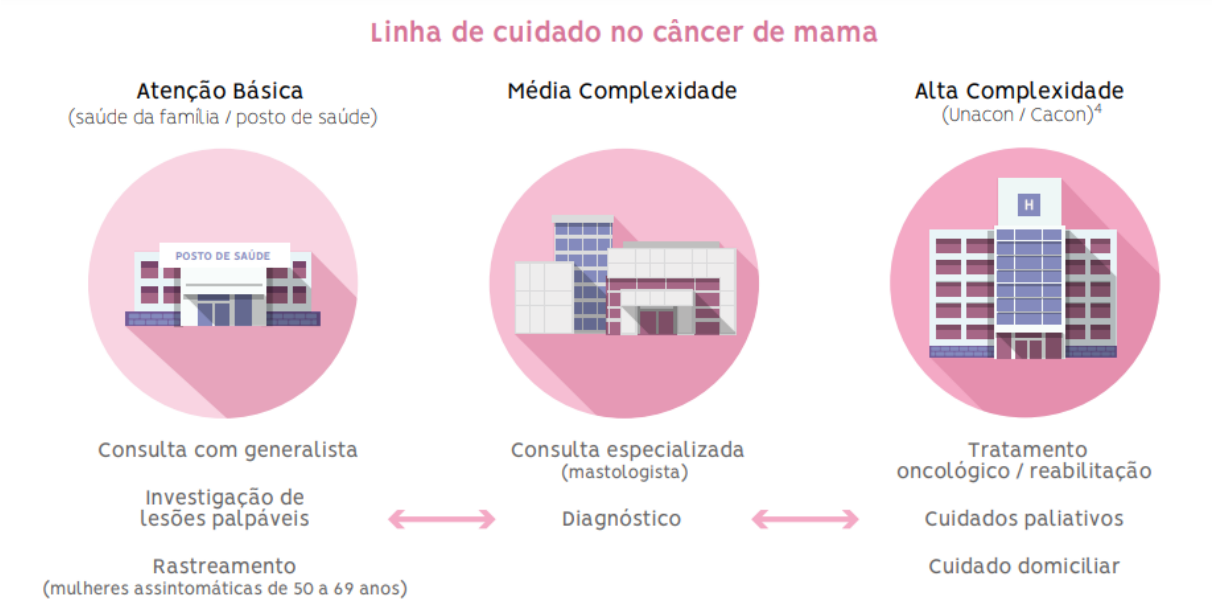
terapêutica é complementada por uma equipe multiprofissional, que inclui fisioterapeutas e educadores físicos, assistentes sociais, psicólogos e nutricionistas, que contribuem para a reabilitação física, o suporte emocional e a melhoria da qualidade de vida dessas pacientes (SANTOS; VIEIRA, 2011).

O tratamento do câncer de mama evoluiu significativamente nas últimas décadas, com a adoção de abordagens mais personalizadas e menos invasivas. A combinação de terapias locais e sistêmicas, aliada ao suporte multiprofissional, tem contribuído para melhores prognósticos e maior qualidade de vida, ressaltando a importância da continuidade dos avanços científicos e das políticas públicas de saúde para garantir o acesso equitativo ao tratamento oncológico no Brasil (ACS, 2025; NCCN, 2025).

2.8 LINHA DE CUIDADO DO CÂNCER DE MAMA NO BRASIL

A linha de cuidado do câncer de mama compreende um conjunto de estratégias organizacionais e assistenciais destinadas a estruturar o fluxo de pacientes no sistema de saúde, assegurando uma abordagem integral e coordenada em todos os níveis de atenção (primário – atenção básica, secundário – média complexidade e terciário – alta complexidade), conforme a Figura 10. No contexto do SUS, a efetividade dessas ações depende da integração entre os diferentes serviços e da regulação eficiente do acesso às etapas de diagnóstico, tratamento e reabilitação (BRASIL, 2023; BRASIL, 2022c; DURÃES et al., 2024; INCA, 2019).

Figura 10 – Linha de cuidado do câncer de mama



Fonte: INCA (2019).

A gestão do SUS é responsável por organizar o percurso das mulheres com diagnóstico de câncer de mama dentro de cada região, assegurando a continuidade do cuidado desde a atenção primária até os cuidados paliativos. O encaminhamento dos pacientes entre os diferentes níveis de atenção deve seguir as diretrizes do sistema de regulação, permitindo um atendimento resolutivo por meio da referência adequada e no tempo oportuno (BRASIL, 2013a).

Nesse sentido, cada nível de atenção assume um papel específico dentro da rede de serviços de saúde para garantir a assistência oncológica, abrangendo a atenção primária, a média complexidade e a alta complexidade.

2.8.1 Atenção Primária à Saúde (Atenção Básica)

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a principal porta de entrada de pacientes no SUS e desempenha um papel fundamental na prevenção, detecção precoce e encaminhamento adequado dos casos suspeitos. As equipes de saúde da família e demais profissionais da atenção básica devem estar capacitados para orientar sobre fatores de risco, promover ações educativas e realizar o rastreamento mamográfico conforme diretrizes nacionais (BRASIL, 2022b; BRASIL, 2013a; SILVA et al., 2021). É igualmente essencial que esses profissionais estejam aptos a interpretar exames de imagem e conduzir adequadamente as mulheres com alterações mamárias suspeitas, assegurando um encaminhamento ágil para serviços especializados (SILVA et al., 2021).

2.8.2 Atenção Secundária (Média Complexidade)

Os serviços de atenção secundária englobam unidades especializadas responsáveis pelo diagnóstico e manejo inicial do câncer de mama. Centros de referência, como o Serviço de Assistência Especializada (SAE) e ambulatórios especializados, contam com equipe multidisciplinar para realização de exames complementares, incluindo biópsias e ultrassonografias (BRASIL, 2024; BRASIL, 2013a). Esse nível de atenção também é responsável pela contrarreferência, assegurando que as pacientes encaminhadas para a atenção terciária retornem à Unidade Básica de Saúde (UBS) para continuidade do acompanhamento clínico e suporte pós-tratamento (BRASIL, 2022b).

2.8.3 Atenção Terciária (Alta Complexidade)

A Atenção Terciária concentra hospitais habilitados como Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) e Centros de Assistência de Alta Complexidade

em Oncologia (CACON), responsáveis pelo diagnóstico definitivo, estadiamento e tratamento da doença. Esses centros oferecem modalidades terapêuticas como cirurgia, quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia, além de suporte para reabilitação e cuidados paliativos (BRASIL, 2020; BRASIL, 2013a; MOEHLECKE et al., 2022). A abordagem multidisciplinar é essencial para garantir o bem-estar físico e emocional das pacientes, reduzindo impactos negativos na qualidade de vida durante e após o tratamento (MOEHLECKE et al., 2022).

2.8.4 Desafios e Perspectivas

Apesar dos avanços na organização da linha de cuidado do câncer de mama, ainda persistem desafios na garantia de acesso equitativo e oportuno a todos os serviços necessários. Disparidades regionais, dificuldades na regulação do fluxo de pacientes e deficiência na integração entre níveis de atenção comprometem a eficácia do atendimento (SILVA et al., 2025). Nesse contexto, estratégias de governança e fortalecimento da regulação do acesso são fundamentais para otimizar a assistência, promovendo maior eficácia na organização da oferta e na equidade do atendimento às pacientes com câncer de mama (SILVA et al., 2025).

Além dos desafios estruturais e organizacionais na linha de cuidado do câncer de mama, é fundamental considerar os impactos emocionais vivenciado pelas pacientes ao longo processo de diagnóstico, tratamento e reabilitação. O enfrentamento da doença não se limita às demandas clínicas e terapêuticas, mas também envolve aspectos psicológicos, sociais e emocionais que podem afetar significativamente a qualidade de vida das mulheres acometidas pela doença. A incerteza quanto ao prognóstico, os efeitos adversos do tratamento e as mudanças na imagem corporal podem ocasionar sofrimento, ansiedade, depressão, entre outros tantos sintomas, exigindo suporte psicológico e social adequado (SILVA; DUCATTI 2022).

Dessa forma, compreender os efeitos do adoecimento e tratamento é essencial para a implementação de estratégias de suporte integradas. O acolhimento, a escuta qualificada e a oferta de suporte psicológico devem ser incorporados à linha de cuidado de forma mais efetiva, garantido uma abordagem verdadeiramente holística e humanizada no cuidado oncológico (SILVA; DUCATTI 2022).

2.9 IMPACTOS EMOCIONAIS DO ADOECER E DO TRATAMENTO

O diagnóstico e o tratamento do câncer de mama geram impactos emocionais significativos, abrangendo desde o processo de luto associado ao diagnóstico até as dificuldades de adaptação aos efeitos colaterais do tratamento e seus desdobramentos na sobrevida dessas mulheres (ASSIS, 2021; CAVALCANTE; BATISTA. 2021; RIBEIRO; ARAÚJO;

MENDONÇA, 2021; YOUNG, 2005). A experiência da doença influencia profundamente a percepção corporal, podendo alterar a forma como essas mulheres se relacionam com sua identidade e qualidade de vida (DIFFUCAP, 2023; SLATMAN, 2011).

Receber um diagnóstico de câncer de mama pode ser comparado a um processo de luto, no qual as pacientes frequentemente experimentam sentimentos de negação, raiva, barganha, depressão e, eventualmente a aceitação (LUNDGREN; BOLUND, 2007; MENEZES, 2011; VARGAS et al., 2021). Esse percurso emocional varia em intensidade e duração entre os indivíduos, podendo impactar sua saúde mental e bem-estar. O suporte psicológico e social desempenha um papel essencial na atenuação desses efeitos e na promoção de um enfrentamento mais adaptativo (STELTER, 1998; ZAMANIAN et al., 2021). A incerteza quanto ao futuro e o processo de tratamentos intensivos podem ser angustiantes. Além disso, as mudanças físicas resultantes da cirurgia e dos tratamentos podem abalar a autoestima e a autoconfiança das pacientes (ONCOGUIA, 2025; POSPIECHA et al., 2024; SILVA et al., 2014).

A incerteza quanto à eficácia do tratamento é um fator adicional de sofrimento emocional. O medo de recidivas e a imprevisibilidade dos desfechos terapêuticos podem gerar um estado de vigilância constante, resultando em ansiedade e prejuízos na qualidade de vida (BORGES et al., 2023; DE SOUZA et al., 2024; SOUZA; COSTA; SANTOS, 2024; VAN MANEN, 1998). Essa incerteza pode ser agravada pela complexidade dos protocolos terapêuticos e pela falta de informações claras sobre o prognóstico e opções de tratamento. Dessa forma, estratégias que proporcionem maior previsibilidade e segurança são fundamentais para reduzir o impacto negativo desses fatores (SENA; NEVES, 2019).

Os tratamentos oncológicos, incluindo quimioterapia, radioterapia e procedimentos cirúrgicos, frequentemente resultam em efeitos colaterais físicos e emocionais que dificultam a adaptação das pacientes (SILVEIRA et al., 2021; SILVA et al., 2023; RUNOWICZ et al., 2016; SHONTZ, 1969). A fadiga, a perda de cabelo, as alterações hormonais e mudanças na sensibilidade corporal são exemplos de fatores que podem comprometer a autoestima e o bem-estar emocional das mulheres (ÁLVAREZ-PARDO et al., 2023; VANDENDORPE et al., 2021). A dificuldade de ajustamento a essas alterações pode levar a sentimento de frustração e desesperança (BOINON et al., 2014; MOURÃO; SILVA; SILVA, 2023; SLATMAN, 2012; WANG et al., 2024).

A percepção corporal das mulheres com câncer de mama também passa por transformações profundas ao longo do processo de adoecimento e tratamento. Enquanto, em situações de saúde, o corpo é frequentemente percebido como funcional e estético, a doença

pode gerar uma sensação de estranhamento (SLATMAN, 2011). Essas mudanças afetam diretamente a imagem corporal e a autoestima das pacientes, interferindo em aspectos psicológicos e sociais (SANTOS; ALMEIDA, 2011). A discussão sobre as experiências corporais no câncer de mama servirá como base para próxima seção desta tese, que abordará especificamente a imagem corporal no contexto do câncer de mama.

2.10 IMAGEM CORPORAL

2.10.1 Conceitualização da Imagem Corporal e Aspectos Históricos

A imagem corporal é um conceito multidimensional que tem sido amplamente estudado em diversas áreas do conhecimento, incluindo Psicologia, Psiquiatria, Educação Física, Nutrição e Medicina (CASH; SMOLAK, 2011; THOMPSON, 2004; TURTELLI; TAVARES; DUARTE, 2002). Sua conceituação evoluiu ao longo do tempo, passando por diferentes fases de desenvolvimento teórico e metodológico (CASH; PRUZINSKY, 2002).

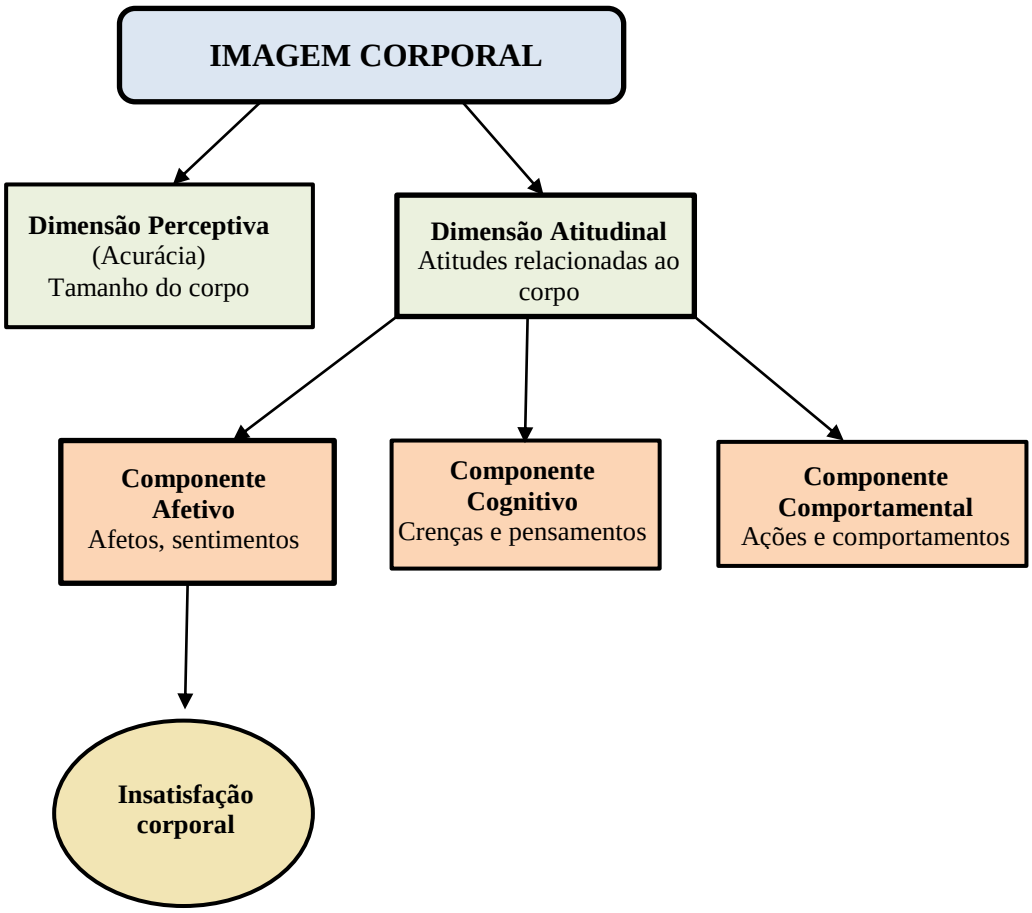
No final do século XIX e início do século XX, as primeiras pesquisas sobre imagem corporal estavam relacionadas a estudos clínicos sobre neuropatia e experiências corporais alteradas, como o fenômeno de membro fantasma observado em pacientes com danos cerebrais (CASH; SMOLAK, 2011). A segunda fase, ocorrida até a metade do século XX, concentrou-se na análise de distorções perceptivas causadas por lesões neurológicas. Já na segunda metade do século XX, os estudos passaram a ser influenciados por perspectivas psicanalíticas e psicodinâmicas, ampliando o entendimento sobre a relação entre imagem corporal e personalidade (FISHER; CLEVELAND, 1968).

Paul Schilder (1999) foi um dos principais teóricos a consolidar a imagem corporal como um conceito biopsicossocial. Em sua definição, a imagem corporal é a “formação do nosso corpo na nossa mente”, composta por aspectos fisiológicos, socioculturais e libidinais. Essa abordagem destacou a influência do meio externo na percepção do próprio corpo, uma concepção ainda amplamente aceita na literatura contemporânea (SCHILDER, 1999). O trabalho de Schilder influenciou pesquisas subsequentes, incluindo as de Seymour Fisher, que enfatizou a interseção entre imagem corporal e traços de personalidade, e Werner (1948) e Wapner (1987), que argumentaram que o organismo deve ser estudado em seu contexto ambiental.

A partir da década de 1990, a imagem corporal passou a ser compreendida sob uma perspectiva multidimensional e integrativa (CASH; PRUZINSKY, 2002). Slade (1994), definiu a imagem corporal como a representação mental que um indivíduo tem do tamanho, forma e contorno de seu corpo, bem como dos sentimentos associados a essas características. Esse

modelo permitiu a diferenciação entre os aspectos perceptivos e atitudinais da imagem corporal. A dimensão perceptiva está relacionada à acurácia na percepção do tamanho e forma corporal, enquanto a dimensão atitudinal envolve componentes como a insatisfação corporal, afetos cognições e comportamentos relacionados à imagem corporal (CASH; PRUZINSKY, 2002; THOMPSON, 2004). Ambas dimensões são apresentadas na Figura 11.

Figura 11 – Esquema do modelo conceitual da imagem corporal



Fonte: Elaborado pela autora (2025), segundo Cash; Pruzinsky (2002).

O crescente interesse pelos fatores que influenciam a imagem corporal levou ao desenvolvimento de instrumentos de avaliação padronizados, como escalas de contorno corporal e questionários psicométricos (KLING et al., 2019). Esses instrumentos possibilitam a mensuração dos aspectos atitudinais, garantindo maior precisão na investigação sobre o tema (CAMPANA; TAVARES, 2009; FERREIRA; CASTRO; MORGADO, 2014; THOMPSON, 2004).

Nas últimas décadas, a influência de fatores socioculturais sobre a imagem corporal tem sido amplamente discutida, destacando-se a relação entre padrões estéticos e insatisfação

corporal (ALMEIDA; GOMES 2021; NOVAES et al., 2024). Estudos indicam que essa insatisfação corporal é particularmente frequente durante a adolescência, período em que os padrões de beleza impostos pela mídia, as relações familiares e as interações sociais desempenham um papel central na construção da imagem corporal (CHARMARAMAN et al., 2021; FAZZINO et al., 2015). As teorias socioculturais sugerem que os ideais do corpo estão intrinsecamente ligados à manutenção de padrões estéticos ideais e ao impacto negativo que exercem sobre a imagem corporal (THOMPSON, 1999; TIGGEMANN, 2011).

A compreensão desses fenômenos exige uma análise das construções culturais em torno da aparência física, uma vez que cada sociedade atribui diferentes significados e expectativas ao corpo. Nesse contexto, os indivíduos assimilam e reforçam modelos estéticos específicos, influenciados por normas sociais e midiáticas. O avanço das pesquisas sobre imagem corporal tem possibilitado o desenvolvimento de métodos de avaliação e novas abordagens teóricas para investigar esse impacto. Entre essas abordagens serão apresentadas com mais detalhes na seção seguinte (THOMPSON et al., 1999; TIGGEMANN, 2011).

2.10.2 Perspectivas Teóricas em Imagem Corporal

A compreensão teórica da imagem corporal tem evoluído ao longo das últimas décadas, sendo influenciada por diferentes modelos explicativos que refletem as bases teóricas de diversas áreas do conhecimento (GROGAN et al., 2021). Cash e Smolak (2011) apontam seis principais perspectivas teóricas que têm contribuído para o estudo da imagem corporal: Evolutiva, Genética/Neurocientífica, Cognitiva-Comportamental, Psicologia Positiva, Feminista e Sociocultural. Essas abordagens oferecem diferentes enquadramentos para investigação da imagem corporal, ressaltando sua complexidade e multifatorialidade.

A Perspectiva Evolutiva fundamenta-se nas teorias de seleção natural de Darwin, postulando que traços fenotípicos relacionados à saúde e atratividade conferem vantagens reprodutivas (SWAMI et al., 2011). Estudos como de Rhodes (2006) demonstram que características faciais como simetria e dimorfismo sexual influenciam percepções de atratividade. No entanto, Swami (2011) argumenta que essa perspectiva necessita de mais estudos que incorporem variáveis socioculturais e individuais.

A Perspectiva Genética/Neurocientífica sugere que a imagem corporal é influenciada não apenas por fatores ambientais, mas também por fatores biológicos e genéticos (SUISMANN; KLAMP, 2011). Estudos com gêmeos indicam que entre 49% e 66% da preocupação com peso e forma corporal pode ser atribuída à influência genética (SPANOS; BURT; KLUMP, 2010). Entretanto, essa abordagem é criticada por negligenciar aspectos

psicossociais, fundamentais para uma compreensão mais holística do fenômeno (SUISMAN; KLUMP, 2011).

A Perspectiva Cognitivo-Comportamental é amplamente utilizada no estudo da imagem corporal (CASH, 2011). No entanto, estudos na área frequentemente enfatizam aspectos negativos da imagem corporal, enquanto a Psicologia Positiva foca na interação entre processos cognitivos, experiências vividas e comportamentos (CASH, 2011). A perspectiva baseia-se em teorias como Aprendizagem Social e Processos de Condicionamento, destacando a influência de socialização, da cultura e das experiências individuais na construção da imagem corporal. Essa abordagem tem sido aplicada no desenvolvimento de intervenções para transtornos alimentares e transtornos dismorfóbicos corporais, demonstrando efetividade (LINDSAY et al., 2017). No entanto, estudos na área frequentemente enfatizam aspectos negativos da imagem corporal, enquanto a Psicologia Positiva busca incluir aspectos positivos, como aceitação, apreciação corporal (SWAMI et al., 2021; TYLKA; WOOD-BARCALOW, 2015).

A perspectiva da Psicologia Positiva propõe que, para promover o bem-estar, não basta apenas reduzir apenas aspectos negativos da imagem corporal, sendo necessário também fomentar experiências positivas (SWAMI et al., 2021; TYLKA; WOOD-BARCALOW, 2015). Essa abordagem tem mostrado crescente relevância na literatura, embora ainda existam lacunas, como falta de estudos em populações diversas e a necessidade de investigações longitudinais para avaliar sua eficácia (RYFF et al., 2022).

A Perspectiva Feminista, ancorada na Teoria da Objetificação (FREDRICKSON; ROBERTS, 1997), enfatiza que a insatisfação corporal é um fenômeno social que resulta na redução do corpo feminino a um objeto de prazer alheio (MCKINLEY, 2011). Estudos sugerem que a objetificação contribui para transtornos de imagem corporal e alimentares (DOS SANTOS, et al., 2020). No entanto, ainda existe necessidade de pesquisem que considerem a interseccionalidade, incluindo experiências de mulheres de diferentes grupos sociais (MCKINLEY, 2011).

A Perspectiva Sociocultural por sua vez, tem sido amplamente adotada nos estudos de imagem corporal, propondo que ideais de beleza são construídos socialmente e perpetuados por meio da mídia e interações sociais (THOMPSON et al., 1999; TIGGEMANN, 2011). Estudos indicam que a exposição a padrões culturais influencia a percepção da própria imagem corporal e pode levar a comportamentos prejudicais à saúde (SWAMI, 2015). Apesar de sua ampla aceitação, críticos apontam a necessidade de mais estudos longitudinais para estabelecer relações causais (TIGGEMANN, 2011).

Diante da complexidade da imagem corporal, a escolha de uma perspectiva teórica deve considerar a amplitude e as limitações de cada abordagem (NEVES; MORGADO; TAVARES, 2015). Nesta tese, optou-se pela Perspectiva Sociocultural, dado seu alinhamento com o tema de pesquisa sobre o impacto do câncer de mama na imagem corporal das mulheres diagnosticadas pela doença. Essa perspectiva permite analisar os efeitos das normas sociais e culturais sobre a imagem corporal, fornecendo um referencial teórico robusto para a investigação proposta.

2.10.3 Perspectiva Sociocultural: A construção do corpo ideal e seus impactos no câncer de mama

Devido à vasta produção científica sobre imagem corporal, é relevante destacar a existência de modelos de corpos ideais particulares a cada cultura (AMARAL; CARVALHO; FERREIRA, 2014; CARVALHO, 2016; THOMPSON, 2004). A Perspectiva Sociocultural propõe que o ideal de corpo é construído e perpetuado por meio das redes sociais, dos discursos midiáticos e das normas culturais (THOMPSON; HARRIGER, 2023). Quanto maior a internalização do padrão de beleza socialmente aceito, maior o tempo e o esforço investido na busca pela modificação corporal, bem como o risco de insatisfação corporal e desenvolvimento de transtornos alimentares (GRABE; WARD; HYDE, 2019; THOMPSON, 1999).

As normas culturais relacionadas à aparência impactam os indivíduos de maneira distinta, gerando diferentes respostas. O meio sociocultural influencia a percepção da aparência física e das ações dos indivíduos, que buscam aceitação dentro de um contexto social e histórico. De acordo com estudos, os modelos socioculturais são dominantes na explicação de como influências sociais afetam homens e mulheres, sendo mediadas pela internalização do ideal de corpo magro e de níveis baixos de gordura ou elevados de musculatura (CAFRI et al., 2005; TIGGEMANN; ZACCARDO, 2015).

De acordo com Thompson (1999), a Perspectiva Sociocultural é estruturada em torno de quatro premissas principais: (1) os ideais de beleza existem e podem apresentar particularidades culturais; (2) esses ideais são disseminados por diferentes canais socioculturais; (3) os indivíduos internalizam esses padrões como verdades absolutas; (4) essa internalização pode levar à insatisfação corporal. O conflito entre os desejos individuais e as expectativas sociais gera diferentes níveis de satisfação ou insatisfação corporal, a depender do atendimento ou não do ideal prescrito (THOMPSON et al., 1999).

A primeira premissa do modelo sociocultural está diretamente relacionada à construção do ideal de beleza. Considerando que os padrões corporais são moldados culturalmente, os indivíduos

passam a experimentar um constante tensionamento entre suas próprias vontades e as normas estéticas impostas socialmente. Nesse contexto, surgem indicadores de satisfação ou insatisfação com a aparência física, os quais variam de acordo com o grau em que a pessoa percebe corresponder – ou não – ao padrão idealizado (AMARAL; CARVALHO; FERREIRA, 2014; TIGGEMANN, 2011; THOMPSON et al., 1999). A insatisfação corporal diante desses padrões é um fenômeno amplamente documentado em diversas partes do mundo e, embora os ideais variem conforme a cultura, existe um consenso na literatura internacional de que tais padrões são reais e exercem forte influência sobre a imagem corporal (AMARAL; CARVALHO; FERREIRA, 2014; CASH; SMOLAK, 2011; TIGGEMANN, 2011). Ressalta-se ainda que esses ideais corporais refletem uma interação complexa entre fatores evolutivos, econômicos e contextos socioculturais (FREDERICK; REYNOLDS, 2022). Conforme apontam Jankauskiene e Baceviciene (2022), os modelos socioculturais têm se destacado na compreensão de como as pressões culturais afetam tanto homens quanto mulheres. Além disso, os autores sugerem que essas influências – vindas da família, dos pares e da mídia – afetam a imagem corporal por meio da internalização de ideais de magreza e baixos índices de gordura corporal, ou ainda da valorização de altos níveis de massa muscular (JANKAUSKIENE; BACEVICIENE, 2022).

A seguir, a segunda premissa do modelo sociocultural enfatiza a difusão dos ideais corporais por meio de quatro fontes principais: família, amigos, pares e mídia (SCHAEFER et al., 2017). Essas influências podem atuar por meio da internalização do ideal corporal e da comparação social. Comentários, pressões e provocações relacionadas à aparência podem afetar a percepção da imagem corporal, aumentando a insatisfação e o risco de transtornos alimentares. A família, em especial, desempenha um papel crucial nesse processo, tanto por meio de comentários quanto por influência indireta dos hábitos alimentares e padrões corporais dos pais (LEVINE; MURNEN, 2020).

A terceira premissa refere-se à internalização dos ideais propagados, que se tornam modelos a serem alcançados pelos indivíduos. Essa aceitação ocorre principalmente por meio da internalização e da comparação social (TIGGEMANN, 2011). A mídia, por sua vez, exerce grande influência ao reforçar padrões socioculturais de beleza. Quanto maior o tempo de exposição a conteúdos focados na aparência, maior a internalização do ideal corporal e a insatisfação, incentivando estratégias para modificações corporais (FARDOULY et al., 2015). O padrão social de beleza enfatiza a magreza, criando um modelo muitas vezes inatingível, o que pode gerar frustração e adoção de práticas prejudiciais à saúde (GRABE; WARD; HYDE, 2008).

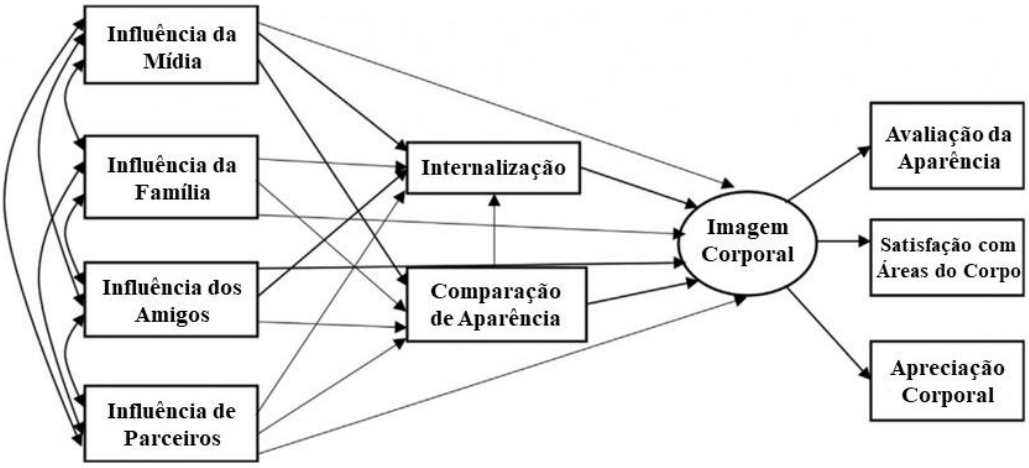
Por fim, a quarta premissa estabelece a influência sociocultural à insatisfação corporal (AMARAL; CARVALHO; FERREIRA, 2014). Esse processo pode levar ao desenvolvimento de distúrbios alimentares, sendo influenciado por fatores genéticos, psicológicos e ambientais (TIGGEMANN, 2011; THOMPSON, 1999).

No contexto da Perspectiva Sociocultural, foi desenvolvido por Schaefer (2017), o Modelo de Influência Quadripartite (MIQ), que aborda como fatores socioculturais – pais, amigos e mídia – que afetam a imagem corporal e os comportamentos associados a ela. No contexto do câncer de mama, em que as mudanças físicas e simbólicas no corpo são profundas, a aplicação desse modelo é ainda mais relevante, pois as mulheres diagnosticadas com a doença enfrentam um processo complexo de transformação física e emocional que pode impactar profundamente a percepção do seu corpo.

Lewis-Smith et al. (2020) adaptaram o modelo para mulheres sobreviventes do câncer de mama, enfatizando a influência específica da mídia na percepção da imagem corporal (Figura 12). O termo sobrevivente de câncer foi originalmente proposto pela *National Coalition for Cancer Survivorship* (NCCS) em 1986 e, em sua definição mais amplamente utilizada, refere-se a toda pessoa diagnosticada com câncer, desde o momento do diagnóstico até o fim da vida. Essa concepção amplia a noção de sobrevivência, englobando tanto aquelas que completaram o tratamento quanto mulheres em acompanhamento ou convivendo com recidivas. No entanto, é importante destacar que nem todas as mulheres se identificam com essa denominação, o que revela a complexidade do conceito.

Nesse contexto, a adaptação do modelo por Lewis-Smith et al. (2020) sugere que, além dos fatores tradicionais, as representações midiáticas das mulheres com câncer de mama — frequentemente retratadas de forma idealizada ou limitante — podem intensificar a insatisfação corporal. Essas representações não apenas reforçam padrões estéticos convencionais de beleza, mas também negligenciam a diversidade das experiências dessas mulheres, que incluem cicatrizes, mudanças físicas significativas e desafios emocionais decorrentes do tratamento (LEWIS-SMITH, 2018).

Figura 12 – Modelo de Influência Quadripartite hipotetizado e testado para sobreviventes de câncer de mama



Fonte: Lewis-Smith et al., 2020 (Tradução da autora).

A adaptação proposta por Lewis-Smith et al. (2020), chama atenção para a necessidade de intervenções específicas que levem em conta particularidades da imagem corporal das mulheres após o câncer de mama, considerando os efeitos do tratamento, cicatrizes e a reconstrução do corpo. Tais intervenções devem ser pensadas de forma a aliviar a pressão sociocultural, promovendo uma visão mais inclusiva e realista da imagem corporal para mulheres sobreviventes do câncer de mama (LEWIS-SMITH et al., 2020).

2.10.4 Imagem corporal no contexto do câncer de mama

De acordo com Vamos (1993), a experiência corporal vivenciada em uma doença crônica pode ser compreendida como um arranjo de representações internas do corpo ou "imagens corporais", que variam de acordo com as características da doença e do indivíduo. No contexto do câncer de mama, além de ser uma ameaça à vida, a doença exige tratamentos cujo impacto na imagem corporal pode ser significativo, gerando sofrimento psicológico e afetando a qualidade de vida (GUEDES et al., 2018; MOKHTARI-HESSARI; MONTAZERI, 2020).

A imagem corporal é uma representação mental que engloba percepções e atitudes de um indivíduo em relação ao seu próprio corpo (CASH, 2004). No contexto oncológico, as alterações na imagem corporal representam uma dimensão psicológica da experiência da doença, podendo variar conforme características clínicas, as fases do tratamento e seus efeitos na funcionalidade e qualidade de vida (FAZZINO et al., 2017). Estudos apontam que as

principais mudanças identificadas na literatura incluem alterações perceptivas, como distorção da imagem, e alterações atitudinais, como sentimento de vergonha e diminuição da autoconfiança (ESSER et al., 2018; FINGERET et al., 2014).

O câncer de mama pode impactar profundamente a identidade feminina, pois a mama é um órgão fortemente associado à feminilidade, sexualidade e maternidade. Assim, desde o diagnóstico, as mulheres podem vivenciar sentimentos negativos, incluindo ansiedade, medo, depressão e angústia (PARK, 2024). No entanto, fatores individuais, como resiliência e suporte social, podem auxiliar algumas mulheres a ressignificarem suas experiências, promovendo crescimento pessoal e reavaliação positiva da imagem corporal (ZAMANIAN et al., 2021).

Ao enfrentar tratamentos invasivos, como mastectomia, as mulheres passam por um processo de adaptação e ajustes físicos e psicossociais. Essa experiência pode gerar vulnerabilidade emocional e desafios relacionados à aceitação do novo corpo, que pode influenciar a autoestima, o bem-estar e a qualidade de vida (HEIDARI; SHAHBAZI; GHODUSI, 2015). Além disso, a percepção da imagem corporal também pode ser modulada por outros fatores, como reconstrução mamária, uso de prótese e suporte emocional percebido durante o processo de tratamento (TEO et al., 2016).

Além disso, a rede de apoio social desempenha um papel fundamental na adaptação da mulher ao tratamento do câncer de mama. Esse suporte pode ser oferecido por familiares, amigos, grupos de apoio, grupos religiosos, auxiliando na ressignificação da imagem corporal e na melhora da qualidade de vida (GUAN et al., 2021). Estudos indicam que o apoio social é um fator protetor, ajudando as mulheres a lidarem com os desafios físicos e emocionais decorrentes do tratamento (BOINON, 2014; GUAN et al., 2021; ZAMANIAN et al., 2021).

O impacto das mudanças na imagem corporal também se estende à esfera física, social, sexual e conjugal. Algumas mulheres relatam dificuldades em retomar sua vida íntima e social devido a imagem corporal alterada, enquanto outras encontram novas formas de expressar sua identidade e autoestima (ALMEIDA; GUERRA; FILGUEIRAS, 2012). O impacto dessas mudanças varia conforme fatores individuais, como autoestima prévia, estilo de vida, tipo de tratamento e suporte disponível (PERES et al., 2022). Diante desse cenário, compreender como essas transformações são avaliadas se torna essencial para melhor direcionar intervenções e estratégias terapêuticas. Assim, a avaliação da imagem corporal para o contexto do câncer de mama emerge como um aspecto fundamental a ser explorado, tanto na prática clínica quanto nas pesquisas.

2.10.5 Avaliação da imagem corporal no contexto do câncer de mama

A avaliação da imagem corporal é um processo complexo devido a sua natureza multifacetada, abrangendo aspectos perceptivos, atitudinais, cognitivos, emocionais e comportamentais (CASH; SMOLAK, 2011). Embora as pesquisas sobre imagem corporal tenham aumentado exponencialmente nas últimas décadas – com ênfase no desenvolvimento de formas de avaliação e perspectivas conceituais (NEVES et al., 2015) – no contexto da oncologia, e especificamente do câncer de mama, a forma de avaliação torna-se desafiadora, pois a doença e seus tratamentos podem provocar alterações significativas na aparência física, autoestima e qualidade de vida das mulheres diagnosticadas (ESSER et al., 2018; FINGERET et al., 2014; TEO et al., 2016).

Diversos instrumentos foram desenvolvidos internacionalmente para a avaliação da imagem corporal em pacientes oncológicos, alguns deles adaptados e validados para o contexto brasileiro. Dentre os principais, destacam-se:

- ***Body Image Scale (BIS):*** Desenvolvida no Reino Unido por Hopwood et al. (2001) com o objetivo de avaliar a imagem corporal de pacientes submetidos a diferentes tipos de tratamento oncológico. Trata-se de uma escala breve, de autopreenchimento, composta por 10 itens, que pode ser utilizada em conjunto com a *Quality of Life Questionnaire Core-30* da *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Study Group* (EORTC-QLQ-C30). A análise dos escores é realizada pela soma das respostas em escala *Likert* de 0 a 3 pontos, resultando em valores entre 0 e 30, nos quais escores mais elevados indicam maior insatisfação com a imagem corporal. No Brasil, o EORTC QLQ-C30 foi traduzido e validado para o português (FRANCESCHINI et al., 2010), e a versão brasileira da BIS também passou por processo de adaptação transcultural e apresentou evidências de validade e confiabilidade (COSTA et al. 2014; MOEEN, MUAZZAM, ZUBAIR, 2013).
- ***Body Image Relationship Scale (BIRS):*** Desenvolvida nos Estados Unidos por Hormes et al. (2008), tendo como finalidade avaliar o impacto do tratamento do câncer de mama sobre a percepção da aparência, as relações interpessoais e o bem-estar sexual. O instrumento é de autopreenchimento e contém 32 itens organizados em subescalas, cujos escores são obtidos por meio da soma ou média das respostas em escala *Likert* de 1 a 5 pontos. Escores mais elevados indicam maior impacto negativo da imagem corporal sobre as dimensões avaliadas. No Brasil, a BIRS foi traduzida e validada por Vieira et al. (2015), apresentando boas propriedades psicométricas, com consistência interna satisfatória ($\alpha > 0,80$) e validade de construto confirmada.

- ***Escala BREAST-Q:*** Desenvolvido por Pusic et al. (2009) no Canadá e nos Estados Unidos, com o propósito de avaliar a qualidade de vida e a satisfação com a aparência em mulheres com câncer de mama submetidas a diferentes procedimentos cirúrgicos. O questionário é modular, contendo versões específicas para reconstrução, mastectomia, cirurgia conservadora, entre outros, e pode variar entre 40 e 100 itens. Os escores são calculados a partir da conversão das respostas em valores de 0 a 100 por meio do software *Q-Score*, sendo que valores mais altos refletem maior satisfação ou melhor qualidade de vida relacionada à mama. No Brasil, o instrumento foi traduzido e validado por Sbalchiero et al. (2013), apresentando evidências robustas de validade, confiabilidade e reprodutibilidade.
- ***Body Image Avoidance Questionnaire (BIAQ):*** Criado nos Estados Unidos por Rosen et al. (1991) com o objetivo de avaliar comportamentos de evitação associados à insatisfação corporal, como por exemplo, evitar roupas justas, espelhos ou situações sociais. O questionário é composto por 19 itens, respondidos em escala *Likert* de 0 a 5 pontos, cujo somatório resulta no escore final. Escores mais altos refletem maior frequência de comportamentos de evitação relacionados à imagem corporal. No Brasil, o BIAQ foi traduzido e validado por Campana et al. (2007), apresentando consistência interna adequada ($\alpha > 0,70$) e validade de construto confirmada.
- ***Body Image after Breast Cancer Questionnaire (BIBCQ):*** Desenvolvido no Canadá por Baxter et al., (2006), com a finalidade de avaliar o impacto do câncer de mama sobre a imagem corporal a longo prazo. O instrumento possui 53 itens distribuídos em diferentes dimensões, como vulnerabilidade, estigma, preocupações com saúde, aparência e sexualidade. As respostas são dadas em escala *Likert* de 1 a 5 pontos, e os escores são calculados por dimensão, não havendo um escore total único. Escores mais elevados refletem maior impacto negativo da imagem corporal. No Brasil, o BIBCQ foi validado por Gonçalves et al. (2014), demonstrando boas propriedades psicométricas, incluindo consistência interna elevada ($\alpha > 0,80$) e validade de construto confirmada. No presente estudo, optou-se pelo uso do BIBCQ por ser um instrumento abrangente, que permite avaliar diferentes dimensões da imagem corporal em mulheres diagnosticadas e tratadas para câncer de mama.

A diversidade de instrumentos disponíveis para avaliar a imagem corporal em mulheres com câncer de mama reflete a complexidade do construto e a multiplicidade de impactos gerados pela doença e seus tratamentos. A escolha do instrumento deve considerar não apenas as propriedades psicométricas, mas também a adequação cultural, a finalidade da pesquisa e o

contexto clínico de aplicação. Nesse sentido, o BIBCQ destacou-se como uma ferramenta robusta, com validação para o contexto brasileiro e sensível às mudanças vivenciadas por mulheres ao longo do processo de enfrentamento e recuperação do câncer de mama (GONÇALVES et al., 2014). Sua adoção neste estudo justifica-se pela capacidade de capturar dimensões relevantes da imagem corporal no longo prazo, oferecendo subsídios consistentes para a análise das repercussões psicossociais da doença e para o desenvolvimento de estratégias de cuidado mais humanizadas e integradas.

3 JUSTIFICATIVA

O câncer de mama representa um dos maiores desafios da saúde pública no Brasil e no mundo, devido à sua alta incidência e elevada taxa de morbimortalidade (BRAY et al., 2024; GUERRA et al., 2020; OMS, 2023). No contexto brasileiro, embora haja avanços no diagnóstico precoce e nos tratamentos, a mortalidade permanece elevada, sobretudo entre mulheres em situação de vulnerabilidade socioeconômica (DOS-SANTOS-SILVA, 2018; FERLAY et al., 2019; INCA, 2023b; REZAEI et al., 2016; ZANG et al., 2023). Políticas públicas de rastreamento e diagnóstico precoce, como as promovidas pelo SUS, têm contribuído para o aumento da sobrevida (ALLEMANI et al., 2018; JALLAH et al., 2023; RIEDEL et al., 2018).

Apesar desses avanços, mulheres diagnosticadas com câncer de mama ainda enfrentam importantes desafios psicológicos e emocionais. O tratamento oncológico — frequentemente associado a mudanças corporais como alopecia, alterações de peso e cirurgias — afeta profundamente a percepção da imagem corporal, dado o simbolismo da mama na construção da feminilidade e da sexualidade (CERNIKOVA et al., 2024; GARCIA et al., 2017; GUEDES et al., 2018). Essas alterações podem provocar sentimento de perda de identidade, autoconfiança e feminilidade, com impacto direto na qualidade de vida e no bem-estar emocional (ÁLVAREZ-PARDO, 2023; CERNIKOVA et al., 2024).

A imagem corporal é um constructo multifacetado, composto por duas dimensões: a perceptiva — relacionada à acurácia na percepção do corpo — e a atitudinal, que envolve pensamentos, sentimentos e comportamentos em relação a ele. A insatisfação corporal, parte da dimensão atitudinal, refere-se à avaliação subjetiva negativa do próprio corpo (CASH, SMOLAK, 2011; FERREIRA, CASTRO, MORGADO, 2014). Essa percepção negativa está frequentemente associada a transtornos como depressão e ansiedade, dificultando a adaptação ao tratamento e prejudicando a qualidade de vida (BATTISTELLO; SILVA; REMOR, 2024; SANTOS; VIEIRA, 2011; YAO et al., 2024). No Brasil, onde há forte pressão cultural por um padrão corporal ideal e persistem desigualdades no acesso ao cuidado oncológico, essa avaliação se torna ainda mais relevante (LOVELACE; MCDANIEL; GOLDEN, 2019; MAROUN et al., 2024).

É, portanto, fundamental compreender como fatores socioeconômicos, clínicos e comportamentais influenciam a imagem corporal de mulheres com câncer de mama. Tal compreensão é essencial para o desenvolvimento de estratégias de cuidado mais sensíveis e eficazes, capazes de acompanhar essas mulheres ao longo do processo oncológico, promovendo bem-estar e enfrentamento das transformações físicas e emocionais impostas pela doença e pelo

tratamento (BATTISTELLO; SILVA; REMOR, 2024; CERNIKOVA et al., 2024; YAO et al., 2024). Este estudo busca não apenas investigar o impacto do câncer de mama na imagem corporal e seus fatores associados, mas também subsidiar ações de cuidado ajustadas às especificidades dessa população — do diagnóstico à sobrevida.

Do ponto de vista da Saúde Coletiva, os resultados deste trabalho contribuem para ampliar a compreensão sobre os impactos psicossociais do câncer de mama e evidenciam a necessidade de ações intersetoriais que articulem o cuidado oncológico com a promoção da saúde mental, o apoio psicossocial e a reabilitação. Ao identificar os fatores associados à insatisfação corporal, o estudo oferece subsídios para o planejamento de políticas públicas que considerem as dimensões subjetivas do adoecimento, as desigualdades sociais e o papel do suporte social no enfrentamento do câncer. Reforça-se, assim, a importância de um cuidado integral, pautado nos princípios do SUS, que respeite as singularidades das vivências femininas, promovendo equidade, autonomia e qualidade de vida em todas as fases do tratamento e da sobrevida.

Dessa forma, esta pesquisa se justifica pela necessidade de aprofundar o conhecimento sobre os impactos do câncer de mama na imagem corporal de mulheres brasileiras — uma temática ainda pouco explorada, mas fundamental para o fortalecimento de práticas de cuidado mais humanas, inclusivas e centradas na paciente.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o impacto do câncer de mama na imagem corporal e identificar fatores sociodemográficos, clínicos, comportamentais e sociais associados à insatisfação corporal em mulheres atendidas em centros de referência oncológica no município de Juiz de Fora, Minas Gerais.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar a produção científica recente sobre a imagem corporal em mulheres com câncer de mama, considerando os diferentes tipos de tratamento oncológico, os instrumentos de avaliação empregados e os principais desfechos psicossociais reportados.
- Descrever a população de estudo segundo a percepção da imagem corporal e as principais características sociodemográficas, clínicas e comportamentais.
- Analisar a influência de aspectos socioeconômicos, clínicos e comportamentais na imagem corporal de mulheres diagnosticadas com câncer de mama.

5 METODOLOGIA

A descrição da metodologia será subdividida conforme o objetivo específico pretendido.

5.1. PARA O ARTIGO DE REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA.

Artigo 1: Imagem corporal em mulheres com câncer de mama: uma revisão sistemática sobre instrumentos de avaliação, desfechos psicossociais e intervenções.

O presente estudo seguiu as diretrizes do PRISMA e foi registrado no PROSPERO (CRD42023445501). A estratégia PICO guiou a formulação da pergunta de pesquisa: **População -** Mulheres diagnosticadas com câncer de mama; **Intervenção -** Tratamentos como cirurgia, quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia; **Comparação -** Não aplicável; **Outcome (Resultados) -** Alterações na percepção da imagem corporal.

A busca foi realizada entre maio e junho de 2022 nas bases PubMed, BVS, SciELO e Embase, com estratégias definidas e revisadas por especialistas (Tabela 1, Artigo 1). Foram incluídos estudos transversais publicados entre 2018 e 2022, em Português, Inglês ou Espanhol, que abordassem alterações na imagem corporal de mulheres com câncer de mama. Foram excluídos relatos de caso, cartas, resumos de congresso, estudos qualitativos e aqueles com dados insuficientes para análise.

Os resultados da busca foram gerenciados no *Rayyan*, com remoção de duplicatas. Após triagem inicial por dois revisores independentes (RE e EF) e resolução de conflitos por um terceiro (DP), 1.076 artigos foram identificados. A leitura de 30 resumos serviu como etapa piloto de calibração. Na leitura completa, 96 estudos foram considerados elegíveis, mas 79 foram excluídos por não atenderem ao objetivo da revisão, resultando em 17 artigos incluídos. A busca reversa não adicionou novos estudos.

A extração dos dados foi feita por meio de formulário padronizado no *Google Forms*, com lista de verificação pré-definida, incluindo: autor, ano, país, período de coleta, número e idade das participantes, tipo de tratamento, dimensão da imagem corporal avaliada (perceptiva ou atitudinal), instrumento utilizado, desfecho relacionado à imagem corporal e outras variáveis associadas (qualidade de vida, suporte social, sexualidade).

A avaliação metodológica foi conduzida com a ferramenta *Joana Briggs Institute Critical Appraisal Tool* (JBI) para estudos transversais, considerando critérios como representatividade, amostragem, descrição do cenário e participantes, confiabilidade dos dados e análise estatística. Os estudos foram classificados como baixa (≤4), moderada (5–6) ou alta

qualidade (≥7). Dois autores (RE e EF) avaliaram os estudos de forma independente, com divergências resolvidas por um terceiro (DP).

5.2. PARA O ARTIGO EMPÍRICO DA TESE.

Artigo 2: Imagem corporal entre mulheres brasileiras sobreviventes de câncer de mama: prevalência e fatores socioeconômicos, clínicos e comportamentais.

Delineamento do estudo

Estudo transversal realizado em centros de referência em oncologia da rede pública e privada no município de Juiz de Fora, Minas Gerais.

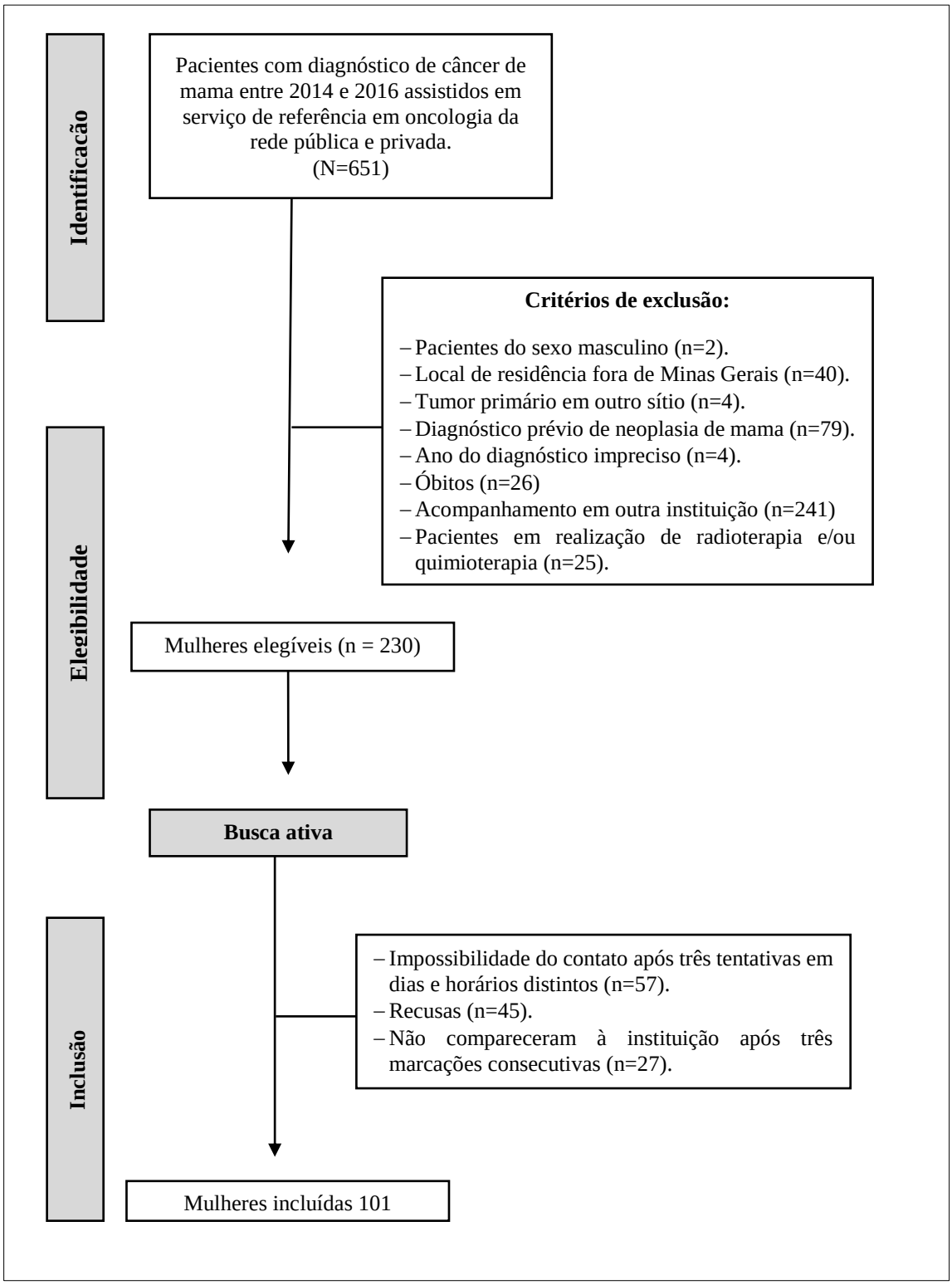
Amostra e Seleção das participantes

O estudo incluiu mulheres com idade igual ou superior a 18 anos, diagnosticadas com câncer de mama entre 1º de janeiro de 2014 a 31 de dezembro de 2016, identificadas através do Registro Hospitalar de Câncer (RHC), que residiam no município sede do serviço e no estado de Minas Gerais, e que faziam acompanhamento na instituição. Esse recorte temporal foi definido para garantir um mínimo de três anos de acompanhamento inicial, seguido por mais dois anos adicionais de seguimento, possibilitando a realização de um estudo futuro de sobrevida das pacientes. Foram excluídas mulheres com déficits cognitivos que as impedissem de responder à pesquisa e aquelas em tratamento quimioterápico, radioterápico ou paliativo no momento da coleta de dados.

O cálculo do tamanho amostral foi realizado considerando 230 mulheres elegíveis para o estudo. Com base em uma prevalência estimada de 80%, margem de erro de 7% e intervalo de confiança de 95%, determinou-se a necessidade de incluir pelo menos 101 participantes. Para mitigar possíveis perdas amostrais, estimadas em 20%, foi necessário o recrutamento de no mínimo, 121 participantes.

Dentre as 230 mulheres elegíveis, 101 consentiram em participar da pesquisa e completaram a pesquisa presencial (44%). Entre as demais, 57 (24,7%) não puderam ser contactadas por telefone, 45 (19,5%) recusaram a participação e 27 (11,7%) não compareceram ao agendamento da pesquisa presencial. A Figura 13 ilustra o processo de seleção da amostra. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora, conforme parecer número 3.128.283; CAAE: 05341019.5.0000.5147 (ANEXO B).

Figura 13 – Fluxograma das etapas de seleção da amostra do estudo



Fonte: Elaborado pelos autores (2025).

Coleta de dados

O processo de coleta de dados aconteceu em duas fases. Inicialmente, os casos foram identificados por meio da revisão dos registros do RHC. Em seguida, os dados foram extraídos dos prontuários médicos das pacientes, obtendo-se informações sobre diagnóstico, tratamento, estadiamento e perfil tumoral. Essa primeira etapa aconteceu no período entre março de 2018 e maio de 2019.

Posteriormente, as participantes elegíveis foram convidadas a responder a um questionário presencial aplicado por pesquisadores treinados da área de saúde, em ambiente reservado e individualizado, utilizando um questionário eletrônico desenvolvido na plataforma *KoboToolbox* (versão 1.5.0; *Harvard Humanitarian Initiative & Brigham and Women's Hospital*, MA, EUA). O instrumento contemplou questões identificação das pacientes, características sociais, demográficas e econômicas, diagnóstico e tratamento, relacionamentos conjugais, hábitos de vida, suporte social e religiosidade. A percepção da imagem corporal foi avaliada por meio de um questionário autoaplicável. O tempo médio de preenchimento dos questionários era de 40 minutos. Os instrumentos utilizados estão detalhados nos Apêndices B e C. A segunda etapa da coleta de dados ocorreu no período entre fevereiro e agosto de 2019. Devido às inconsistências em algumas informações coletadas, foi realizada uma revisão adicional dos prontuários e contatos telefônicos para complementação de dados ausentes.

Instrumentos

A percepção da imagem corporal, variável de desfecho do estudo, foi avaliada por meio do *Body Image After Breast Cancer Questionnaire* (BIBCQ) (BAXTER et al., 2006), na versão traduzida e validada para a população brasileira com o título "Imagem Corporal após o Câncer de Mama" (GONÇALVES et al., 2014). A versão brasileira possui 44 questões, sendo duas delas específicas para mulheres que foram submetidas à mastectomia sem reconstrução, e seis destinadas àquelas que realizaram setorectomia como procedimento cirúrgico ou mastectomia com reconstrução. A versão brasileira manteve a estrutura multidimensional original, composta por seis fatores:

1. **Vulnerabilidade:** percepção de vulnerabilidade da vulnerabilidade do corpo a outras doenças e⁄ou cânceres (9 itens);
2. **Estigma corporal:** necessidade de esconder o corpo (14 itens);
3. **Transparência:** preocupação com mudanças visíveis na aparência relacionadas ao câncer (6 itens);
4. **Preocupações com o corpo:** satisfação com aparência e o formato do corpo (6 itens);

5. **Preocupações com o braço:** preocupações com sintomas e aparência do braço (3 itens);
6. **Limitações:** sentimentos de competências e habilidades (6 itens).

As participantes responderam às questões usando uma escala tipo *Likert*, classificando seu nível de concordância de 1 (discordo completamente) a 5 (concordo completamente), e a frequência de 1 (nunca) a 5 (sempre). As pontuações máximas e mínimas variam conforme o fator: vulnerabilidade (8–45), estigma corporal (10–65), limitações (6–30), preocupações com o corpo (6–30), transparência (5–30) e preocupações com o braço (3–15). De acordo com a interpretação do instrumento, pontuações mais altas no BIBCQ indicam pior imagem corporal, refletindo maior impacto negativo do câncer e de seus tratamentos sobre os aspectos avaliados (pontuação máxima: 173). Para este estudo, a pontuação mediana de 87,00 (intervalo: 52–173), foi utilizada como ponto de corte. As pontuações foram categorizadas em satisfação corporal (≤87,00) e insatisfação corporal (>88,00).

Em relação as propriedades psicométricas, a análise fatorial confirmatória demonstrou um ajuste satisfatório do modelo. A confiabilidade interna, avaliada pelo alpha de Cronbach, variou de 0,67 a 0,86, e a confiabilidade composta apresentou valores entre 0,67 e 0,82, indicando boa consistência interna dos fatores. A validade convergente foi confirmada por cargas fatoriais adequadas (>0,50) e t-valores superiores a 1,96, enquanto a validade discriminante permitiu a diferenciação de grupos de mulheres com distintos níveis de satisfação com a vida sexual e segurança financeira. Dessa forma, a versão brasileira do BIBCQ demonstrou ser um instrumento psicometricamente válido e confiável para avaliar a imagem corporal em mulheres com de câncer de mama.

Foram analisadas as seguintes variáveis independentes:

Características sociodemográficas:

As variáveis sociodemográficas analisadas incluíram idade (<49 anos ou ≥50 anos), raça autodeclarada (branca ou não branca), escolaridade (<8 anos ou ≥8 anos), situação conjugal (vive com companheiro ou não), situação ocupacional (emprego formal ou informal), status socioeconômico de acordo com o Critério de Classificação Econômica do Brasil (A, B1, B2 ou C1, C2, D, E), local de residência (município sede do serviço ou outro município) e tipo de assistência médica (pública ou privada).

O Critério de Classificação Econômica do Brasil (CCEB) é um sistema padronizado utilizado em pesquisas e estudos de mercado para categorizar a população em estratos socioeconômicos de A (mais alto) a E (mais baixo). Desenvolvido pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP), ele estima o poder aquisitivo e as condições de vida dos

domicílios com base em fatores como escolaridade do chefe do domicílio, posse de bens duráveis, número de banheiros e presença de empregados domésticos (ABEP, 2023).

Fatores clínicos:

Foram consideradas as variáveis: Índice de Massa Corporal (IMC) (eutrófico ou sobrepeso), presença de comorbidades (sim ou não), estágio do câncer (inicial – 0, I ou II ou avançado – III e IV) e tipo de cirurgia (setorectomia ou mastectomia, com ou sem reconstrução).

Fatores comportamentais e sociais

As características comportamentais incluíram hábitos alimentares autorrelatados (bons/muito bons ou razoáveis/ruins/muito ruins), atividade física (ativa ou sedentária), consumo de álcool (<4 doses em uma ocasião ou ≥4), apoio social (≤45 ou >46 pontos) e religiosidade (≤8 ou >9 pontos). A atividade física foi avaliada utilizando a versão brasileira do *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ) (MARSHALL et al., 2001; MATSUDO et al., 2001). O IPAQ estima o tempo semanal gasto em diferentes tipos de atividade física, incluindo frequência, intensidade e duração. As participantes que praticavam pelo menos 150 minutos por semana foram classificadas como ativas; aquelas que não atingiam dez minutos consecutivos de atividade física foram classificadas como sedentárias.

O processo de validação do IPAQ no Brasil envolveu 257 adultos que responderam às versões curta e longa do questionário em dois momentos, com um intervalo de sete dias. O instrumento demonstrou reprodutibilidade significativa (rho = 0,69-0,71; $p < 0,01$) e validade satisfatória, com coeficientes de 0,46 para a versão longa e 0,75 para a versão curta usando o sensor de movimento *Computer Science & Applications* (CSA).

Para a avaliação do suporte social, utilizou-se a versão abreviada do *Social Support Questionnaire* (SSQ-6) (SARASON et al., 1987), validado para o Português por Pinheiro & Ferreira (2002), que avalia a percepção da disponibilidade e das entidades de suporte (SSQ6N) e a percepção de satisfação com o suporte recebido (SSQ6S).

O referido questionário é constituído por seis itens, cada um deles com duas partes, as quais originam dois resultados parciais. O número de pessoas que os respondentes percebem como estando disponíveis para o apoiarem e ajudarem em uma determinada situação é avaliado de forma interrogativa e apresentado na primeira parte do item. O participante pode referir um número máximo de nove pessoas, sendo possível responder também “ninguém”. O grau de satisfação com a globalidade do suporte percebido nessa mesma situação surge na segunda parte de cada item. Utiliza-se uma escala do tipo *Likert*, de seis pontos, variando de muito insatisfeito = 1 a muito satisfeito = 6. Esse conjunto de seis itens permite obter um índice de percepção do suporte disponível (SSQ6N) e um índice da percepção de satisfação com o suporte social

disponível (SSQ6S). Cada um desses resultados parciais é obtido dividindo a soma das pontuações nos itens por seis, obtendo-se assim, um valor médio que os autores designam por índice numérico (SSQ6N) e índice de satisfação (SSQ6S) (PINHEIRO; FERREIRA, 2002; SARASON et al., 1987). Para este estudo, a percepção do nível de apoio social foi categorizada como baixa (≤45 pontos) ou alta (>46 pontos).

A adaptação do SSQ-6 para o português demonstrou alta consistência interna, com coeficientes alfa de Cronbach de 0,92 para a dimensão SSQ6N e 0,90 para a dimensão SSQ6S, indicando boa confiabilidade do instrumento. A análise fatorial confirmou a estrutura bidimensional do questionário e sua validade convergente foi evidenciada por correlações positivas entre suas dimensões e variáveis de bem-estar psicológico, como desenvolvimento pessoal e autoaceitação. Assim, o SSQ-6 se apresenta como um instrumento válido e confiável para avaliar a percepção de suporte social em populações de língua portuguesa.

A religiosidade foi avaliada utilizando o *Duke University Religion Index* (DUREL) (KOENIG; BÜSSING, 2009), validada para o português como Índice de Religiosidade de Duke (P-DUREL) (TAUNAY et al., 2012). O índice composto por cinco itens mede três dimensões do envolvimento religioso relacionados a desfechos em saúde: Religiosidade Organizacional (Item 1): frequência a encontros religiosos coletivos (por exemplo: missas, cultos, cerimônias, grupos de estudos ou de oração); Religiosidade Não-Organizacional (Item 2): frequência de atividades religiosas privadas (por exemplo: orações, meditação, leitura de textos religiosos, ouvir ou assistir programas religiosos na TV ou rádio); Religiosidade Intrínseca (Itens 3 a 5): refere-se à busca de internalização e vivência plena da religiosidade como principal objetivo do indivíduo; fins imediatos são considerados secundários e alcançados em harmonia com princípios religiosos básicos (KOENIG; BÜSSING, 2009; TAUNAY et al., 2012). As opções de resposta dos itens 1 e 2 avaliam a frequência de comparecimento às atividades religiosas, com seis opções que variam de 1 = mais do que uma vez por semana a 6 = nunca. Os últimos três itens são estruturados com respostas em escala do tipo *Likert* de 5 pontos, variando de 1 = totalmente verdade para mim a 5 = não é verdade. As pontuações variam de 1 a 30, com pontuações mais altas indicando maior religiosidade (KOENIG; BÜSSING, 2009; TAUNAY et al., 2012). Neste estudo, os níveis de religiosidade foram agrupados como mais baixos (≤8 pontos) ou mais altos (>9 pontos).

A validação do P-DUREL foi realizada com duas amostras distintas: estudantes universitários (n = 323) e pacientes psiquiátricos (n = 102). O instrumento demonstrou alta consistência interna, com coeficiente alfa de Cronbach superior a 0,80 em ambos os grupos, e excelente estabilidade temporal com correlação intraclasse acima de 0,90. A validade

convergente foi confirmada por correlações moderadas entre as subescalas do P-DUREL (0,58 < r < 0,71) e entre o P-DUREL e o escore geral do *World Health Organization Quality of Life – Spirituality, Religiosity, and Personal Beliefs* (WHOQOL-SRPB), que avalia espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. A validade discriminante foi evidenciada pela ausência de redundância entre os domínios do P-DUREL e por correlações fracas, mas significativas, entre religiosidade intrínseca e sintomas depressivos e ansiosos em universitários, e entre religiosidade organizacional e sintomas ansiosos em pacientes psiquiátricos. Esses achados indicam que o P-DUREL é válido e confiável para avaliar religiosidade em diferentes populações brasileiras.

Análises dos dados

Foram realizadas análises descritivas para caracterizar as participantes quanto às variáveis sociodemográficas, clínicas, comportamentais e sociais das participantes, por meio do cálculo das frequências absolutas e relativas de cada variável. Para as análises inferenciais, adotou-se um nível de significância de 5%.

A análise bivariada foi conduzida utilizando o teste qui-quadrado de Pearson para verificar a existência de associações entre a variável desfecho (insatisfação corporal) e as variáveis independentes. A análise multivariada, por sua vez, foi realizada por meio de Regressão Logística Binária, com o objetivo de controlar potenciais fatores de confusão, definidos como as variáveis que apresentaram valor de $p \leq 0,20$ na análise bivariada. Essas covariáveis—idade, status socioeconômico, índice de massa corporal, tipo de cirurgia, hábitos alimentares, prática de atividade física, consumo de álcool e percepção de apoio social—foram incluídas no modelo multivariado inicial, garantindo a consideração de fatores relevantes e minimizando o sobreajuste. Posteriormente, aplicou-se o método de eliminação retrógrada (*backward elimination*) para refinar o modelo, mantendo apenas as variáveis com valor de $p \leq 0,05$ na análise final. Todas as análises estatísticas foram realizadas no software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0 (IBM Corp., Armonk, NY, EUA).

6 RESULTADOS

Os resultados obtidos com a pesquisa estão organizados em formato de dois artigos científicos. O primeiro, uma revisão sistemática, analisa criticamente a produção recente sobre a imagem corporal em mulheres com câncer de mama, considerando os tipos de tratamento, os instrumentos de avaliação utilizados e os principais desfechos psicossociais. O segundo artigo, apresenta dados obtidos por meio de prontuários e entrevistas presenciais com mulheres sobreviventes de câncer de mama no Brasil, incluindo análises estatísticas dos fatores associados à insatisfação corporal. A seguir, os artigos são apresentados na íntegra.

6.1 ARTIGO 1

IMAGEM CORPORAL EM MULHERES COM CÂNCER DE MAMA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA SOBRE INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO, DESFECHOS PSICOSSOCIAIS E INTERVENÇÕES

RESUMO

Introdução: A imagem corporal é uma dimensão central da experiência de mulheres diagnosticadas com câncer de mama, influenciada por alterações físicas decorrentes do tratamento oncológico e por fatores socioculturais relacionados à feminilidade, sexualidade e identidade. Apesar da relevância do tema, ainda são escassas as revisões que abordam de forma integrada os instrumentos utilizados para sua avaliação, os desfechos psicossociais associados e as intervenções disponíveis. **Objetivo:** Analisar criticamente a produção científica recente sobre a imagem corporal em mulheres com câncer de mama, considerando os diferentes tipos de tratamento oncológico, os instrumentos de avaliação empregados e os principais desfechos psicossociais reportados. **Métodos:** Trata-se de uma revisão sistemática conduzida conforme as diretrizes PRISMA e registrada na plataforma PROSPERO (CRD42023445501). A busca foi realizada em quatro bases de dados (PubMed, BVS, SciELO e Embase), incluindo estudos transversais publicados entre 2018 e 2022. A qualidade metodológica dos artigos foi avaliada por meio da ferramenta do *Joanna Briggs Institute* (JBI). **Resultados:** Foram incluídos 17 estudos de diferentes países. Os principais desfechos associados foram insatisfação corporal, qualidade de vida, suporte social e sexualidade. A reconstrução mamária foi relacionada à maior satisfação corporal, enquanto a mastectomia sem reconstrução apresentou associação com maior impacto negativo. A análise metodológica revelou limitações quanto ao controle de fatores de confusão e à padronização dos instrumentos utilizados. **Conclusão:** A imagem corporal deve ser incorporada como um componente essencial do cuidado oncológico integral. A elevada prevalência de insatisfação corporal e sua associação com desfechos psicossociais adversos ressaltam a necessidade de estratégias terapêuticas integradas, intervenções culturalmente sensíveis e políticas públicas que promovam o bem-estar das mulheres ao longo do continuum do câncer de mama. Estudos longitudinais e com maior diversidade cultural são necessários para o avanço do conhecimento e da prática assistencial na área.

Palavras-chave: Câncer de mama. Imagem corporal. Mastectomia. Qualidade de vida. Suporte psicossocial. Revisão sistemática.

ABSTRACT

Background: Body image is a central dimension of the lived experience of women diagnosed with breast cancer, shaped by the physical changes resulting from oncological treatments and by sociocultural factors linked to femininity, sexuality, and identity. Despite its relevance, few reviews have comprehensively examined the instruments used to assess body image, associated psychosocial outcomes, and available interventions. **Objective:** To analyze recent scientific evidence on body image in women with breast cancer, considering different types of oncological treatments, the assessment tools employed, and the main reported psychosocial outcomes. **Methods:** This systematic review followed the PRISMA guidelines and was registered in the PROSPERO database (CRD42023445501). A comprehensive search was conducted in four databases (PubMed, BVS, SciELO, and Embase), including cross-sectional studies published between 2018 and 2022. Methodological quality was assessed using the Joanna Briggs Institute (JBI) critical appraisal tool. **Results:** Seventeen studies from various countries were included. The main reported outcomes included body dissatisfaction, quality of life, social support, and sexuality. Breast reconstruction was associated with greater body image satisfaction, while mastectomy without reconstruction was strongly linked to more perceptions that are negative. Methodological limitations included insufficient control of confounding factors and lack of standardization in the measurement instruments. **Conclusion:** Body image should be integrated as a key component of comprehensive oncological care. The high prevalence of body dissatisfaction and its association with adverse psychosocial outcomes highlight the need for integrated therapeutic strategies, culturally sensitive interventions, and public policies that promote the well-being of women throughout the breast cancer continuum. Longitudinal and culturally diverse studies are urgently needed to advance both research and clinical practice in this field.

Keywords: Breast cancer; Body image; Mastectomy; Quality of life; Psychosocial support; Systematic review.

INTRODUÇÃO

O câncer de mama é o tipo de neoplasia mais comum entre as mulheres em todo mundo, representando um importante problema de saúde pública mundial (BRAY et al., 2022). No Brasil, estima-se a ocorrência de 73.610 novos casos anuais entre 2023 e 2025, correspondendo a uma taxa ajustada de incidência de 41,89 casos por 100.000 mulheres (INCA, 2023). Embora os avanços nos métodos diagnósticos e terapêuticos tenham contribuído para um aumento na taxa de sobrevida – com estimativas de 80% a 84% de sobrevida em cinco anos no Brasil –, muitas mulheres sobreviventes enfrentam desafios físicos, emocionais e psicossociais duradouros ao longo de sua trajetória com a doença (ALLEMANI et al., 2018; RUNOWICZ et al., 2016; VANDENDORPE et al., 2020). Entre esses desafios, as alterações na imagem corporal ocupam lugar de destaque, sendo uma das principais preocupações referidas por mulheres sobreviventes do câncer de mama, afetando mais de 60% das pacientes (FINGERET et al., 2014).

A imagem corporal é compreendida como a figuração do nosso corpo, formada em nossa mente. Ela é um constructo multidimensional que engloba aspectos perceptivos – exatidão no julgamento do tamanho, da forma e do peso corporal; e atitudinais – pensamentos, sentimentos e comportamentos relacionados ao corpo (CASH, 2011). No contexto do câncer de mama, a imagem corporal representa uma dimensão central da experiência vivida, influenciando o autoconceito, a autoestima, o bem-estar psicológico e os relacionamentos interpessoais (AHN; SUH, 2023).

As mudanças corporais decorrentes do tratamento oncológico – como alopecia, alterações de peso, cicatrizes, mastectomia, reconstrução mamária – têm um profundo impacto na percepção de si mesma, especialmente em uma sociedade que associa o seio à feminilidade, sexualidade, maternidade e atratividade (CERNIKOVA et al., 2024). Assim, a perda de uma mama pode ser vivida como uma mutilação da identidade feminina, levando a sentimentos de vergonha, inadequação e insegurança (MOREIRA; CANAVARRO, 2018; ROCCO et al., 2020). Mulheres submetidas à mastectomia relatam maiores níveis de insatisfação corporal quando comparadas àquelas que realizaram cirurgia conservadora (FANG et al., 2019). Além disso, o impacto negativo pode persistir por anos após o tratamento, especialmente quando a reconstrução mamária é tardia ou inexistente (ROCCO et al., 2020).

Apesar do reconhecimento da importância da imagem corporal para a qualidade de vida, ainda são escassos os estudos que abordem de forma abrangente os instrumentos utilizados para mensuração da imagem corporal, os principais desfechos associados e as intervenções voltadas à promoção da autoaceitação e bem-estar psicossocial. A identificação de lacunas no

conhecimento científico é essencial para subsidiar estratégias de cuidados mais sensíveis às vivências subjetivas das mulheres afetadas pelo câncer de mama.

Diante desse cenário, esta revisão sistemática tem como objetivo analisar criticamente a produção científica recente sobre a imagem corporal em mulheres com câncer de mama, considerando os diferentes tipos de tratamento oncológico, os instrumentos de avaliação empregados e os principais desfechos psicossociais reportados. Ao reunir e discutir essas evidências, pretende-se contribuir para o aprimoramento das práticas assistenciais, o desenvolvimento de intervenções integradas e a melhoria da qualidade de vida das mulheres que enfrentam os desafios decorrentes da doença.

MÉTODOS

O presente estudo foi realizado de acordo com o checklist do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) e foi registrado na base de dados PROSPERO (CRD42023445501). Utilizou-se a estratégia PICO para definir a pesquisa:

- População: Mulheres diagnosticadas com câncer de mama
- Intervenção: Tratamentos como cirurgia, quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia
- Comparação: Não aplicável
- Outcome (Resultados): Alterações na imagem corporal

A busca foi conduzida entre maio e junho de 2022 nas bases de dados PubMed, Portal Regional BVS, SciELO e Embase. As estratégias de buscas específicas foram elaboradas e revisadas por especialistas e são detalhadas na Tabela 1.

Tabela 1 – Estratégia de busca utilizada para seleção dos artigos

Base de dados	Estratégia de buscas
PubMed	((((((((((((((((((((((((((Body Image) OR (Body Identity)) OR (Body Images)) OR (Body Representation)) OR (Body Representations)) OR (Body Schema)) OR (Body Schemas)) OR (Identity, Body)) OR (Image, Body)) OR (Images, Body)) OR (Representation, Body)) OR (Representations, Body)) OR (Schema, Body)) OR (Schemas, Body)) OR (Body Image Dissatisfaction)) OR (Body Image Dissatisfactions)) OR (Body Image, Negative)) OR (Body Images, Negative)) OR (Dissatisfaction, Body)) OR (Dissatisfaction, Body Image)) OR (Dissatisfactions, Body Image)) OR (Image Dissatisfaction, Body)) OR (Images Dissatisfaction, Body)) OR (Image, Negative Body)) OR (Images, Negative Body)) OR (Negative Body Image)) OR (Negative Body Images)) AND (Breast Cancer)
Portal Regional BVS	(Body Image) or (Body Identity) or (Body Images) or (Body Representation) or (Body Representations) or (Body Schema) or (Body Schemas) or (Identity, Body) or (Image, Body) or (Images, Body) or (Representation, Body) or (Representations, Body) or (Schema, Body) or (Schemas, Body) or (Body Image Dissatisfaction) or (Body Image Dissatisfactions) or (Body Image, Negative) or (Body Images, Negative) or (Dissatisfaction, Body) or (Dissatisfaction, Body Image) or (Dissatisfactions, Body Image) or (Image Dissatisfaction, Body) or (Image Dissatisfactions, Body) or (Image, Negative Body) or (Images, Negative Body) or (Negative Body Image) or (Negative Body Images) AND (Breast Cancer) or (Breast Neoplasms) or (Breast Carcinoma) or (Breast Carcinomas) or (Breast Malignant Neoplasm) or (Breast Malignant Neoplasms) or (Breast Malignant Tumor) or (Breast Malignant Tumors) or (Breast Neoplasm) or (Breast Tumor) or (Breast Tumors) or (Cancer of Breast) or (Cancer of the Breast) or (Cancer, Breast) or (Cancer, Mammary) or (Cancers, Mammary) or (Carcinoma, Breast) or (Carcinoma, Human Mammary) or (Carcinomas, Breast) or (Carcinomas, Human Mammary) or (Human Mammary Carcinoma) or (Human Mammary Carcinomas) or (Human Mammary Neoplasm) or (Human Mammary Neoplasms) or (Malignant Neoplasm of Breast) or (Malignant Tumor of Breast) or (Mammary Cancer) or (Mammary Cancers) or (Mammary Carcinoma, Human) or (Mammary Carcinomas, Human) or (Mammary Neoplasm, Human) or (Mammary Neoplasms, Human) or (Neoplasm, Breast) or (Neoplasm, Human Mammary) or (Neoplasms, Breast) or (Neoplasms, Human Mammary) or (Tumor, Breast) or (Tumors, Breast)
SciELO	(Body Image) or (Body Identity) or (Body Images) or (Body Representation) or (Body Representations) or (Body Schema) or (Body Schemas) or (Identity, Body) or (Image, Body) or (Images, Body) or (Representation, Body) or (Representations, Body) or (Schema, Body) or (Schemas, Body) or (Body Image Dissatisfaction) or (Body Image Dissatisfactions) or (Body Image, Negative) or (Body Images, Negative) or (Dissatisfaction, Body) or (Dissatisfaction, Body Image) or (Dissatisfactions, Body Image) or (Image Dissatisfaction, Body) or (Image Dissatisfactions, Body) or (Image, Negative Body) or (Images, Negative Body) or (Negative Body Image) or (Negative Body Images) AND (Breast Cancer) or (Breast Neoplasms) or (Breast Carcinoma) or (Breast Carcinomas) or (Breast Malignant Neoplasm) or (Breast Malignant Neoplasms) or (Breast Malignant Tumor) or (Breast Malignant Tumors) or (Breast Neoplasm) or (Breast Tumor) or (Breast Tumors) or (Cancer of Breast) or (Cancer of the Breast) or (Cancer, Breast) or (Cancer, Mammary) or (Cancers, Mammary) or (Carcinoma, Breast) or (Carcinoma, Human Mammary) or (Carcinomas, Breast) or (Carcinomas, Human Mammary) or (Human Mammary Carcinoma) or (Human Mammary Carcinomas) or (Human Mammary Neoplasm) or (Human Mammary Neoplasms) or (Malignant Neoplasm of Breast) or (Malignant Tumor of Breast) or (Mammary Cancer) or (Mammary Cancers) or (Mammary Carcinoma, Human) or (Mammary Carcinomas, Human) or (Mammary Neoplasm, Human) or (Mammary Neoplasms, Human) or (Neoplasm, Breast) or (Neoplasm, Human Mammary) or (Neoplasms, Breast) or (Neoplasms, Human Mammary) or (Tumor, Breast) or (Tumors, Breast)
Embase	('body image'/exp OR 'body image' OR 'body dissatisfaction'/exp) AND 'breast cancer'/exp

Fonte: Elaborado pelos autores (2025).

Foram considerados elegíveis os estudos transversais publicados entre 2018 e 2022, em português, inglês ou espanhol, que investigaram alterações na imagem corporal em mulheres com câncer de mama. O recorte temporal foi definido a partir do ano de início da revisão (2022), contemplando os cinco anos anteriores, com o objetivo de assegurar a inclusão de evidências

atualizadas e relevantes para o tema. Foram excluídos relatos de caso, cartas ao editor, resumos de congressos, estudos qualitativos e aqueles que não disponibilizavam dados suficientes para análise.

Os resultados da busca foram importados para o gerenciador de referências *Rayyan*, onde duplicatas foram removidas. Após esta etapa, foram retidos 1.076 artigos. Em seguida, foi conduzido um piloto para treinamento da equipe na triagem inicial, que consistiu na avaliação de 30 títulos e resumos, com o objetivo de identificar estudos potencialmente elegíveis. Esta etapa foi conduzida por dois revisores independentes (RE e EF). Em casos de discordância, um terceiro revisor (DP) foi consultado para resolver divergências, garantindo maior rigor no processo de seleção.

Na terceira etapa, a leitura completa dos textos foi conduzida. Após a análise e resolução de conflitos, 96 artigos foram inicialmente considerados elegíveis. Contudo, 79 estudos foram excluídos, pois não atendiam ao objetivo desta revisão sistemática, resultando em um total de 17 artigos que avançaram para etapa de extração dos dados. Além disso, foi realizada uma busca reversa, porém nenhum estudo foi adicionado. Dos estudos encontrados, alguns já estavam incluídos na revisão e outros não atendiam aos critérios de inclusão.

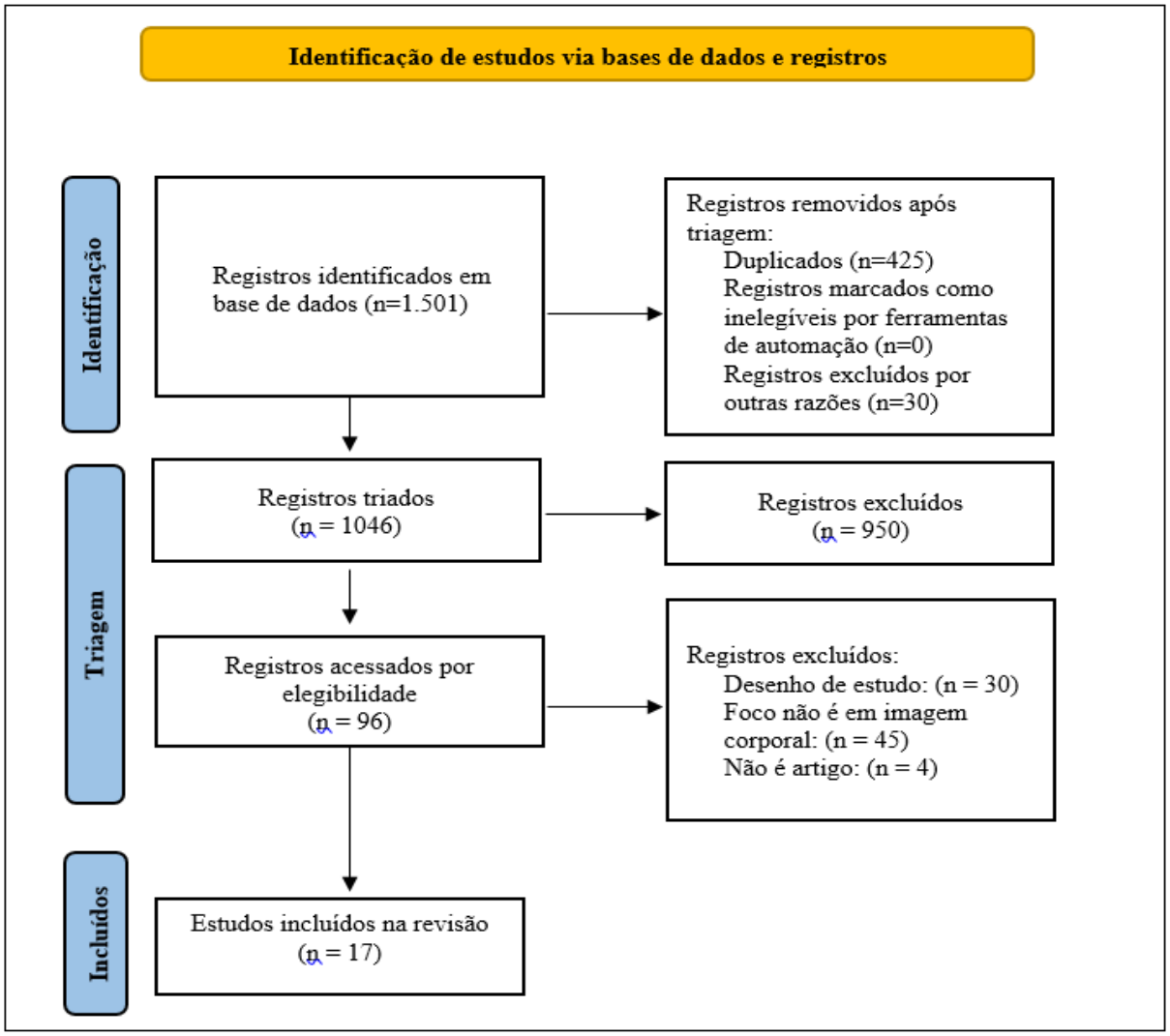
A extração dos dados foi realizada utilizando-se um formulário padronizado no *Google Forms*, desenvolvido em uma lista de verificação pré-preparada para facilitar a coleta de todas as informações relevantes. A lista de verificação capturou informações como sobrenome do primeiro autor, ano de publicação, país do estudo, período de coleta de dados, número de participantes, idade das participantes, aspecto do câncer de mama avaliado (cirurgia, tratamento, hormonioterapia e sobrevida), instrumento utilizado para avaliar a imagem corporal, desfecho da imagem corporal e se o estudo avalia algo além da imagem corporal (por exemplo, qualidade de vida, suporte social, sexualidade).

A qualidade metodológica dos estudos foi avaliada utilizando a ferramenta *Joanna Briggs Institute* (JBI) para estudos transversais. Esta ferramenta avalia potenciais vieses no desenho, conduta e análise do estudo, focando em critérios como representatividade, tamanho da amostra, recrutamento, descrições de participantes e cenários, cobertura de dados e confiabilidade das condições medidas, análise estatística e consideração de fatores de confusão. Os estudos foram pontuados em uma escala de 0–9, com pontuações ≤ 4 classificadas como "baixa qualidade", 5–6 como "qualidade moderada" e ≥ 7 como "qualidade correta". Dois autores (RE e EF) avaliaram todos os estudos de forma independente, resolvendo divergências por meio da revisão por um terceiro autor (DP).

RESULTADOS

Seguindo as estratégias de busca, foram identificados 1.501 estudos, dos quais 425 foram removidos por duplicidade e 30 estudos para o piloto. Após a triagem de títulos e resumos, 1.046 estudos foram selecionados para avaliação completa. Destes, 950 foram excluídos por não atenderem aos critérios de inclusão, resultando em 96 artigos para leitura integral. Após essa análise qualitativa, 79 estudos foram excluídos por não cumprirem os requisitos da revisão, culminando em um total de 17 artigos incluídos revisão. O processo de revisão da seleção de artigos é mostrado na Figura 1.

Figura 1 – Fluxograma de acordo com o *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses* (PRISMA).



Fonte: Elaborado pelos autores (2025).

Os estudos selecionados foram conduzidos em diversos países, incluindo Irã, China, Holanda, Itália, Polônia, Taiwan, Brasil, Suécia, Estados Unidos, Armênia, Austrália, Turquia e Alemanha. A maioria das pesquisas avaliou o impacto da cirurgia (mastectomia ou cirurgia conservadora) na percepção da imagem corporal, seguida do tratamento sistêmico (quimioterapia e hormonioterapia) e pela fase da sobrevida. Os principais desfechos incluíram insatisfação corporal, qualidade de vida e aspectos psicossociais, como suporte social e sexualidade. Mais detalhes sobre as características dos estudos são apresentados na Tabela 2.

Tabela 2. Características metodológicas e descritivas dos estudos incluídos na revisão

Título	Autor e Ano	País	Desenho do estudo	Duração do estudo	N	Idade	Aspecto do câncer de mama avaliado	Instrumento usado para avaliar imagem corporal	Desfecho da imagem corporal	Estudo avalia algo além da IC
Assessing the relationship between body image and quality of life among rural and urban breast cancer survivors in China	An et al.,2022	China	Transversal	NA	354	Média zona rural 49 anos, Média zona urbana: 50 anos	Tratamento	Body Image Self-Rating Questionnaire for Breast Cancer (BISQ-BC)	Satisfação pós-tratamento	Qualidade de vida
Breast cancer patient-reported outcome of factors influencing cosmetic satisfaction after breast-conserving therapy	Brands-Appeldoorn et al., 2022	Holanda	Transversal	NA	149	Média 65 anos	Cirurgia	Questionário baseado na escala BREAST-Q	Satisfação cosmética pós-tratamento conservador de mama	NA
Dyadic Profiles of Couples Coping With Body Image Concerns After Breast Cancer: Preliminary Results of a Cluster Analysis.	Saita et al., 2022	Itália	Transversal	2018-2019	32	60 anos	Cirurgia	Versão italiana da Body Image Scale (BIS)	Preocupação com imagem corporal após 1 semana de cirurgia	Suporte social
Body image and hopelessness among early-stage breast cancer survivors after surgery in China: A cross-sectional study	Wu et al., 2021	China	Transversal	Outubro a dezembro 2019	211	Média de 51 anos	Cirurgia	Questionário BIBCQ	Insatisfação corporal após mastectomia	Desesperança
Patient-centred communication for women with breast cancer: Relation to body image perception	Ghaffari et al., 2020	Irã	Transversal	Janeiro a setembro de 2018	275	Média 49 anos	Cirurgia	Questionário BIBCQ	Insatisfação corporal após mastectomia.	Suporte social
The Relationship Between Sexual Self-concept and Mental Body Image in Women With Breast Cancer	Gooran et al., 2020	Irã	Transversal	Janeiro a setembro de 2018	120	Media 44 anos	Tratamento	MSSCQ e Body Focus de Fisher	Pós-mastectomia	Sexualidade (função e/ou satisfação/insatisfação sexual)
The predictive role of body image and sexual function in quality of life after modified radical mastectomy regarding the mediating role of emotion; a cross sectional study	Pirnia et al., 2020	Irã	Transversal	Março-Dezembro 2016	90	18-65 anos	Cirurgia	Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire (MBSRQ)	Pós-mastectomia	Sexualidade (função e/ou satisfação/insatisfação sexual)

Continua

Continuação

Título	Autor e Ano	País	Desenho do estudo	Duração do estudo	N	Idade	Aspecto do câncer de mama avaliado	Instrumento usado para avaliar imagem corporal	Desfecho da imagem corporal	Estudo avalia algo além da IC
Body image and its relationship with coping strategies: The views of Iranian breast cancer women following surgery	Yamani Ardakani, 2020	Irã	Transversal	2016	180	Média 46 anos	Cirurgia	Escala de Imagem Corporal (BIS)	Insatisfação corporal após câncer de mama	NA
Factors Affecting Sexual Function and Body Image of Early-Stage Breast Cancer Survivors in Poland: A Short-Term Observation	Kowalczyk et al., 2019	Polônia	Transversal	Janeiro de 2015 a junho de 2016	128	Média 52 anos	Hormonioterapia	Questionário de Imagem Corporal Após Câncer de mama (BIBCQ) EORTC-QLQBR23	Insatisfação corporal após cirurgia	Qualidade de vida
Dynamic changes of body image and quality of life in breast cancer patients	Wu et al., 2019	Tawain	Transversal	NA	581	Adultas	Cirurgia	Escala de Imagem Corporal (BIS)	Cirurgia	Qualidade de vida
Body image of women submitted to breast cancer treatment	Guedes et al., 2018	Brasil	Transversal	Julho 2015 a maio de 2016	103	Média 55 anos	Tratamento	Escala de Imagem Corporal (BIS)	Insatisfação corporal	Retorno ao trabalho após cirurgia
Quality of life and body image as a function of time from mastectomy	Huang et al., 2018	Estados Unidos	Transversal	Junho a agosto de 2017	109	Média de 49,5 anos	Cirurgia	Questionário BIBCQ	Satisfação corporal após cirurgia	Qualidade de vida
Evaluation of body image after mastectomy due to breast cancer in women referred to Imam Khomeini clinic in Hamadan	Masouni et al., 2018	Irã	Transversal	1 ano	71	Adultas	Cirurgia	Questionário	Mastectomia	Sexualidade (função e/ou satisfação/insatisfação sexual)
Imagen corporal (IC) y estrategias de afrontamiento (EA): Análisis de las características médico quirúrgicas en mujeres con diagnóstico de cáncer de mama	Núñez et al., 2018	Armênia	Transversal	NA	37	Média 55 anos	Tratamento	Escala de Imagem Corporal (BIS)	Insatisfação corporal após intervenção cirúrgica, tempo de diagnóstico e estágio do câncer.	Suporte social

Continua

Continuação

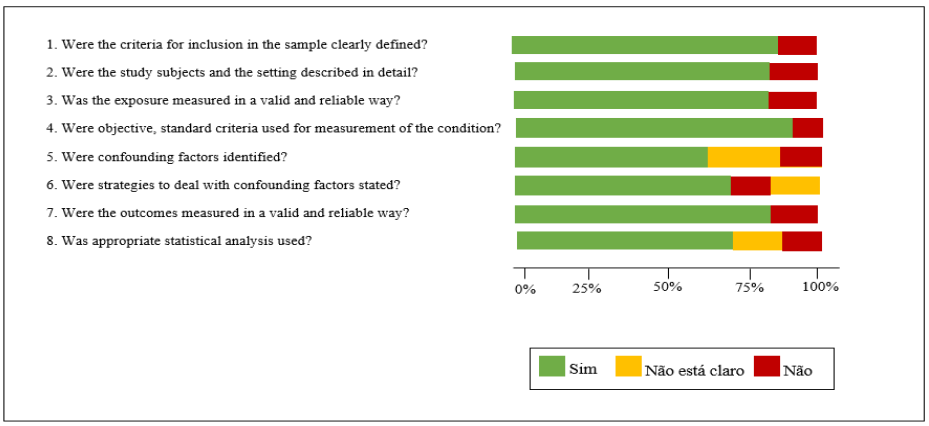
Título	Autor e Ano	País	Desenho do estudo	Duração do estudo	N	Idade	Aspecto do câncer de mama avaliado	Instrumento usado para avaliar imagem corporal	Desfecho da imagem corporal	Estudo avalia algo além da IC
Body mass index (BMI), postoperative appearance satisfaction, and sexual function in breast cancer survivorship	Rojas et al., 2018	Estados Unidos	Transversal	Março de 2013 e setembro de 2014	268	Média de 57 anos	Cirurgia	Perguntas do próprio pesquisador.	Satisfação com peso e a aparência após cirurgia.	Sexualidade (função e/ou satisfação/insatisfação sexual)
Factors associated with romantic relationship formation difficulties in women with breast cancer	Shaw et al., 2018	Austrália	Transversal	Setembro de 2015 e Abril de 2016.	146	Mulheres com parceiro 51,41(n= 54) e sem parceiro 51,90 (n=92)	Tratamento	Body Image Scale (BIS)	Sofrimento/Insatisfação corporal	Suporte social
The effect on quality of life and body image of mastectomy among breast cancer survivors	Turk et al., 2018	Turquia	Transversal	1 ano e 10 meses	57	28-78	Sobrevida	Escala de Cathexia Corporal	Pós-mastectomia	Qualidade de vida

Fonte: Autores (2025).

A avaliação da qualidade metodológica dos estudos incluídos foi realizada com base na ferramenta do *Joanna Briggs Institute* (JBI), considerando nove critérios específicos. A Figura 2 apresenta a proporção de estudos que atenderam a cada um dos itens avaliados. Observa-se que os critérios mais frequentemente atendidos (marcados em verde) foram: definição clara dos critérios de inclusão na amostra (Q1), descrição detalhada dos participantes e do cenário do estudo (Q2), medição válida e confiável da exposição (Q3) e uso de critérios objetivos e padronizados para mensuração da condição de interesse (Q4), todos com proporções superiores a 80%. Esses resultados sugerem que, em geral, os estudos incluídos apresentaram delineamentos bem estruturados no que diz respeito à amostragem e à mensuração dos desfechos principais.

Por outro lado, os critérios menos frequentemente atendidos incluíram a identificação de fatores de confusão (Q5), a apresentação de estratégias para lidar com esses fatores (Q6) e o uso apropriado de análise estatística (Q8), com proporções de respostas afirmativas entre 60–75%. Houve ainda uma parcela considerável de respostas classificadas como "Não está claro" (amarelo), especialmente nas questões 5, 6 e 8, indicando que muitos estudos não forneceram informações suficientes para que esses aspectos fossem plenamente avaliados, o que representa uma limitação metodológica recorrente (Figura 2).

Figura 2. Qualidade metodológica e risco de viés dos estudos elegíveis



Fonte: Elaborado pelos autores (2025)

A Figura 3 apresenta uma síntese visual do desempenho de cada estudo nos critérios avaliados. A tonalidade do círculo ao final da linha representa a qualidade geral do estudo: verde escuro para alta qualidade (pontuação ≥7), verde claro para qualidade moderada (pontuação 5–6) e amarelo para baixa qualidade (pontuação ≤4). A maioria dos estudos (12 de 17) foi classificada como de qualidade moderada ou alta, sendo que apenas cinco estudos

apresentaram limitações mais relevantes que os colocaram na categoria de qualidade inferior. Apesar dessas limitações, todos os estudos foram mantidos na análise, dado seu valor descritivo e contributivo para a compreensão do tema investigado.

Figura 3. Avaliação da qualidade metodológica e do risco de viés dos estudos incluídos

Estudo	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Total
An et al., 2022	S	S	S	S	S	S	S	S	
Ardakani et al., 2020	S	S	S	S	N	N	S	S	
Brands-Appeldoorn et al., 2022	S	S	S	S	N	N	S	S	
Ghaffari et al., 2020	S	S	S	S	S	N	S	S	
Gooran et al., 2020	S	S	S	S	N	N	S	S	
Guedes et al., 2018	S	S	S	S	N	N	S	S	
Huang et al., 2018	S	S	S	S	N	N	S	S	
Kowalczyk et al., 2019	S	S	S	S	NC	NC	S	S	
Masoumi et al., 2018	S	S	S	S	N	N	S	S	
Nuñez et al., 2018	S	S	S	S	N	N	S	S	
Pirnia et al., 2020	S	S	S	S	NC	NC	S	S	
Rojas et al., 2018	S	S	S	S	S	NC	S	S	
Saita et al., 2022	S	S	S	S	N	N	S	S	
Shaw et al., 2018	S	S	S	S	S	N	S	S	
Turk et al., 2018	S	S	S	S	S	S	S	S	
Wu et al., 2019	S	S	S	S	S	S	S	S	
Wu et al., 2021	S	S	S	S	N	N	S	S	

Fonte: Elaborado pelos autores (2025).

De forma geral, os resultados da avaliação indicam que os estudos apresentam boa qualidade metodológica em relação à definição da amostra e mensuração de variáveis, mas apontam fragilidades importantes quanto ao controle de fatores de confusão e detalhamento da análise estatística. Tais aspectos devem ser considerados na interpretação dos achados e na formulação de recomendações futuras.

Os resultados dessa revisão indicam que a insatisfação corporal é um problema comum entre as mulheres com câncer de mama, independentemente do tratamento recebido. A reconstrução mamária foi associada a uma melhora na satisfação corporal em algumas populações, enquanto a mastectomia sem reconstrução esteve fortemente relacionada com maior impacto negativo. Além disso, a percepção da imagem corporal demonstrou estar

relacionada a fatores como suporte social, sexualidade e qualidade de vida, sugerindo a necessidade de abordagens multidisciplinares para minimizar seus efeitos adversos.

DISCUSSÃO

A análise dos estudos incluídos nesta revisão sistemática evidenciou que a insatisfação corporal constitui um desfecho prevalente entre mulheres com câncer de mama, sendo particularmente acentuada naquelas submetidas à mastectomia. A reconstrução mamária foi associada a uma melhora na percepção corporal em alguns contextos, embora seus efeitos estejam sujeitos a variabilidade individual e sociocultural. Os instrumentos mais utilizados *Body Image Scale – BIS* (COSTA et al. 2014; MOEEN, MUAZZAM, ZUBAIR, 2013) e o *Body Image after Breast Cancer – BIBCQ* (BAXTER et al., 2006; GONÇALVES et al. 2014), embora a diversidade metodológica tenha limitado a comparabilidade entre os estudos. Além da imagem corporal, os trabalhos frequentemente investigaram desfechos psicossociais correlatos, como qualidade de vida, suporte social e sexualidade, destacando a complexidade e a natureza multidimensional do fenômeno.

Os achados desta revisão sistemática corroboram evidências anteriores de que a imagem corporal é um aspecto essencial na reabilitação de mulheres com câncer de mama, a com implicações diretas para o bem-estar e a qualidade de vida (AFSHAR-BAKSHLOO et al., 2023). A insatisfação corporal é uma questão recorrente, independentemente do tipo de tratamento recebido, o que sugere que as alterações físicas decorrentes da doença e suas terapias impactam profundamente a percepção das mulheres sobre si mesmas. Estudos como os de Wu et al. (2021) e Fang et al. (2013) indicam que a mastectomia, mesmo quando seguida de reconstrução mamária, ainda pode estar associada a sentimentos persistentes de insatisfação corporal.

A associação entre mastectomia e maiores níveis de insatisfação corporal também foi evidenciada por Rocco et al. (2020), que, em revisão sistemática, identificaram que a ausência de reconstrução ou sua realização tardia pode acentuar sentimentos de mutilação, perda da feminilidade e comprometimento da identidade corporal. Esses resultados são coerentes com os estudos incluídos nesta revisão, nos quais mulheres submetidas à mastectomia relataram níveis mais elevados de insatisfação corporal quando comparadas àquelas que realizaram cirurgia conservadora ou reconstrução imediata.

Outro ponto de convergência refere-se à relação entre imagem corporal e desfechos psicossociais. Trabalhos recentes destacam que a insatisfação corporal está fortemente associada à pior qualidade de vida, disfunções sexuais, sintomas depressivos e menor percepção

de suporte social (MOREIRA; CANAVARRO, 2018; PEREIRA; FIGUEIREDO; FINCHAM, 2020). Essas evidências sustentam a necessidade de uma abordagem integral no cuidado oncológico, que contemple não apenas os aspectos clínicos do tratamento, mas também os fatores subjetivos e relacionais que influenciam o processo de reabilitação e enfrentamento da doença.

A literatura recente evidencia que as alterações na imagem corporal vivenciadas por mulheres com câncer de mama não ocorrem de forma isolada, mas estão intimamente relacionadas a diversos fatores psicossociais, como suporte social, sexualidade, autoestima, saúde mental e qualidade de vida (CAMPOS et al., 2020). Os estudos incluídos nesta revisão reforçam essa interdependência, demonstrando que a insatisfação corporal tende a coexistir com sintomas depressivos, comprometimento da vida sexual e sentimentos de desesperança.

O suporte social desponta como um dos principais fatores moderadores no enfrentamento das alterações na imagem corporal. Silva et al. (2021), em revisão sistemática, apontam que mulheres com maior percepção de apoio emocional e instrumental apresentam menor sofrimento psíquico associado à imagem corporal negativa, além de maior capacidade de adaptação às mudanças corporais decorrentes do tratamento. Essa associação foi confirmada em diversos estudos incluídos nesta revisão, nos quais a presença de redes de apoio – familiares, conjugais ou institucionais – esteve relacionada a melhores indicadores de aceitação corporal e bem-estar psicológico.

A sexualidade é outro domínio significativamente impactado pelas alterações na imagem corporal. Mulheres submetidas à mastectomia frequentemente relatam redução do desejo sexual, dificuldades na intimidade com o parceiro e sentimentos de vergonha ou inadequação, fenômenos que se intensificam diante da percepção negativa do próprio corpo (MOMENI et al., 2023). Além disso, alterações hormonais provocadas por quimioterapia e hormonioterapia agravam os efeitos sobre a função sexual, gerando um ciclo interdependente entre insatisfação corporal, disfunção sexual e sofrimento emocional (STEVENS et al., 2020).

Aspectos como autoestima, enfrentamento e resiliência também se destacam na literatura atual. Estudos como o de Pereira et al. (2020) indicam que mulheres com maior capacidade de enfrentamento ativo e níveis elevados de resiliência emocional demonstram menor impacto psicológico frente às alterações corporais. Tais evidências sugerem que a percepção da imagem corporal é fortemente mediada por recursos psicológicos internos e pelo contexto sociocultural em que a paciente está inserida.

A análise dos estudos incluídos nesta revisão sistemática permitiu identificar importantes lacunas na produção científica recente sobre imagem corporal em mulheres com

câncer de mama. Em primeiro lugar, observou-se uma considerável heterogeneidade nos instrumentos utilizados para mensuração da imagem corporal. Embora os instrumentos como o *Body Image Scale – BIS* (COSTA et al. 2014; MOEEN, MUAZZAM, ZUBAIR, 2013) e o *Body Image after Breast Cancer – BIBCQ* (BAXTER et al., 2006; GONÇALVES et al. 2014), sejam amplamente adotados, muitos estudos recorrem a instrumentos não validados ou a questionários desenvolvidos pelos próprios autores, o que dificulta a comparabilidade entre os achados e compromete a validade externa das conclusões (MONTEIRO et al., 2021). Além disso, poucos estudos consideraram adaptações transculturais ou validações psicométricas para contextos locais, aspecto fundamental para garantir a adequação conceitual e linguística das medidas.

Também se destaca a escassez de estudos que avaliem intervenções voltadas à promoção da imagem corporal positiva ou à reabilitação psicossocial de mulheres com câncer de mama. Revisões recentes indicam que intervenções baseadas em terapias cognitivas, exercícios físicos supervisionados e grupos de apoio psicossocial têm mostrado resultados promissores na redução da insatisfação corporal (KANEJIMA et al., 2019; WU et al., 2022). No entanto, a maioria dos estudos sobre esse tema ainda se encontra em fases preliminares ou com amostras reduzidas, o que limita a generalização dos resultados.

Por fim, há uma concentração geográfica da produção científica em determinados países da Ásia e da Europa, com relativa escassez de estudos desenvolvidos na América Latina, África e em populações culturalmente diversas. Essa limitação representa um entrave para a compreensão das influências socioculturais na construção da imagem corporal, especialmente em contextos marcados por desigualdades sociais e acesso restrito aos serviços de saúde. Tais lacunas apontam para a necessidade de estudos mais robustos, metodologicamente rigorosos e culturalmente sensíveis, que possam aprofundar a compreensão da imagem corporal no câncer de mama e orientar intervenções efetivas e equitativas.

Os achados desta revisão sistemática evidenciam a necessidade de incorporar a imagem corporal como um componente prioritário no cuidado integral às mulheres com câncer de mama. A elevada frequência de insatisfação corporal, associada a desfechos psicossociais adversos como disfunção sexual, sofrimento emocional e redução da qualidade de vida, impõe a urgência de estratégias assistenciais mais sensíveis às repercussões subjetivas da doença e do tratamento.

Na prática clínica, é fundamental que equipes multiprofissionais – incluindo oncologistas, cirurgiões, psicólogos, fisioterapeutas, enfermeiros e terapeutas ocupacionais – reconheçam a imagem corporal como uma dimensão central da experiência oncológica feminina. A avaliação sistemática da percepção corporal ao longo das diferentes fases do

tratamento pode subsidiar intervenções mais precoces e personalizadas, prevenindo o agravamento de quadros de sofrimento psíquico e promovendo o empoderamento da paciente no processo de reabilitação (PEREIRA et al., 2020; STEVENS et al., 2020).

A inclusão de protocolos de triagem psicossocial que considerem a imagem corporal, a autoestima, a função sexual e o suporte social pode contribuir para a detecção precoce de alterações significativas e orientar encaminhamentos adequados. Além disso, programas de suporte psicológico, grupos de apoio e intervenções baseadas em terapias cognitivo-comportamentais e práticas corporais (como ioga e atividade física adaptada) têm demonstrado resultados positivos na melhoria da satisfação corporal e no bem-estar emocional (KANEJIMA et al., 2019; WU et al., 2022).

Do ponto de vista da saúde pública, os resultados reforçam a importância de políticas voltadas à atenção integral à mulher com câncer, com ênfase na reabilitação física, psicológica e social. A inserção de ações de cuidado à imagem corporal nos protocolos de atenção oncológica pode contribuir para a redução de desigualdades no acesso a serviços especializados, especialmente em regiões com poucos recursos ou onde predomina a atenção biomédica centrada na cura. Além disso, campanhas educativas que promovam a diversidade corporal e desmistifiquem padrões estéticos podem desempenhar papel relevante na prevenção do estigma e no fortalecimento da autoestima das pacientes (GROGAN, 2022; HARDING et al., 2020). É igualmente necessário ampliar o investimento em pesquisas aplicadas que desenvolvam e validem intervenções psicossociais baseadas em evidências, adaptadas aos diferentes contextos culturais e aos sistemas de saúde locais. Tais estratégias são fundamentais para garantir uma assistência mais humanizada, equitativa e centrada nas necessidades das mulheres ao longo de todo o continuum do cuidado oncológico.

No entanto, esta revisão sistemática apresenta contribuições relevantes para o campo da saúde da mulher ao sintetizar evidências recentes sobre a imagem corporal em mulheres com câncer de mama, com foco nos diferentes tipos de tratamento oncológico, instrumentos utilizados e desfechos psicossociais associados. Entre os principais pontos fortes do estudo, destaca-se o rigor metodológico adotado, com adesão às diretrizes do PRISMA e registro prévio no PROSPERO, o que assegura transparência, reprodutibilidade e controle de viés de seleção.

Outro diferencial relevante foi a abrangência da estratégia de busca, que incluiu quatro bases de dados científicas de alto impacto e não se restringiu a um único idioma, abrangendo publicações em português, inglês e espanhol. O processo de triagem e extração dos dados foi realizado de forma independente por dois revisores e validado por um terceiro, o que fortalece a confiabilidade dos resultados. Além disso, a avaliação da qualidade metodológica dos estudos

incluídos, realizada por meio da ferramenta do *Joanna Briggs Institute* (JBI), permitiu classificar o nível de evidência e discutir os achados com base em critérios de validade interna.

Do ponto de vista teórico, a presente revisão adota uma perspectiva crítica e multidimensional da imagem corporal, incorporando análises não apenas de insatisfação estética, mas também de aspectos psicossociais como sexualidade, suporte social e qualidade de vida. Esse enfoque amplia a compreensão do impacto do câncer de mama para além dos marcadores biomédicos tradicionais, contribuindo para o avanço do conhecimento em contextos clínicos e de saúde coletiva.

No entanto, o estudo também apresenta limitações importantes, que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. A inclusão exclusiva de estudos transversais limita a possibilidade de inferência causal entre os tratamentos oncológicos e a percepção da imagem corporal. Além disso, embora a busca tenha sido abrangente, é possível que estudos relevantes publicados fora das bases selecionadas ou não indexados tenham sido excluídos.

CONCLUSÃO

Esta revisão sistemática reuniu e analisou criticamente evidências recentes sobre a imagem corporal em mulheres com câncer de mama, destacando sua alta prevalência e suas múltiplas associações com aspectos psicossociais relevantes, como sexualidade, suporte social e qualidade de vida. Os resultados confirmam que a percepção negativa da imagem corporal é um desfecho comum e persistente, especialmente entre mulheres submetidas à mastectomia sem reconstrução, e que sua repercussão vai além da aparência física, afetando o bem-estar emocional, os relacionamentos interpessoais e o processo de reabilitação oncológica. A predominância de estudos com delineamento transversal, a heterogeneidade dos instrumentos de avaliação e a escassa abordagem das dimensões perceptivas da imagem corporal evidenciam lacunas importantes na literatura atual. Além disso, a sub-representação de populações de contextos socioculturais diversos limita a generalização dos achados, destacando a necessidade de investigações mais inclusivas, culturalmente sensíveis e longitudinalmente estruturadas.

Do ponto de vista assistencial, os achados reforçam a importância da abordagem multiprofissional, da triagem precoce de alterações na imagem corporal e da implementação de estratégias terapêuticas integradas que incluam suporte psicológico, intervenções corporais e programas de reabilitação adaptados às necessidades subjetivas das pacientes. Na esfera da saúde pública, destaca-se a urgência de políticas que reconheçam a imagem corporal como um determinante da qualidade de vida no câncer de mama e que promovam ações de cuidado integral centradas na mulher.

Dessa forma, esta revisão contribui para o avanço do conhecimento na área ao sintetizar evidências atualizadas, apontar lacunas prioritárias e oferecer subsídios teóricos e práticos para o desenvolvimento de intervenções e políticas mais eficazes e humanizadas no cuidado oncológico feminino.

REFERÊNCIAS

AFSHAR-BAKSHLOO, M. et al. **How breast cancer therapies impact body image - real-world data from a prospective cohort study collecting patient-reported outcomes**. BMC Cancer, v. 23, n. 1, p. 705, 2023. https://doi.org/10.1186/s12885-023-11172-y.

AHN, J.; SUH, E. E. **Body image alteration in women with breast cancer: A concept analysis using an evolutionary method**. Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing, v. 10, n. 5, p. 100214, 2023. https://doi.org/10.1016/j.apjon.2023.100214.

AN, J. et al. **Assessing the relationship between body image and quality of life among rural and urban breast cancer survivors in China**. BMC Women's Health, v. 22, n. 1, p. 61, 2022. doi:10.1186/s12905-022-01635-y.

ALLEMANNI, C. et al. **Global surveillance of trends in cancer survival 2000–14 (CONCORD-3): analysis of individual records for 37,513,025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries**. Lancet, v. 391, n. 10125, p. 1023–1075, 2018. https://doi.org/10.1001/jama.2023.25881.

BRANDS-APPELDOORN, A. T. P. M. et al. **Breast cancer patient-reported outcome of factors influencing cosmetic satisfaction after breast-conserving therapy**. Breast Cancer, v. 29, n. 1, p. 114-120, 2022. doi:10.1007/s12282-021-01287-0.

BRAY, F. et al. **Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries**. CA: A Cancer Journal for Clinicians, v. 74, n. 3, p. 229-263, 2024. https://doi.org/10.3322/caac.21834.

CAMPOS, A. A. L. et al. **Quality of life of women who underwent breast cancer treatment relative to sociodemographic, behavioral, and clinical factors**. Einstein (São Paulo), v. 22, eAO0585, 2024. https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2024AO0585.

CARVER, C. S. et al. **Quality of life among long-term survivors of breast cancer: Different types of antecedents predict different classes of outcomes**. Psycho-Oncology, v. 14, n. 5, p. 399–409, 2005.

CASH, T. F. **Cognitive behavioral perspective on body image**. In: CASH, T. F.; SMOLAK, L. (ed.). Body image: a handbook of science, practice, and prevention. 2. ed. New York: The Guilford Press, 2011. p. 20–28.

CERNIKOVA, K. A. et al. **We will be different forever: a qualitative study of changes of body image in women with breast cancer**. BMC Public Health, v. 24, p. 2517, 2024. https://doi.org/10.1186/s12889-024-20017-7.

COSTA, T. N. da et al. **Validity of body image scales for Brazilian older adults**. Motriz: Revista de Educação Física, Rio Claro, v. 20, n. 4, p. 387–393, out./dez. 2014. https://doi.org/10.1590/S1980-65742014000400002.

FANG, S. Y.; SHU, B. C.; CHANG, Y. J. **The effect of breast reconstruction surgery on body image among women after mastectomy: A meta-analysis**. Breast Cancer Research and Treatment, v. 179, n. 1, p. 17–29, 2019. https://doi.org/10.1007/s10549-019-05448-1.

FINGERET, M. C.; TEO, I.; EPNER, D. E. **Managing body image difficulties of adult cancer patients: Lessons from available research**. Cancer, v. 120, n. 5, p. 633–641, 2014.
FOBAIR, P. et al. Body image and sexual problems in young women with breast cancer. Psycho-Oncology, v. 15, n. 7, p. 579–594, 2006.

GHAFFARI, F. et al. **Patient-centred communication for women with breast cancer: Relation to body image perception**. Journal of Clinical Nursing, v. 29, n. 23-24, p. 4674-4684, 2020. doi:10.1111/jocn.15508.

GOORAN, S. et al. **The Relationship between Sexual Self-concept and Mental Body Image in Women with Breast Cancer**. International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences, v. 8, p. 383-388, 2020. doi:10.15296/ijwhr.2020.61.

GUEDES, T. S. R. et al. **Body Image of Women Submitted to Breast Cancer Treatment**. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, v. 19, n. 6, p. 1487-1493, 2018. doi:10.22034/APJCP.2018.19.6.1487.

HARDING, Y. et al. **A scoping review of the psychosocial impact of body image changes in women with breast cancer**. European Journal of Cancer Care, v. 29, n. 3, e13287, 2020. https://doi.org/10.1111/ecc.13287.

HELMS, R. L.; O'HEA, E. L.; CORSO, M. **Body image issues in women with breast cancer**. Psychology, Health & Medicine, v. 13, n. 3, p. 313–325, 2008.

HUANG, J.; CHAGPAR, A. B. **Quality of Life and Body Image as a Function of Time from Mastectomy**. Annals of Surgical Oncology, v. 25, n. 10, p. 3044-3051, 2018. doi:10.1245/s10434-018-6606-3.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023b. Disponível em: https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2023-incidencia-de-cancer-no-brasil.

KANEJIMA, Y.; KITAMURA, M.; IZUMI, H. **The effectiveness of physical activity interventions on body image in breast cancer survivors: A systematic review and meta-analysis**. Supportive Care in Cancer, v. 27, n. 6, p. 2125–2136, 2019. https://doi.org/10.1007/s00520-018-4480-8.

KOCARNIK, J. M. et al. **Global burden of cancer 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019**. JAMA Oncology, v. 8, n. 3, p. 395–418, 2022. https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2021.6987.

KOWALCZYK, R. et al. **Factors Affecting Sexual Function and Body Image of Early-Stage Breast Cancer Survivors in Poland: A Short-Term Observation**. Clinical Breast Cancer, v. 19, n. 1, p. e30-e39, 2019. doi:10.1016/j.clbc.2018.09.006.

MASOUMI, S. Z. et al. **Evaluation of body image after mastectomy due to breast cancer in women referred to Imam Khomeini clinic in Hamadan**. National Journal of Physiology, Pharmacy and Pharmacology, v. 8, n. 7, p. 953-956, 2018. doi:10.5455/njppp.2018.8.0103801032018.

MOEEN, T.; MUAZZAM, A.; ZUBAIR, B. **Development and validation of body image scale (BIS) for young adult females**. Pakistan Journal of Social and Clinical Psychology, v. 11, n. 1, p. 52, 2013.

MOMENI, E. S. et al. **Sexual quality of life of breast cancer survivors: A cross-sectional study**. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, v. 24, n. 5, p. 1621–1627, 2023. https://doi.org/10.31557/APJCP.2023.24.5.1621.

MONTEIRO, I. S.; BRITO, M. R. F.; SANTOS, M. A. **Instruments for assessing body image in breast cancer survivors: A systematic review**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 55, e03748, 2021. https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020024703748.

MOYER, A. **Psychosocial outcomes of breast-conserving surgery versus mastectomy: A meta-analytic review**. Health Psychology, v. 16, n. 3, p. 284–298, 1997.

MOREIRA, H.; CANAVARRO, M. C. **Does the type of treatment for breast cancer affect post-traumatic growth? The role of body image and psychological well-being**. Psycho-Oncology, v. 27, n. 1, p. 187–193, 2018. https://doi.org/10.1002/pon.4381.

NUNEZ, C. et al. **Imagen corporal (IC) y estrategias de afrontamiento (EA): Análisis de las características médico quirúrgicas en mujeres con diagnóstico de cáncer de mama**. Terapia Psicológica, Santiago, v. 36, n. 2, p. 59-69, 2018. doi:10.4067/S0718-48082018000200059.

PEREIRA, M. G.; FIGUEIREDO, A. P.; FINCHAM, F. D. **Resilience and its role in the psychological adjustment of breast cancer patients: A systematic review**. Psycho-Oncology, v. 29, n. 11, p. 2020–2030, 2020. https://doi.org/10.1002/pon.5525.

PIRNIA, B. et al. **The predictive role of body image and sexual function in quality of life after modified radical mastectomy regarding the mediating role of emotion: a cross sectional study**. International Journal of Cancer Management, 2020.

PRZEZDZIECKI, A. et al. **My changed body: Breast cancer, body image, distress and self-compassion**. Psycho-Oncology, v. 22, n. 8, p. 1872–1879, 2013.

ROCCO, N. et al. **Quality of life following breast reconstruction after mastectomy: A systematic review**. The Breast, v. 50, p. 1–17, 2020. https://doi.org/10.1016/j.breast.2019.12.008.

ROJAS, K. E. et al. **Body mass index (BMI), postoperative appearance satisfaction, and sexual function in breast cancer survivorship**. Journal of Cancer Survivorship, v. 12, n. 1, p. 127-133, 2018. doi:10.1007/s11764-017-0651-y.

RUNOWICZ, C. D. et al. **American Cancer Society/American Society of Clinical Oncology: Breast cancer survivorship care guideline**. CA: A Cancer Journal for Clinicians, v. 66, n. 1, p. 43–73, 2016. https://doi.org/10.3322/caac.21319.

SAITA, E. et al. **Dyadic Profiles of Couples Coping With Body Image Concerns After Breast Cancer: Preliminary Results of a Cluster Analysis**. Frontiers in Psychology, v. 13, 869905, 2022. doi:10.3389/fpsyg.2022.869905.

SHAW, L. K. et al. **Factors associated with romantic relationship formation difficulties in women with breast cancer**. Psycho-Oncology, v. 27, n. 4, p. 1270-1276, 2018. doi:10.1002/pon.4666.

SILVA, G. A.; FERREIRA, M. A.; APOSTÓLICO, M. R. **Social support and body image in women with breast cancer: A systematic review**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 29, e3483, 2021. https://doi.org/10.1590/1518-8345.4690.3483.

STEVENS, M. J. et al. **Sexual function and body image in women treated for breast cancer: A population-based study**. Journal of Cancer Survivorship, v. 14, n. 3, p. 379–387, 2020. https://doi.org/10.1007/s11764-020-00852-4.

TÜRK, K. E.; YILMAZ, M. **The Effect on Quality of Life and Body Image of Mastectomy Among Breast Cancer Survivors**. European Journal of Breast Health, v. 14, n. 4, p. 205-210, 2018. doi:10.5152/ejbh.2018.3875.

VANDENDORPE, B. et al. **Psychological and physical impact in women treated for breast cancer: Need for multidisciplinary surveillance and care provision**. Cancer Radiothérapie, v. 25, n. 4, p. 330–339, 2021. https://doi.org/10.1016/j.canrad.2020.12.005.

WU, C. et al. **The effectiveness of psychological interventions on body image in patients with breast cancer: A systematic review and meta-analysis**. Psycho-Oncology, v. 31, n. 8, p. 1252–1263, 2022. https://doi.org/10.1002/pon.5922.

WU, Q. et al. **Body image and hopelessness among early-stage breast cancer survivors after surgery in China: A cross-sectional study**. Nursing Open, v. 8, n. 6, p. 3384-3393, 2021. doi:10.1002/nop2.884.

WU, T. Y. et al. **Dynamic Changes of Body Image And Quality Of Life In Breast Cancer Patients**. Cancer Management and Research, v. 11, p. 10563-10571, 2019. doi:10.2147/CMAR.S223314.

YAMANI A., B.; TIRGARI, B.; ROUDI RASHTABADI, O. **Body image and its relationship with coping strategies: The views of Iranian breast cancer women following surgery**. European Journal of Cancer Care, v. 29, n. 1, e13191, 2020. doi:10.1111/ecc.13191.

6.2 ARTIGO 2

IMAGEM CORPORAL ENTRE MULHERES BRASILEIRAS SOBREVIVENTES DE CÂNCER DE MAMA: PREVALÊNCIA E FATORES SOCIOECONÔMICOS, CLÍNICOS E COMPORTAMENTAIS

RESUMO

Introdução: Os avanços no tratamento personalizado têm contribuído para o aumento das taxas de sobrevivência ao câncer de mama. No entanto, esses tratamentos frequentemente resultam em alterações físicas e psicológicas que podem impactar negativamente a imagem corporal e a qualidade de vida. Sobreviventes mais jovens podem ser particularmente vulneráveis a esses efeitos. Essa questão é especialmente relevante no Brasil, onde fatores culturais intensificam a preocupação com a aparência entre as mulheres. **Objetivo:** Avaliar a imagem corporal e sua associação com fatores socioeconômicos, clínicos e comportamentais entre mulheres sobreviventes de câncer de mama no Brasil. **Métodos:** Estudo transversal realizado em dois centros de atendimento oncológico na região Sudeste do Brasil, envolvendo 101 mulheres diagnosticadas com câncer de mama entre 2014 e 2016. As participantes responderam à versão validada em português do *Body Image after Breast Cancer Questionnaire* e forneceram informações sociodemográficas, clínicas e comportamentais. A percepção da imagem corporal foi categorizada como satisfeita (≤87 pontos) ou insatisfeita (>88 pontos). Foram realizadas análises bivariadas e multivariadas para identificar os fatores associados à insatisfação corporal. **Resultados:** Entre as participantes, 47,5% relataram insatisfação corporal. Idade mais jovem (<49 anos, OR = 3,35; IC 95%: 1,13–9,92; p = 0,028), prática de atividade física (OR = 3,59; IC 95%: 1,16–11,1; p = 0,026), consumo de menos de quatro doses alcoólicas por ocasião (OR = 4,12; IC 95%: 1,11–15,3; p = 0,034) e menor percepção de apoio social (OR = 4,00; IC 95%: 1,49–10,7; p = 0,006) foram significativamente associados à insatisfação corporal. **Conclusão:** A insatisfação corporal afeta cerca de metade das participantes, especialmente mulheres mais jovens e aquelas com estilos de vida saudáveis, refletindo uma valorização cultural profunda da aparência física entre as brasileiras. É fundamental investir em estratégias que promovam maior apoio social para mulheres que enfrentam dificuldades com a aceitação corporal, com ênfase em intervenções precoces e contínuas para melhorar a qualidade de vida e fortalecer a resiliência ao longo da sobrevivência.

Palavras-chave: Neoplasias mamárias. Insatisfação corporal. Mulheres jovens. Fatores comportamentais. Estudo de prevalência.

ABSTRACT

Introduction: Advances in personalized treatment have improved breast cancer survival rates. However, these treatments often lead to physical and psychological changes that can negatively affect body image and quality of life. Younger survivors might be particularly vulnerable to these effects. This issue is especially relevant in Brazil, where cultural factors contribute to a heightened concern about body image among women. **Objective:** To assess body image and its association with socioeconomic, clinical, and behavioral factors among female breast cancer survivors in Brazil. **Methods:** A cross-sectional study was conducted at two oncological care centers in the southeast region of Brazil involving 101 women diagnosed with breast cancer between 2014 and 2016. Participants completed the validated Portuguese version of the Body Image after Breast Cancer Questionnaire and provided sociodemographic, clinical, and behavioral data. Body image perception was categorized as satisfied (≤87 points) or dissatisfied (>88 points). Bivariate and multivariate analyses were performed to identify factors associated with body image dissatisfaction. **Results:** Among the participants, 47.5% reported body image dissatisfaction. Younger age (<49 years, OR = 3.35, 95% CI: 1.13–9.92, p = 0.028), being physically active (OR = 3.59, 95% CI: 1.16–11.1, p = 0.026), consuming fewer than four drinks per occasion (OR = 4.12, 95% CI: 1.11–15.3, p = 0.034), and lower perceived social support (OR = 4.00, 95% CI: 1.49–10.7, p = 0.006) were significantly associated with body image dissatisfaction. **Conclusion:** Body image dissatisfaction affects nearly half of the participants, particularly younger women and those with healthy lifestyles, reflecting a deep-rooted cultural emphasis on physical appearance among Brazilian women. Efforts should focus on providing enhanced social support for those struggling with body acceptance, emphasizing early and continuous assistance to improve quality of life and build resilience throughout survivorship.

Keywords: Breast neoplasms. Body image dissatisfaction. Young women. Behavioral factors; Prevalence study.

INTRODUÇÃO

O câncer de mama é o tipo de câncer mais comum entre mulheres em 157 dos 185 países (85%), representando cerca de 12% de todos os casos de câncer no mundo e aproximadamente 2,3 milhões de novos diagnósticos por ano (BRAY et al., 2024; FERLAY et al., 2020; WHO, 2023). No Brasil, estima-se a ocorrência de 73.610 novos casos de câncer de mama por ano entre 2023 e 2025, o que corresponde a uma taxa de incidência ajustada de 41,89 casos por 100 mil mulheres (INCA, 2023). Nas últimas duas décadas, as taxas de mortalidade por câncer de mama diminuíram significativamente, atingindo 15 óbitos por 100 mil mulheres (BRAY et al., 2024). Como consequência, as taxas de sobrevivência ao câncer de mama aumentaram. No Brasil, espera-se que entre 80% e 84% das mulheres diagnosticadas com câncer de mama sobrevivam por pelo menos cinco anos após o diagnóstico, e que 75% sobrevivam por pelo menos dez anos (ALLEMANI et al., 2018).

O desenvolvimento de planos de tratamento personalizados e terapias avançadas têm contribuído para o aumento das taxas de sobrevivência, por meio da combinação de cirurgia, quimioterapia, radioterapia e terapia hormonal, permitindo que muitas mulheres com câncer de mama tenham uma vida mais longa (JALLAH et al., 2023). No entanto, os tratamentos contra o câncer de mama estão frequentemente associados a efeitos colaterais e consequências clínicas e comportamentais de longo prazo que podem comprometer a qualidade de vida (RUNOWICZ et al., 2016). Assim, muitas pacientes convivem por um longo período com os efeitos indesejáveis do tratamento. As alterações pós-tratamento podem incluir queda de cabelo, ombro congelado, linfedema, dor crônica, distúrbios do ritmo circadiano e variações de peso (VANDENDORPE et al., 2021). Esses desafios geralmente se sobrepõem a dificuldades psicossociais, sendo que alterações na imagem corporal são relatadas por mais de 60% das sobreviventes de câncer de mama como uma das principais preocupações (ÁLVAREZ-PARDO et al., 2023).

A imagem corporal é um constructo multidimensional que abrange diversas dimensões, incluindo a perceptiva (estimativa do tamanho corporal em relação ao real); a atitudinal (satisfação ou insatisfação subjetiva com o corpo); a afetiva (reações emocionais à própria aparência); a cognitiva (investimento na aparência e crenças pessoais sobre o corpo); e a comportamental (comportamentos compensatórios, como dietas) (CASH; SMOLAK, 2011; CASH; PRUZINSKY, 2002). Na oncologia, a imagem corporal é parte integrante da experiência do paciente ao longo de todo o continuum do cuidado oncológico, incluindo diagnóstico, tratamento e sobrevivência (CERNIKOVA et al., 2024). Para as sobreviventes de câncer de mama, a imagem corporal pode ser significativamente impactada, uma vez que a

doença e seus tratamentos frequentemente envolvem alterações corporais visíveis, como queda de cabelo, cicatrizes, alterações estéticas e de formato das mamas, bem como mastectomia com ou sem reconstrução. Embora essas mudanças sejam essenciais para a sobrevivência, podem gerar insatisfação corporal persistente e um duradouro sentimento de alteração da autopercepção ao longo da sobrevivência (AHN; SUH, 2023; MUZZATTI; ANNUNZIATA, 2017).

Diversos fatores influenciam a imagem corporal entre pacientes com câncer de mama, como status socioeconômico, estágio e tipo do câncer, função física, qualidade de vida, hábitos de vida, níveis de apoio social, religiosidade e aspectos culturais (ACS, 2021; JADIDI; AMERI, 2022; KOWALCZYK et al., 2019; PEARLMAN et al., 2022; REZAEI et al., 2016; SANTOS et al., 2022). Por exemplo, mulheres de classes sociais mais baixas podem enfrentar desafios adicionais, incluindo o acesso limitado à cirurgia reconstrutiva (PEARLMAN et al., 2022). Limitações físicas decorrentes dos efeitos colaterais do tratamento também podem reduzir a capacidade funcional, afetando a sensação de integridade e autonomia — componentes essenciais da imagem corporal (GROGAN; MECHAN, 2017; LOVELACE; McDANIEL; GOLDEN, 2019;). Além disso, redes de apoio social desempenham um papel fundamental; o reforço positivo de familiares, amigos e da comunidade pode atenuar sentimentos de constrangimento e favorecer a autoaceitação (GROGAN; MECHAN, 2017). Muitas sobreviventes passam a se preocupar com a imagem corporal apenas após o término da fase aguda do tratamento, quando a ameaça imediata à vida diminui. Essa transição para a fase de sobrevivência a longo prazo frequentemente marca o início de respostas emocionais e psicológicas mais intensas em relação às alterações físicas (TÜRK; YILMAZ, 2018; VASSILEV et al., 2023).

Este estudo coletou dados de prontuários médicos e entrevistas presenciais para avaliar a percepção da imagem corporal e sua associação com fatores socioeconômicos, clínicos e comportamentais entre mulheres sobreviventes de câncer de mama com acompanhamento a longo prazo no Brasil. Os resultados visam subsidiar estratégias de saúde voltadas para intervenções comportamentais e serviços destinados a mitigar os efeitos adversos do tratamento e melhorar a qualidade de vida das sobreviventes de câncer de mama no contexto brasileiro.

MÉTODOS

Desenho do estudo

Trata-se de um estudo transversal descritivo realizado em dois centros clínicos—um público e um privado—dedicados ao cuidado oncológico integral em Juiz de Fora, Minas

Gerais, na região Sudeste do Brasil. Esses centros atendem a população de Juiz de Fora e municípios vizinhos, cuidando de aproximadamente 300 pacientes com câncer de mama por ano. Os serviços oferecidos incluem diagnóstico, tratamento, acompanhamento de sobreviventes e cuidados paliativos. Esses centros estão entre os primeiros programas de atenção integral ao câncer de mama credenciados em Minas Gerais, autorizados a realizar procedimentos clínicos de alta complexidade (Unidade de Alta Complexidade em Oncologia – UNACON).

População do estudo

Através do Registro Hospitalar de Câncer (RHC), identificamos 230 mulheres que receberam o diagnóstico de câncer de mama entre 2014 e 2016, como possíveis participantes para entrevistas presenciais. As mulheres deveriam ter pelo menos 18 anos, residir em Juiz de Fora ou municípios vizinhos e estar em acompanhamento em nos centros de referência. Foram excluídas aquelas com déficits cognitivos que impossibilitavam o preenchimento do questionário e as que estavam em tratamento com quimioterapia ou radioterapia no momento da coleta de dados. Pesquisadores treinados entraram em contato telefônico com as 230 participantes elegíveis para apresentar o estudo e convidá-las a participar de uma entrevista presencial.

Determinou-se que seria necessário um tamanho amostral mínimo de 101 participantes, com 80% de poder, margem de erro de 7% e intervalo de confiança de 95%, para estimar a prevalência de insatisfação corporal com base em estudos prévios. Das participantes contatadas, 101 (44,0%) aceitaram participar e concluíram a entrevista presencial. Entre as demais, 57 (24,7%) não foram localizadas por telefone, 45 (19,5%) recusaram participar e 27 (11,7%) não compareceram na data agendada para a entrevista. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora (número de registro 05341019.5.0000.5147). Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e não receberam compensação financeira, em conformidade com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e com as diretrizes da Declaração de Helsinque.

Coleta de dados

O questionário coletou informações sobre imagem corporal, bem como características sociodemográficas, clínicas e comportamentais das sobreviventes de câncer de mama. A coleta de dados foi realizada em duas fases, entre março de 2018 e agosto de 2019. Na primeira fase,

a equipe de pesquisa extraiu informações dos prontuários médicos no período de 01/03/2018 a 31/05/2019, incluindo dados sobre diagnóstico, tratamento, estadiamento e perfil tumoral. Na segunda fase, entre 01/02/2019 e 30/08/2019, as mulheres elegíveis foram convidadas a responder a um questionário presencial, com informações sobre imagem corporal e características sociodemográficas, clínicas e comportamentais.

Durante a coleta, os pesquisadores responsáveis pela extração dos dados dos prontuários tiveram acesso a informações identificáveis. No entanto, para minimizar o risco de exposição e garantir a confidencialidade, identificadores pessoais não foram utilizados em nenhuma etapa da análise. Cada participante foi identificada apenas por seu número de prontuário, que funcionou como código do estudo para fins de gerenciamento dos dados. Todos os dados foram tratados conforme normas éticas e protocolos institucionais de confidencialidade e proteção da privacidade.

Instrumentos

Body Image after Breast Cancer Questionnaire (BIBCQ)

Foi utilizada a versão validada em português do instrumento *Body Image after Breast Cancer Questionnaire* – BIBCQ (BAXTER et al., 2006; GONÇALVES et al., 2014), aplicado durante a entrevista. O questionário é composto por 44 itens que avaliam a percepção da imagem corporal em seis escalas: (1) Vulnerabilidade, que abrange sentimentos negativos e preocupações com o câncer e o corpo (9 itens); (2) Estigma Corporal, que avalia aparência, aceitação do corpo, interações sociais, intimidade física e medos (14 itens); (3) Transparência, que aborda preocupações com mudanças corporais, autoestima, validação e insegurança (6 itens); (4) Preocupações com o Corpo, incluindo satisfação com a forma corporal, imagem corporal, aceitação, valorização e conforto com a aparência (6 itens); (5) Preocupações com o Braço, que considera satisfação com a aparência do braço e preocupações com inchaço e dor (3 itens); e (6) Limitações, que avalia competências, energia e participação em atividades (6 itens). Dos 44 itens, dois são específicos para mulheres que realizaram por mastectomia sem reconstrução, e seis para aquelas que realizaram tumorectomia ou reconstrução mamária.

As participantes responderam com base em uma escala do tipo *Likert*, indicando níveis de concordância de 1 (discordo completamente) a 5 (concordo completamente) e frequência de 1 (nunca) a 5 (sempre). Os escores variam conforme a escala: vulnerabilidade (8–45), estigma corporal (10–65), limitações (6–30), preocupações com o corpo (6–30), transparência (5–30) e preocupações com o braço (3–15). Maiores escores indicam pior percepção da imagem corporal (pontuação máxima: 173). Neste estudo, foi adotado o ponto de corte na mediana de 87,00

(variação: 52–173), classificando-se os escores em duas categorias: satisfação corporal (≤87,00) e insatisfação corporal (>88,00) (GUEDES et al., 2018).

Características sociodemográficas

As variáveis sociodemográficas analisadas incluíram: idade (<49 anos ou ≥50 anos), raça/cor autodeclarada (branca ou não branca), escolaridade (<8 anos ou ≥8 anos), estado civil (vive com parceiro ou não), ocupação (emprego formal ou informal), condição socioeconômica segundo o Critério de Classificação Econômica Brasil (A, B1, B2 ou C1, C2, D, E), local de residência (mesmo município do serviço de saúde [Juiz de Fora] ou outro) e tipo de serviço de saúde (público ou privado). As informações foram obtidas por autodeclaração na entrevista e confirmadas nos prontuários.

O Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) é um sistema padronizado utilizado em pesquisas e estudos de mercado para categorizar a população em estratos socioeconômicos de A (mais alto) a E (mais baixo). Desenvolvido pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP), estima o poder de compra e as condições de vida com base no nível de escolaridade do responsável pelo domicílio, posse de bens duráveis, número de banheiros e presença de empregados domésticos (ABEP, 2023).

Fatores clínicos

As características clínicas analisadas incluíram Índice de Massa Corporal (eutrófico ou com sobrepeso), presença de comorbidades (sim ou não), estadiamento do câncer (inicial – 0, I ou II ou avançado – III e IV) e tipo de cirurgia (tumorectomia ou mastectomia, com ou sem reconstrução). As informações foram obtidas nos prontuários médicos e confirmadas durante a entrevista.

Características comportamentais e sociais

As variáveis comportamentais incluíram hábitos alimentares autodeclarados (bons/muito bons ou regulares/ruins/muito ruins), prática de atividade física (ativo ou sedentário), consumo de álcool (<4 doses por ocasião ou ≥4), apoio social (≤45 ou >46 pontos) e religiosidade (≤8 ou >9 pontos). A atividade física foi avaliada por meio da versão curta do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ), traduzida para o português, aplicado durante a entrevista (MARSHALL; BAUMAN, 2001; MATSUDO et al., 2009). Esse instrumento de sete itens estima o tempo semanal dedicado à atividade física em diferentes dimensões (frequência, intensidade e duração). Participantes com pelo menos 150 minutos

semanais foram classificadas como ativas; aquelas com menos de 10 minutos consecutivos foram classificadas como sedentárias.

O apoio social foi medido com a versão curta do Questionário de Suporte Social (SSQ), validado em português, composto por seis itens sobre disponibilidade e satisfação com o apoio social (PINHEIRO; FERREIRA, 2002; SARASON et al., 1983). As respostas geram dois índices: o numérico (SSQ6N) e o de satisfação (SSQ6S), somados para compor o escore total de apoio social. Para este estudo, a percepção de apoio foi classificada como baixa (≤45 pontos) ou alta (>46 pontos) (PINHEIRO; FERREIRA, 2002).

A religiosidade foi avaliada com o Índice de Religiosidade da Universidade Duke (DUREL), versão traduzida para o português (TAUNAY et al., 2012; WERMELINGER ÁVILA et al., 2018), aplicado na entrevista. O instrumento possui cinco itens e avalia três dimensões associadas à saúde: religiosidade organizacional (atividades públicas), não organizacional (práticas privadas) e religiosidade intrínseca (importância pessoal da fé). Os escores variam de 1 a 30, sendo os mais altos indicativos de maior religiosidade. Neste estudo, os níveis foram classificados como baixos (≤8 pontos) ou altos (>9 pontos) (LYNGHOLM et al., 2013).

Análise de dados

Foram realizadas análises descritivas das características sociodemográficas, clínicas, comportamentais e sociais das participantes, com cálculo de frequências absolutas e relativas para cada variável. O nível de significância adotado foi de 5%.

A análise bivariada utilizou o teste do qui-quadrado de Pearson para verificar associações entre a variável desfecho (insatisfação corporal) e as variáveis independentes. A análise multivariada foi realizada por meio de Regressão Logística Binária, com controle para potenciais fatores de confusão definidos como variáveis com valor de $p \leq 0,20$ na análise bivariada. As covariáveis — idade, renda, índice de massa corporal, tipo de cirurgia, hábitos alimentares, atividade física, consumo de álcool e percepção de apoio social — foram incluídas no modelo inicial multivariado para garantir a consideração de fatores relevantes e minimizar o sobreajuste. Em seguida, foi aplicado o método de eliminação retrógrada (*backward*), mantendo-se no modelo final apenas as variáveis com $p \leq 0,05$. Todas as análises estatísticas foram realizadas no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0 (IBM Corp., Armonk, NY, EUA).

RESULTADOS

Entre as 101 participantes, a maioria tinha 50 anos ou mais (70,3%), autodeclarou-se branca (59,4%), possuía mais de oito anos de escolaridade (59,4%), vivia com um parceiro (53,5%), não possuía emprego formal (64,0%) e pertencia às classes socioeconômicas mais baixas (57,4%). A maioria residia no mesmo município do serviço de saúde (80,2%) e realizava tratamento pelo Sistema Único de Saúde (55,4%).

Do ponto de vista clínico, 64,9% apresentavam excesso de peso, 66,3% relataram múltiplas comorbidades, 78,2% receberam o diagnóstico em estágio inicial do câncer de mama e 91,0% foram submetidas à cirurgia conservadora (setorectomia). Em relação aos fatores comportamentais, 67,3% relataram ter hábitos alimentares bons ou muito bons, 76,2% eram fisicamente ativas e 83,2% consumiam menos de quatro doses de bebida alcoólica por ocasião. Apesar desses achados, 52,6% das participantes relataram baixos níveis de apoio social percebido e 64,4% apresentaram baixos níveis de religiosidade. No total, 47,5% das participantes (n = 48) relataram insatisfação corporal. Os dados descritivos estão apresentados nas Tabelas 1 e 2.

Tabela 1. Fatores sociodemográficos associados à insatisfação corporal em mulheres com câncer de mama (2014–2016, Juiz de Fora, Brasil)

Variáveis	N (col %)[1]	Imagem Corporal		OR (IC 95%)[4]	p-valor[5]
		Insatisfação (col %)[2]	Satisfação (col %)[3]		
Fatores sociodemográficos	101 (100)	48 (47,5)	53 (52,5)		
Idade					
<49 anos	71 (70,3)	42 (59,2)	29 (40,8)	2,50 (1,03 – 6,03)	0,039
≥50 anos	30 (19,7)	11 (37,6)	19 (63,3)	1,00	
Raça/Etnia					
Branca	60 (59,4)	29 (48,3)	31 (51,7)	0,66 (0.29 – 1.47)	0,313
Não-branca	41 (40,6)	24 (58,5)	17 (41,5)	1,00	
Educação[6]					
<8 anos	41 (40,6)	22 (53,7)	19 (46,3)	1,08 (0.48 – 2.40)	0,844
≥8 anos	60 (59,4)	31 (51,7)	29 (48,3)	1,00	
Estado civil					
Com companheiro	54 (53,5)	30 (55,6)	24 (44,1)	1,30 (0.59 – 2.85)	0,506
Sem companheiro	47 (46,5)	23 (48,9)	24 (51,1)	1,00	
Ocupação					
Emprego formal	36 (36,0)	18 (50,0)	18 (50,0)	0,82 (0.36 – 1.87)	0,652
Emprego informal	64 (64,0)	35 (54,7)	29 (45,3)	1,00	
Classe socioeconômica					
A, B1, B2	43 (42,6)	25 (58,1)	18 (41,9)	1,48 (0.67 – 3.29)	0,326
C1, C2, D, E	58 (57,4)	28 (48,3)	30 (51,7)	1,00	
Local de residência					
Juiz de Fora	80 (79,2)	42 (52,5)	38 (47,5)	1,00 (0.38 – 2.63)	0,992
Outros municípios	21 (22,8)	11 (52,4)	10 (47,6)	1,00	
Tipo de assistência					
Público	56 (55,4)	30 (53,6)	26 (46,4)	1,10 (0.50 – 2.42)	0,806
Privado	45 (46,6)	23 (51,1)	22 (48,9)	1,00	

1.Diferenças nos totais (N) se devem à incompletude das informações; 2. ISC: Insatisfação Corporal (>88 pontos); 3. SIC: Satisfação Corporal (≤87 pontos); 4. OR (IC 95%): razão de chances e intervalo de confiança de 95%; 5. p-valor ≤ 0,20 no teste do qui-quadrado; 6. Escolaridade considerada em anos de estudo.

Fonte: Elaborado pelos autores (2025).

Tabela 2. Associação entre fatores clínicos e comportamentais e a insatisfação corporal entre mulheres com câncer de mama (2014–2016, Juiz de Fora, Brasil)

Variáveis	N (col %)1	Imagem Corporal		OR (IC 95%)4	p-valor5
		Insatisfação (col %)[2]	Satisfação (col %)[3]		
Fatores clínicos	101 (100)	48 (47,5)	53 (52,5)		
Índice de Massa Corporal					
Eutrofia	33 (35,1)	15 (45,5)	18 (54,5)	0,57 (0,24 – 1,36)	0,208
Sobrepeso	61 (64,9)	36 (59,0)	25 (41,0)	1,00	
Comorbidades					
Sim	67 (66,3)	37 (55,2)	30 (44,8)	1,38 (0,60 – 3,17)	0,437
Não	34 (33,7)	16 (47,1)	18 (52,9)	1,00	
Estadiamento					
Inicial (0, I ou II)	79 (78,2)	40 (50,6)	39 (49,4)	0,71 (0,27 – 1,85)	0,482
Avançado (III ou IV)	22 (21,8)	13 (59,1)	9 (40,9)	1,00	
Tipo de cirurgia					
Setorectomia	91 (91,0)	50 (54,9)	41 (45,1)	4,26 (0,84 – 21,6)	0,061
Mastectomia	9 (9,0)	2 (22,2)	7 (77,8)	1,00	
Fatores comportamentais					
Hábitos alimentares					
Muito bom/bom	68 (67,3)	41 (60,3)	27 (39,7)	2,65 (1,12 – 6,27)	0,024
Regular/ruim/muito ruim	33 (32,7)	12 (36,4)	21 (63,3)	1,00	
Atividade física[7]					
Ativa	77 (76,2)	46 (59,7)	31 (40,3)	3,60 (1,13 – 9.70)	0,009
Sedentária	24 (23,8)	7 (29,2)	17 (70,8)	1,00	
Consumo de álcool					
<4 doses por ocasião	84 (83,2)	48 (57,1)	36 (49,2)	3,20 (1,03 – 9,89)	0,037
>4 doses por ocasião	17 (16,8)	5 (29,4)	12 (70,6)	1,00	
Nível de suporte social percebido[8]					
Baixo	51 (52,6)	32 (69,6)	14 (30,4)	3,54 (1,52 – 8,23)	0,003
Alto	46 (47,4)	20 (39,2)	31 (60,8)	1,00	
Nível de religiosidade[9]					
Alto	36 (35,6)	19 (52,8)	17 (47,2)	1,01 (0,45 – 2,30)	0,964
Baixo	65 (64,4)	34 (52,3)	31 (47,7)	1,00	

7. Avaliado por meio do IPAQ; 8. Avaliado por meio do SSQ; 9. Avaliado por meio do DUREL.

Fonte: Elaborado pelos autores (2025).

A análise bivariada revelou associações significativas entre a insatisfação corporal e diversas características sociodemográficas, clínicas e comportamentais. Participantes com menos de 49 anos apresentaram maior chance de insatisfação corporal (OR = 2,50; IC 95%: 1,03–6,03; p = 0,039), assim como aquelas submetidas à mastectomia com ou sem reconstrução, embora sem significância estatística (OR = 4,26; IC 95%: 0,84–21,6; p = 0,061). A insatisfação também foi mais provável entre participantes que avaliaram seus hábitos alimentares como bons ou muito bons (OR = 2,65; IC 95%: 1,12–6,28; p = 0,024), que eram fisicamente ativas (OR = 3,60; IC 95%: 1,14–9,71; p = 0,009) e que consumiam menos de quatro doses de bebida alcoólica por ocasião (OR = 3,20; IC 95%: 1,04–9,90; p = 0,037). Além disso, participantes com menor percepção de apoio social apresentaram maior prevalência de insatisfação corporal (OR = 3,54; IC 95%: 1,53–8,23; p = 0,003). Esses resultados estão detalhados nas Tabelas 1 e 2.

Na análise de regressão logística multivariada, quatro variáveis permaneceram significativamente associadas à insatisfação corporal: idade inferior a 49 anos (OR = 3,35; IC 95%: 1,13–9,92; p = 0,028), prática de atividade física (OR = 3,59; IC 95%: 1,16–11,1; p = 0,026), consumo de menos de quatro doses de bebida alcoólica por ocasião (OR = 4,12; IC 95%: 1,11–15,3; p = 0,034) e menor apoio social percebido (OR = 4,00; IC 95%: 1,49–10,7; p = 0,006). Resultados detalhados encontram-se na Tabela 3.

Tabela 3. Análise de regressão logística dos fatores associados à insatisfação corporal em mulheres com câncer de mama (2014–2016, Juiz de Fora, Brasil)

Variável	Insatisfação com a Imagem Corporal[1]			
	OR bruto (95% CI)[2]	p-valor	OR ajustado (95% CI)[2]	p-valor
Idade				
<49 anos	2,50 (1,03 – 6,03)	0,039	3,35 (1,13 – 9,92)	0,028
≥50 anos	1,00		1,00	
Atividade física				
Ativa	3,60 (1,13 – 9,70)	0,009	3,59 (1,16 – 11,1)	0,026
Sedentária	1,00		1,00	
Consumo de álcool				
<4 doses por ocasião	3,20 (1,03 – 9,89)	0,037	4,12 (1,11 – 15,3)	0,034
>4 4 doses por ocasião	1,00		1.00	
Nível de suporte social percebido[3]				
Baixo	3,54 (1,52 – 8,23)	0,003	4,00 (1,49 – 10,7)	0,006
Alto	1,00		1,00	

1. Insatisfação Corporal: >88 pontos; 2. OR IC95%: razão de chances e intervalo de confiança de 95%; 3. Avaliado por meio do SSQ (Social Support Questionnaire).

Fonte: Elaborado pelos autores (2025).

DISCUSSÃO

Muitas sobreviventes do câncer de mama vivenciam sequelas de longo prazo decorrentes do tratamento, em virtude do aumento na sobrevida após o diagnóstico e da relativamente baixa taxa de mortalidade ao longo do tempo. Entre essas sequelas, destaca-se a insatisfação corporal, considerada um dos efeitos adversos mais persistentes e impactantes. Neste estudo, aproximadamente metade das mulheres sobreviventes de câncer de mama relataram insatisfação corporal, evidenciando a magnitude desse problema entre mulheres brasileiras acometidas pela doença. Ademais, identificaram-se fatores sociodemográficos e comportamentais associados a esse desfecho, como idade inferior a 49 anos, prática de atividade física, menor consumo de álcool (menos de quatro doses por ocasião) e menor percepção de apoio social. Esses achados reforçam o caráter multifatorial da percepção da imagem corporal e suas complexas interações com as experiências de sobrevivência ao câncer.

Estudos anteriores reportam prevalência de insatisfação corporal entre 30% e 76% entre sobreviventes de câncer de mama (GUEDES et al., 2018; LYNGHOLM et al., 2013; MARTINS, 2020; RIBEIRO et al., 2018; RUNOWICZ et al., 2016). Pesquisa realizada com sobreviventes de longo prazo na Dinamarca apontou prevalência de 30%, enquanto estudos nos Estados Unidos identificaram variações entre 31% e 67% (CHAMPION et al., 2014; RUNOWICZ et al., 2016). No Brasil, dois estudos realizados com mulheres em tratamento indicaram prevalências de 74,8% e 75,7% (GUEDES et al., 2018; RIBEIRO et al., 2018). A elevada prevalência de insatisfação no país pode ser influenciada por fatores socioculturais, como o forte apelo estético, refletido no fato de o Brasil ocupar o primeiro lugar mundial em cirurgias plásticas e o segundo em procedimentos mamários (*INTERNATIONAL SOCIETY OF AESTHETIC PLASTIC SURGERY* [ISAPS], 2022). Esse padrão de valorização da aparência física pode intensificar o sofrimento psíquico entre mulheres sobreviventes do câncer de mama, ressaltando a necessidade de investigações sobre os fatores culturais e psicológicos que moldam a percepção da imagem corporal, além de intervenções direcionadas à realidade brasileira para promover a adaptação às mudanças corporais e a melhoria da qualidade de vida no pós-tratamento.

Embora a prevalência de insatisfação observada neste estudo seja inferior à relatada em pesquisas nacionais anteriores, tais diferenças podem estar relacionadas ao contexto das participantes (GUEDES et al., 2018; RIBEIRO et al., 2018). As entrevistas foram realizadas presencialmente nos centros de tratamento, o que pode ter levado algumas mulheres a minimizarem suas insatisfações para evitar avaliações negativas sobre o cuidado recebido. Por outro lado, os resultados deste estudo oferecem insights relevantes sobre os fatores associados

à insatisfação corporal, especialmente entre mulheres mais jovens (<49 anos), que relataram maior prevalência desse desfecho. Tal achado é consistente com estudos realizados na China e em Portugal, onde mulheres mais jovens também apresentaram níveis mais elevados de insatisfação (MARTINS, 2020; ZHU et al., 2023). No Brasil, Junqueira e Santos (2020) descreveram qualitativamente que mulheres jovens frequentemente lamentam a perda de características corporais anteriores ao câncer, como o cabelo longo, e fazem comparações com imagens idealizadas veiculadas pela mídia. Essas mudanças, como cicatrizes ou a perda de tecido mamário, são percebidas como profundamente disruptivas da feminilidade, sexualidade e identidade, o que intensifica a insatisfação e evidencia a necessidade de intervenções psicossociais específicas para essa faixa etária, que abordem suas experiências e expectativas (CHAMPION et al., 2014). Esse achado é particularmente relevante, uma vez que mulheres mais jovens apresentam maior expectativa de vida e podem vivenciar as consequências do tratamento por períodos prolongados.

Outro achado importante foi a associação entre prática de atividade física e maior insatisfação corporal. Embora esse resultado pareça contraditório, dada a ampla evidência dos benefícios da atividade física para a saúde mental e autoestima de sobreviventes do câncer, a literatura apresenta certa dualidade nesse campo (ROSCOE et al., 2022; RODRIGUEZ-SOLANA et al., 2024). Enquanto alguns estudos destacam os impactos positivos da atividade física na qualidade de vida[46,47], outros revelam que pacientes frequentemente enfrentam obstáculos para manter práticas regulares, como dificuldades em estabelecer metas realistas, o que reduz a motivação quando comparada ao período pré-câncer (AGUSSALIM et al., 2024; CAETANO et al., 2020; TSAI et al., 2018). Ademais, normas sociais que valorizam ideais de perfeição corporal podem intensificar a insatisfação entre mulheres que, mesmo ativas fisicamente, não conseguem atender a tais padrões (MERINO et al., 2024). É plausível que mulheres engajadas em atividades físicas demonstrem maior preocupação com a aparência, o que as torna mais críticas em relação à própria imagem corporal. Pesquisas demonstram que mulheres de diferentes perfis corporais — eutróficas, com sobrepeso ou obesas — frequentemente apresentam insatisfação com o corpo atual e distorções na sua percepção (RIBEIRO; COSTA, 2021).

O menor consumo de álcool (menos de quatro doses por ocasião) também foi significativamente associado à insatisfação corporal. Embora o consumo de álcool esteja relacionado ao aumento do risco de recidiva do câncer de mama e ao desenvolvimento de um segundo tumor primário[51], essa associação pode refletir uma maior consciência sobre a saúde entre mulheres que evitam o álcool, levando à intensificação da sensibilidade frente às

mudanças corporais pós-tratamento (ANDERSON et al., 2023; HAMER; WARNER, 2017). Alternativamente, o comportamento pode estar inserido em um conjunto mais amplo de mudanças no estilo de vida influenciadas pela experiência oncológica, sendo necessário explorar suas implicações psicossociais (HOEDJES; NIJMAN; HINNEN, 2022).

A percepção reduzida de apoio social foi fortemente associada à insatisfação corporal, corroborando a literatura que evidencia o papel protetor das redes sociais no enfrentamento de dificuldades psicossociais (SARASON et al., 2001; VASSILEV et al., 2023). Mulheres com câncer de mama que contam com menor apoio emocional tendem a vivenciar maior isolamento e vulnerabilidade, o que agrava as preocupações com a imagem corporal (GROGAN; MECHAN, 2017). Intervenções que promovam habilidades de comunicação com familiares e amigos acerca de suas experiências corporais e traumas associados ao tratamento podem fortalecer os vínculos sociais e melhorar a qualidade das relações interpessoais. Tais estratégias são fundamentais para criar ambientes de apoio que favoreçam o bem-estar das sobreviventes.

Apesar da relevância dos achados, este estudo apresenta algumas limitações. O delineamento transversal não permite estabelecer relações de causalidade, e a insatisfação corporal é influenciada por fatores dinâmicos e contextuais, como estilos individuais de enfrentamento e características do ambiente social. Investigações longitudinais são recomendadas para compreender a evolução dessas relações ao longo do tempo. Ademais, a amostra foi composta por mulheres atendidas em dois hospitais, ambos centros de referência em oncologia de Juiz de Fora e região. Entretanto, como um dos hospitais é público e o outro privado, o estudo possibilitou comparações entre diferentes contextos de atenção à saúde, representando uma amostra mais diversa e, potencialmente, mais representativa da realidade brasileira. Por fim, é necessário aprofundar os mecanismos subjacentes a associações inesperadas, como aquelas envolvendo atividade física, consumo de álcool e insatisfação corporal, de modo a subsidiar o planejamento de futuras intervenções voltadas a mulheres com estilos de vida diversos.

Os resultados deste estudo evidenciam a necessidade de suporte psicossocial abrangente às sobreviventes do câncer de mama, com atenção especial às mulheres mais jovens e àquelas com redes de apoio reduzidas. Intervenções voltadas ao aconselhamento por faixa etária e ao cuidado com a imagem corporal devem ser iniciadas desde o diagnóstico, mantidas durante o tratamento e estendidas ao período de sobrevivência, para mitigar os efeitos adversos relacionados à imagem corporal de forma eficaz. Essa abordagem longitudinal e proativa assegura que as pacientes recebam suporte contínuo durante sua trajetória, favorecendo o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento e promovendo a satisfação com a imagem

corporal. Além disso, é fundamental considerar os fatores comportamentais e sociais, como os padrões estéticos irreais, adotando-se uma perspectiva holística voltada à melhoria da qualidade de vida das mulheres após o câncer.

CONCLUSÃO

Este estudo evidenciou que quase metade das participantes relatou insatisfação corporal, uma preocupação profundamente enraizada no foco cultural e social das brasileiras sobre a aparência física. Curiosamente, essa insatisfação foi observada mesmo entre mulheres que mantêm estilos de vida saudáveis, o que indica a necessidade de intervenções direcionadas que investiguem as razões subjacentes a esses sentimentos. Dada a complexidade das questões relacionadas à imagem corporal, é fundamental considerar as necessidades diversificadas das sobreviventes do câncer de mama. Mulheres que necessitam de maior suporte social para aceitar sua nova imagem corporal devem ser priorizadas, por meio de intervenções específicas que promovam a aceitação e a melhoria da qualidade de vida. Estes achados ressaltam a importância de um apoio precoce e contínuo, que contemple aspectos psicológicos e sociais, promovendo, em última análise, a resiliência ao longo do processo de sobrevivência.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem a todas as mulheres que participaram deste estudo, sem as quais esta pesquisa não teria sido possível. Também agradecemos ao Hospital 9 de Julho e ao Instituto Oncológico pela colaboração e pelo suporte logístico na facilitação da coleta de dados e das entrevistas com as participantes. Agradecimentos especiais aos estudantes de iniciação científica - Caio Lauar, Iara Renault, Matheus Calábria, Pedro Medeiros, Matheus Pacheco e Camila Damasceno - pela valiosa contribuição na coleta de dados.

REFERÊNCIAS

AGUSSALIM, N. Q. et al. **Physical activity and quality of life in breast cancer survivors**. Breast Dis, v. 43, n. 1, p. 161–171, 2024. DOI: 10.3233/BD-249005.

AHN, J.; SUH, E. E. **Body image alteration in women with breast cancer: a concept analysis using an evolutionary method**. Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing, v. 10, n. 5, p. 100214, 2023. DOI: 10.1016/j.apjon.2023.100214.

ALLEMANI, C. et al. **Global surveillance of trends in cancer survival 2000–14 (CONCORD-3): analysis of individual records for 37,513,025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries**. Lancet, v. 391, n. 10125, p. 1023–1075, 2018. DOI: 10.1001/jama.2023.25881.

ÁLVAREZ-PARDO, S. et al. **Factors associated with body image and self-esteem in mastectomized breast cancer survivors**. International Journal of Environmental Research and Public Health, v. 20, n. 6, p. 5154, 2023. DOI: 10.3390/ijerph20065154.

AMERICAN CANCER SOCIETY [ACS]. **Lifestyle-related breast cancer risk factors**. [s.l.]: American Cancer Society, [2021]. Disponível em: https://www.cancer.org/cancer/types/breast-cancer/risk-and-prevention/lifestyle-related-breast-cancer-risk-factors.html. Acesso em: 19 jul. 2024.

ANDERSON, B. O. et al. **Health and cancer risks associated with low levels of alcohol consumption**. Lancet Public Health, v. 8, n. 1, p. e6–e7, 2023. DOI: 10.1016/S2468-2667(22)00265-6.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA (ABEP). **Critério de Classificação Econômica Brasil – CCEB**. São Paulo: ABEP, 2023. Disponível em: www.abep.org. Acesso em: 13 jun. 2025.

BAXTER, N. N. et al. **Reliability and validity of the body image after breast cancer questionnaire**. The Breast Journal, v. 12, n. 3, p. 221–232, 2006. DOI: 10.1111/j.1075-122X.2006.00246.x.

BRAY, F. et al. **Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries**. CA Cancer Journal for Clinicians, v. 74, n. 3, p. 229-263, 2024. DOI: 10.3322/caac.21834.

CAETANO, A. F. P. et al. **Impact of physical activity on fatigue and quality of life of cancer patients**. Rev Bras Med Esporte, v. 26, n. 6, p. 498–502, 2020. DOI: 10.1590/1517-8692202026062019_0045.

CASH, T. F.; PRUZINSKY, T. (ed.). **Body images: a handbook of theory, research, and clinical practice**. New York: Guilford Press, 2002.

CASH, T. F.; SMOLAK, L. (ed.). **Body image: a handbook of science, practice, and prevention**. New York: Guilford Press, 2011.

CERNIKOVA, K. A. et al. **We will be different forever: a qualitative study of changes of body image in women with breast cancer**. BMC Public Health, v. 24, p. 2517, 2024. DOI: 10.1186/s12889-024-20017-7.

CHAMPION, V. L. et al. **Comparison of younger and older breast cancer survivors and age-matched controls on specific and overall quality of life domains**. Cancer, v. 120, n. 15, p. 2237–2246, 2014. DOI: 10.1002/cncr.28737.

FERLAY, J. et al. **Cancer today**. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 2020.
GONÇALVES, C. O. et al. Validation of the instrument "Body image after breast cancer" in Brazil. Motriz: Revista de Educação Física, v. 20, n. 1, p. 8–15, 2014. DOI: 10.1590/S1980-65742014000100002.

GROGAN, S.; MECHAN, J. **Body image after mastectomy: a thematic analysis of younger women's written accounts**. Journal of Health Psychology, v. 22, n. 11, p. 1480–1490, 2017. DOI: 10.1177/1359105316632248.

GUEDES, T. S. R. et al. **Body image of women submitted to breast cancer treatment**. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, v. 19, n. 6, p. 1487–1493, 2018. DOI: 10.22034/APJCP.2018.19.6.1487.

HAMER, J.; WARNER, E. **Lifestyle modifications for patients with breast cancer to improve prognosis and optimize overall health**. CMAJ, v. 189, n. 7, p. E268–E274, 2017. DOI: 10.1503/cmaj.160464.

HOEDJES, M.; NIJMAN, I.; HINNEN, C. **Psychosocial determinants of lifestyle change after a cancer diagnosis: a systematic review of the literature**. Cancers, v. 14, n. 8, p. 2026, 2022. DOI: 10.3390/cancers14082026.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

INTERNATIONAL SOCIETY OF AESTHETIC PLASTIC SURGERY (ISAPS) **International Survey on Aesthetic/Cosmetic Procedures 2022**. 2022. Disponível em: https://www.isaps.org. Acesso em: 13 jun. 2025.

JADIDI, A.; AMERI, F. **Social support and meaning of life in women with breast cancer**. Ethiopian Journal of Health Sciences, v. 32, n. 4, p. 709–714, jul. 2022. DOI: 10.4314/ejhs.v32i4.6.

JALLAH, J. K. et al. **A review of the advancements in targeted therapies for breast cancer**. Cureus, v. 15, n. 10, e47847, 2023. DOI: 10.7759/cureus.47847.

JUNQUEIRA, L. C. U.; RODRIGUES, D. P.; SANTOS, P. **Atravessando a tormenta: imagem corporal e sexualidade da mulher após o câncer de mama**. Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social, v. 1, p. 563–565, 2020.

KOENIG, H. G.; BUSSING, A. **The Duke University Religion Index (DUREL): a five-item measure for use in epidemiological studies**. Religions, v. 1, n. 1, p. 78–85, 2010.

KOWALCZYK, R. et al. **Factors affecting sexual function and body image of early-stage breast cancer survivors in Poland: a short-term observation**. Clinical Breast Cancer, v. 19, n. 1, p. e30–e39, 2019. DOI: 10.1016/j.clbc.2018.09.006.

LOVELACE, D. L. et al. **Long-term effects of breast cancer surgery, treatment, and survivor care**. Journal of Midwifery & Women's Health, v. 64, n. 6, p. 713–724, 2019. DOI: 10.1111/jmwh.13012.

LYNGHOLM, C. D. et al. **Long-term follow-up of late morbidity, cosmetic outcome and body image after breast conserving therapy: a study from the Danish Breast Cancer Cooperative Group (DBCG)**. Acta Oncologica, v. 52, n. 2, p. 259–269, 2013. DOI: 10.3109/0284186X.2012.744469.

MARSHALL, A.; BAUMAN, A. **The international physical activity questionnaire: summary report of the reliability & validity studies**. IPAQ Executive Committee, 2001. 25 p.

MARTINS, A. R. P. **Imagem corporal em mulheres diagnosticadas com cancro da mama submetidas a mastectomia: a influência de fatores sociodemográficos e clínicos**. 2020. Dissertação (Mestrado) — Instituição não informada.

MATSUDO, S. et al. **Questionário internacional de atividade física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil**. Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde, v. 6, n. 2, p. 5–18, 2001.

MERINO, M. et al. **Body perceptions and psychological well-being: a review of the impact of social media and physical measurements on self-esteem and mental health with a focus on body image satisfaction and its relationship with cultural and gender factors**. Healthcare (Basel), v. 12, n. 14, p. 1396, 2024. DOI: 10.3390/healthcare12141396.

MUZZATTI, B.; ANNUNZIATA, M. A. **Body image assessment in oncology: an updated review**. Supportive Care in Cancer, v. 25, n. 4, p. 1019–1029, 2017. DOI: 10.1007/s00520-016-3538-y.

PEARLMAN, R. L. et al. **Factors associated with likelihood to undergo cosmetic surgical procedures among young adults in the United States: a narrative review**. Clinical, Cosmetic and Investigational Dermatology, v. 15, p. 859–877, 2022. DOI: 10.2147/CCID.S358573.

PINHEIRO, M. R.; FERREIRA, J. **O questionário de suporte social: adaptação e validação da versão portuguesa do Social Support Questionnaire (SSQ6)**. Psychologica, v. 30, p. 315–333, 2002.

REZAEI, M. et al. **Factors influencing body image in women with breast cancer: a comprehensive literature review**. Iranian Red Crescent Medical Journal, v. 18, n. 10, e39465, 2016. DOI: 10.5812/ircmj.39465.

RIBEIRO, A. T.; COSTA, E. F. **A percepção e os níveis de satisfação e insatisfação da imagem corporal em praticantes de atividade física**. Rev Bras Nutr Esportiva, v. 15, n. 94, p. 339–351, 2021.

RIBEIRO, F. E. et al. **Body dissatisfaction and its relationship with overweight, sedentary behavior and physical activity in survivors of breast cancer**. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, v. 229, p. 153–158, 2018. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2018.08.581.

RODRIGUEZ-SOLANA, A. et al. **The effects of physical activity interventions on self-esteem during and after cancer treatment: a systematic review and meta-analysis**. Scientific Reports, v. 14, p. 26849, 2024. DOI: 10.1038/s41598-024-74888-2.

ROSCOE, C. M. P. et al. **The role of physical activity in cancer recovery: an exercise practitioner's perspective**. International Journal of Environmental Research and Public Health, v. 19, n. 6, p. 3600, 2022. DOI: 10.3390/ijerph19063600.

RUNOWICZ, C. D. et al. **American Cancer Society/American Society of Clinical Oncology breast cancer survivorship care guideline**. CA Cancer Journal for Clinicians, v. 66, n. 1, p. 43–73, 2016. DOI: 10.3322/caac.21319.

SANTOS, I. C. dos et al. **Religiosidade e esperança no enfrentamento do câncer de mama: mulheres em quimioterapia**. Revista Brasileira de Cancerologia [Internet], v. 68, n. 3, e-172491, 2022. Disponível em: https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/172491. Acesso em: 19 jul. 2024.

SARASON, I. G. et al. **Assessing social support: The Social Support Questionnaire**. Journal of Personality and Social Psychology, v. 44, n. 1, p. 127–139, 1983. DOI: 10.1037/0022-3514.44.1.127.

TAUNAY, T. C. et al. **Validity of the Brazilian version of the Duke Religious Index (DUREL)**. Revista de Psiquiatria Clínica, v. 39, n. 4, p. 130–135, 2012.
TSAI, E. et al. Physical activity and exercise self-regulation in cancer survivors: a qualitative study. Psychooncology, v. 27, n. 2, p. 563–568, 2018. DOI: 10.1002/pon.4519.

TÜRK, K. E.; YILMAZ, M. **The effect on quality of life and body image of mastectomy among breast cancer survivors**. European Journal of Breast Health, v. 14, n. 4, p. 205–210, 2018. DOI: 10.5152/ejbh.2018.3875.

VANDENDORPE, B. et al. **Psychological and physical impact in women treated for breast cancer: need for multidisciplinary surveillance and care provision**. Cancer Radiothérapie, v. 25, n. 4, p. 330–339, 2021. DOI: 10.1016/j.canrad.2020.12.005.

VASSILEV, I. et al. **The role of social networks in self-management support for young women recently diagnosed with breast cancer**. PLoS One, v. 18, n. 4, e0282183, 2023. DOI: 10.1371/journal.pone.0282183.

WERMELINGER ÁVILA, M. P. et al. **The role of physical activity in the association between resilience and mental health in older adults**. Journal of Aging and Physical Activity, v. 26, n. 2, p. 248–253, 2018. DOI: 10.1123/japa.2016-0332.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global breast cancer initiative implementation framework: assessing, strengthening, and scaling-up of services for the**

early detection and management of breast cancer. Executive summary. Geneva: World Health Organization, 2023. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

ZHU, F. et al. **The mediating effect of coping styles between self-compassion and body image disturbance in young breast cancer survivors: a cross-sectional study**. BMC Nursing, v. 22, p. 178, 2023. DOI: 10.1186/s12912-023-01342-5.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O câncer de mama constitui um importante problema saúde pública no Brasil e no mundo, não apenas pelo impacto na morbimortalidade feminina, mas também pelas repercussões psicossociais que o diagnóstico e tratamento acarretam. Apesar dos avanços no rastreamento, diagnóstico precoce, terapias oncológicas, que têm ampliado a sobrevida das pacientes, ainda persistem desafios significativos relacionados à qualidade de vida dessas mulheres, entre os quais se destaca a insatisfação corporal.

Este estudo evidenciou que a insatisfação corporal é um desfecho frequente entre as mulheres brasileiras sobreviventes do câncer de mama, afetando quase metade das participantes. Os achados indicam que essa percepção negativa não é determinada exclusivamente por fatores clínicos, mas também por características sociodemográficas e comportamentais, como idade mais jovem, ser fisicamente ativo, menor consumo de álcool e percepção fragilizada do suporte social. A identificação de associações contraintuitiva – como a prática regular de atividade física e o consumo moderado de álcool, usualmente considerados indicadores de hábitos saudáveis, não atuando como fatores protetores – revela a complexidade do fenômeno e a necessidade de abordagens mais amplas e integradas sobre a vivência do corpo após o tratamento oncológico.

Esses resultados reafirmam a importância de considerar as dimensões subjetivas da vivência do câncer de mama, particularmente a imagem corporal, como elemento central do cuidado à mulher. A incorporação de ações voltadas ao suporte psicológico, ao fortalecimento de redes de apoio social e à reconstrução da imagem corporal deve ser contemplada desde o diagnóstico até o seguimento a longo prazo. Estratégias interdisciplinares que promovam a resiliência emocional e aceitação do novo corpo são essenciais para mitigar os impactos negativos sobre a qualidade de vida e favorecer uma reabilitação integral.

Ademais, os dados apresentados contribuem para o aprofundamento do conhecimento sobre as necessidades psicossociais das mulheres com câncer de mama no Brasil, evidenciando a urgência de políticas públicas que reconheçam essas demandas no âmbito da atenção oncológica. A partir disso, torna-se possível orientar práticas de cuidado mais humanizadas, que considerem a diversidade de vivências femininas e que promovam a equidade no acesso aos serviços de saúde.

Dessa forma, este estudo reforça a necessidade de estratégias que vão além do controle da doença, contemplando intervenções específicas voltadas à saúde mental, à percepção da imagem corporal e à melhoria da qualidade de vida das sobreviventes do câncer de mama. Tais

estratégias devem ser pautadas na integralidade do cuidado e no reconhecimento de múltiplas dimensões que atravessam o processo do adoecimento, recuperação e reconstrução da identidade feminina.

REFERÊNCIAS

ABREU, E. **Pró-Onco 10 anos**. Revista Brasileira de Cancerologia, Rio de Janeiro, v. 43, n. 4, 1997.

ACHATZ, M. I. et al. **Recommendations for advancing the diagnosis and management of hereditary breast and ovarian cancer in Brazil**. JCO Global Oncology, v. 6, p. 439-452, 2020.

ALLEMANNI, C. et al. **Global surveillance of trends in cancer survival 2000–14 (CONCORD-3): analysis of individual records for 37,513,025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries**. The Lancet, v. 391, n. 10125, p. 1023–1075, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)33326-3. Acesso em: 23 fev. 2025.

ALMEIDA, T. R.; GUERRA, M. R.; FILGUEIRAS, M. E. T. **Repercussões do câncer de mama na imagem corporal da mulher: uma revisão sistemática**. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 1003-1029, 2012. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0103-73312012000300009. Acesso em: 10 abr. 2025.

ÁLVAREZ-PARDO, S. et al. **Factors associated with body image and self-esteem in mastectomized breast cancer survivors**. International Journal of Environmental Research and Public Health, v. 20, n. 6, p. 5154, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.3390/ijerph20065154. Acesso em: 16 abr. 2025.

AMARAL, A. C. S.; CARVALHO, P. H. B.; FERREIRA, M. E. C. **A cultura do corpo perfeito: a influência sociocultural na imagem corporal**. In: FERREIRA, M. E. C.; CASTRO, M. R.; MORGADO, F. F. R. (orgs.). Imagem corporal: reflexões, diretrizes e práticas de pesquisa. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2014. p. 173-185.

AMERICAN CANCER SOCIETY (ACS). **Treatments and Side Effects**. Atlanta, GA: American Cancer Society, 2025. Disponível em: https://www.cancer.org/cancer/managing-cancer/treatment-types.html. Acesso em: 6 abr. 2025.

AMERICAN CANCER SOCIETY (ACS). **What is breast cancer?** 2021a. Disponível em: https://www.cancer.org/cancer/types/breast-cancer/about/what-is-breast-cancer.html. Acesso em: 2 mar. 2025.

AMERICAN CANCER SOCIETY (ACS). **Breast Cancer Risk and Prevention**. Atlanta, GA: American Cancer Society, 2021b. Disponível em: http://www.cancer.org/. Acesso em: 2 mar. 2025.

AMERICAN CANCER SOCIETY (ACS). **Treating Breast Cancer**. Atlanta, GA: American Cancer Society, 2020. Disponível em: http://www.cancer.org/. Acesso em: 6 abr. 2025.

AMERICAN CANCER SOCIETY (ACS); MERCK KGaA. **Global burden of cancer in women**. Darmstadt, Germany: American Cancer Society; Merck KGaA, 2017. Disponível em: https://www.cancer.org/research/cancer-facts-statistics/global-burden-of-cancer-in-women.html. Acesso em: 5 mar. 2025.

AMERICAN COLLEGE OF RADIOLOGY. ***BI-RADS* Atlas®: Breast Imaging Report and Data System**. 5th ed. Reston, VA: American College of Radiology, 2013.

AMERICAN JOINT COMMITTEE ON CANCER (AJCC). **What is Cancer Staging?** 2020. Disponível em: https://cancerstaging.org/references-tools/pages/what-is-cancer-staging.aspx. Acesso em: 5 mar. 2025.

AMIN, M. B. et al. **AJCC Cancer Staging Manual**. 8. ed. Cham: Springer International Publishing, 2017.

ANSARI, F. *et al.* **Screening of BRCA1/2 genes mutations and copy number variations in patients with high risk for hereditary breast and ovarian cancer syndrome (HBOC)**. BMC Cancer, v. 20, p. 747, 2020.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. **Critério de Classificação Econômica Brasil – CCEB**, 2023. Disponível em: www.abep.org. Acesso em: 26 abr. 2025.

BATTISTELLO, C. Z.; SILVA, N. W. da; REMOR, E. **What is the relationship between body image and the quality of life of women who underwent surgery for breast cancer? A scoping review**. Psycho-Oncology, v. 33, n. 3, e6329, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1002/pon.6329. Acesso em: 16 abr. 2025.

BAXTER, N. *et al.* **Reliability and validity of the Body Image after Breast Cancer Questionnaire**. The Breast Journal, v. 12, n. 3, p. 221-232, 2006.

BOINON, D. *et al.* **Changes in psychological adjustment over the course of treatment for breast cancer: the predictive role of social sharing and social support**. Psycho-Oncology, v. 23, n. 3, p. 291–298, 2014. Disponível em: https://doi.org/10.1002/pon.3420. Acesso em: 16 abr. 2025.

BORGES, B. S. *et al.* **Estudo qualitativo sobre implicações emocionais, percepção de tratamentos e sobrevivência ao câncer de mama feminino**. Research, Society and Development, v. 12, n. 6, p. e19212641694, 2023. Disponível em: https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/41694. Acesso em: 16 abr. 2025.

BOUFELLI, Gabriela. **Tipos de Câncer de Mama**. Gabriela Boufelli, 2022. Disponível em: https://www.gabrielaboufelli.com.br/tipos-de-cancer-de-mama. Acesso em: 23 fev. 2025.

BRASIL. **Habilitar hospitais em alta complexidade em oncologia**. Portal gov.br, jul. 2024. Disponível em: https://www.gov.br/pt-br/servicos/habilitar-hospitais-em-alta-complexidade-em-oncologia. Acesso em: 9 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 14.758, de 19 de dezembro de 2023. Institui a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, ano 162, n. 240, p. 1, 20 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **12 dicas para prevenir o câncer**. Brasília, 2022a. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/prevencao-ao-cancer/12-dicas-para-prevenir-o-cancer. Acesso em: 5 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção primária e atenção especializada: conheça os níveis de assistência do maior sistema público de saúde do mundo**. Portal gov.br, 28 mar. 2022b. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/marco/atencao-primaria-e-atencao-especializada-conheca-os-niveis-de-assistencia-do-maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo. Acesso em: 9 abr. 2025.

BRASIL. Secretaria-Geral da Presidência da República. **Programa Nacional de Navegação de Pacientes para Pessoas com Neoplasia Maligna de Mama**. Portal gov.br, 09 set. 2022c Disponível em: https://www.gov.br/secretariageral/pt-br/noticias/2022/setembro/lei-cria-o-programa-nacional-de-navegacao-de-pacientes-para-pessoas-com-neoplasia-maligna-de-mama. Acesso em: 5 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para a atenção à saúde nos Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e Unidades de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/portaria_1399_17dez2019.pdf. Acesso em: 16 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório de recomendação: Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Carcinoma de Mama [Internet]**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. 117p. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2022/20220919_rrcarcinoma_mama.pdf. Acesso em: 05 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Conjunta nº 4, de 23 de janeiro de 2018. Aprova as Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Carcinoma de Mama**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 189, de 31 de janeiro de 2014. Institui o Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero (SRC), o Serviço de Referência para Diagnóstico de Câncer de Mama (SDM) e os respectivos incentivos financeiros de custeio e de investimento para a sua implantação**. Brasília, 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br. Acesso em: 5 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. 2. ed. Brasília, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação de Câncer (SISCAN)**. Brasília, 2013b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br. Acesso em: 5 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 779/SAS, de 31 de dezembro de 2008. Define como sistema de informação oficial do Ministério da Saúde, a ser utilizado para o fornecimento dos dados informatizados dos procedimentos relacionados ao rastreamento e à confirmação diagnóstica do câncer de mama, o Sistema de Informação do Controle do Câncer de Mama (SISMAMA)**. Brasília, 2008. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br. Acesso em: 5 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Oncológica. 2005**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_oncologica.pdf. Acesso em: 5 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Viva Mulher: Programa Nacional de Controle de Câncer de Colo Uterino e de Mama**. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer/Pro-Onco, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática**. Brasília, 1984.

BRAY, F. et al. **Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries**. CA: A Cancer Journal for Clinicians, v. 74, n. 3, p. 229-263, 2024. DOI: 10.3322/caac.21834. Disponível em: https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/caac.21834. Acesso em: 15 mar. 2025.

BRAY, F. et al. **Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries**. CA: A Cancer Journal for Clinicians, v. 68, n. 6, p. 394-424, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.3322/caac.21492. Acesso em: 01 mar. 2025.

BREAST CANCER ASSOCIATION CONSORTIUM (BCAC). **The contribution of rare genetic variants to breast cancer risk**. Nature Genetics, v. 53, n. 8, p. 842-854, 2021.

CAFRI, G. et al. **The influence of sociocultural factors on body image: A meta-analysis**. Clinical Psychology: Science and Practice, v. 12, n. 4, p. 421–433, 2005. Disponível em: https://doi.org/10.1093/clipsy.bpi053. Acesso em: 19 abr. 2025.

CAMPANA, A. N. N. B.; CAMPANA, M. B.; TAVARES, M. da C. G. C. F. **Escalas para avaliação da imagem corporal nos transtornos alimentares no Brasil**. Avaliação Psicológica, Porto Alegre, v. 8, n. 3, p. 437–446, dez. 2009. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712009000300015&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 6 abr. 2025.

CAMPANA, A. N. N. B. **Tradução, adaptação transcultural e validação do Body Image Avoidance Questionnaire (BIAQ) e do Body Checking Questionnaire (BCQ) para a língua portuguesa no Brasil. 2007**. 146 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação Física, Campinas, 2007. Disponível em: https://doi.org/10.47749/T/UNICAMP.2007.409332. Acesso em: 10 abr. 2025.

CARVALHO, P. H. B. de. **Adaptação e avaliação do modelo teórico de influência dos três fatores de imagem corporal para jovens brasileiros**. 2016. Tese (Doutorado em Psicologia) — Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2016. Disponível em: https://repositorio.ufjf.br/jspui/handle/ufjf/1821. Acesso em: 19 abr. 2025.

CASH, T. F. **Cognitive behavioral perspective on body image**. In: CASH, T. F.; SMOLAK, L. (ed.). Body image: a handbook of science, practice, and prevention. 2. ed. New York, NY: The Guilford Press, 2011. p. 20–28.

CASH, T. F. **Body image: past, present, and future**. Body Image, v. 1, n. 1, p. 1–5, 2004. Disponível em: https://doi.org/10.1016/S1740-1445(03)00011-1. Acesso em: 20 abr. 2025.

CASH, T. F. **The Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire: Users' Manual**. Norfolk, VA: Old Dominion University, 2000.

CASH, T. F.; PRUZINSKY, T. **Body image: a handbook of theory, research, and clinical practice**. Nova Iorque, EUA: Guilford, 2002.

CASH, T. F.; SMOLAK, L. (org.). **Body image: a handbook of science, practice, and prevention**. 2. ed. New York: The Guilford Press, 2011.

CAVALCANTE, J. A. G.; BATISTA, L. M.; ASSIS, T. S. **Câncer de mama: perfil epidemiológico e clínico em um hospital de referência na Paraíba**. Sanare (Sobral, Online), v. 20, n. 1, p. 17–24, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.36925/sanare.v20i1.1546. Acesso em: 10 abr. 2025.

CERNIKOVA, K. A. et al. **We will be different forever: a qualitative study of changes of body image in women with breast cancer**. BMC Public Health, v. 24, p. 2517, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s12889-024-20017-7. Acesso em: 15 mar. 2025.

CHAGAS, C. R. **Manual de exame clínico das mamas**. São Paulo: Editora Saúde, 2011.

CHARMARAMAN, L. et al. **Early adolescent social media-related body dissatisfaction: Associations with depressive symptoms, social anxiety, peers, and celebrities**. Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics: JDBP, v. 42, n. 5, p. 401–407, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1097/DBP.0000000000000911. Acesso em: 17 abr. 2025.

COLLINS, L. C. **Precision pathology as applied to breast core needle biopsy evaluation: implications for management**. Modern Pathology, v. 34, supl. 1, p. 48-61, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1038/s41379-020-00666-w. Acesso em: 5 mar. 2025.

COUGHLIN, S. S. **Social determinants of breast cancer risk, stage, and survival**. Breast Cancer Research and Treatment, v. 177, n. 3, p. 537-548, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s10549-019-05340-7. Acesso em: 28 fev. 2025.

CSERNI, G.et al. **The new TNM-based staging of breast cancer**. Virchows Archiv, [s.l.], v. 472, n. 5, p. 697-703, 27 jan. 2018. Springer Science and Business Media LLC. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1007/s00428-018-2301-9. Acesso em: 6 mar. 2025.

DE SOUZA, A. D. et al. **Qualidade de vida do paciente oncológico: aspectos psicológicos e sociais do câncer**. ARACÊ, v. 6, n. 3, p. 9096–9105, 2024. Disponível em: https://periodicos.newsciencepubl.com/arace/article/view/1545. Acesso em: 16 abr. 2025.

DIFFUCAP. **Impacto psicológico do câncer de mama: abordando os aspectos emocionais e de saúde mental das pacientes após o diagnóstico**. Diffucap Chemobras, 2023. Disponível em: https://diffucap.com.br/blog/impacto-psicologico-do-cancer-de-mama/. Acesso em: 14 mar. 2025.

DOS SANTOS, J. A. S. et al. **Transtorno alimentar e objetificação feminina: um resultado das relações de poder?** Revista JRG de Estudos Acadêmicos, São Paulo, v. 3, n. 7, p. 123–142, 2020. DOI: 10.5281/zenodo.3992831. Acesso em: 19 abr. 2025.

DOS-SANTOS-SILVA, I. **Políticas de controle do câncer de mama no Brasil: quais são os próximos passos?** Cadernos de Saúde Pública, v. 34, n. 6, e00097018, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0102-311X00097018. Acesso em: 8 abr. 2025.

DURÃES, B. S. et al. **Benefícios da navegação em pacientes oncológicos realizados por enfermeiros: uma revisão integrativa**. Revista Contemporânea, [S.l.], v. 4, n. 1, p. 27–42, 2024. DOI: https://doi.org/10.56083/RCV4N1-002.

ESSER, P. et al. **Body image mediates the effect of cancer-related stigmatization on depression: a new target for intervention**. Psycho-Oncology, v. 27, n. 1, p. 193–198, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1002/pon.4494. Acesso em: 20 abr. 2025.

FARDOULY, J. et al. **The mediating role of appearance comparisons in the relationship between media usage and self-objectification in young women**. Psychology of Women Quarterly, v. 39, n. 4, p. 447–457, 2015. DOI: 10.1177/0361684315581841. Acesso em: 8 abr. 2025.

FAZZINO, T. L. et al. **Weight fluctuation during adulthood and weight gain since breast cancer diagnosis predict multiple dimensions of body image among rural breast cancer survivors**. Psycho-Oncology, v. 26, p. 392–399, 2017. Disponível em: https://doi.org/10.1002/pon.4035. Acesso em: 10 abr. 2025.

FERLAY, J. et al. **Estimating the global cancer incidence and mortality in 2018: GLOBOCAN sources and methods**. International Journal of Cancer, v. 144, n. 8, p. 1941–1953, 2019.

FERREIRA, M. E. C.; CASTRO, E. A.; MORGADO, F. F. R. **Imagem corporal: reflexões, diretrizes e práticas de pesquisa**. Cap. 1, p. 15–48. In: FERREIRA, M. E. C.; CASTRO, E. A.; MORGADO, F. F. R. (org.). Imagem corporal: reflexões, diretrizes e práticas de pesquisa. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2014.

FINGERET, M. C.; TEO, I.; EPNER, D. E. **Managing body image difficulties of adult cancer patients: lessons from available research**. Cancer, v. 120, n. 5, p. 633–641, 2014. Disponível em: https://doi.org/10.1002/cncr.28469. Acesso em: 10 abr. 2025.

FISHER, S.; CLEVELAND, S. E. **Body image and personality**. New York: Dover, 1968.

FRANCESCHINI, J. et al. **Reprodutibilidade da versão em português do Brasil do European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire em conjunto com seu módulo específico para câncer de pulmão**. Jornal Brasileiro de Pneumologia, v. 36, n. 5, out. 2010. Disponível em: https://doi.org/10.1590/s1806-37132010000500011. Acesso em: 10 abr. 2025.

FREDERICK, D. A.; REYNOLDS, T. A. **The value of integrating evolutionary and sociocultural perspectives on body image**. Archives of Sexual Behavior, v. 51, n. 1, p. 57–

66, jan. 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s10508-021-02102-5. Acesso em: 19 abr. 2025.

FREDRICKSON, B. L.; ROBERTS, T. A. **Objectification theory: toward understanding women lived experiences and mental health risks**. Psychology of Women Quarterly, v. 21, n. 2, p. 173–206, 1997. Disponível em: https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.1997.tb00108.x. Acesso em: 19 abr. 2025.

GARCIA, S. N. et al. **Changes in social function and body image in women diagnosed with breast cancer undergoing chemotherapy**. Acta Scientiarum. Health Sciences, Maringá, v. 39, n. 1, p. 57–64, 2017. Acesso em: 16 abr. 2025.

GLOBAL CANCER OBSERVATORY (GLOBOCAN). **Cancer Today**. Lyon: France, 2022. Disponível em: https://gco.iarc.fr/. Acesso em: 3 mar. 2025.

GOBBI, H.; NUNES, C. B. **Câncer de mama: aspectos atuais e anatomia patológica**. In: SILVA, C. H. M.; COUTO, H. L.; ALMEIDA JUNIOR, W. J. (org.). Manual SOGIMIG de mastologia. Rio de Janeiro: MedBook Editora, 2018. Disponível em: https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786557830185/. Acesso em: 2 mar. 2025.

GONÇALVES, C. O. et al. **Validation of the instrument "Body image after breast cancer" in Brazil**. Motriz: Revista de Educação Física, v. 20, n. 1, p. 8–15, 2014.

GRABE, S.; WARD, L. M.; HYDE, J. S. **The role of the media in body image concerns among women: a meta-analysis of experimental and correlational studies**. Psychological Bulletin, Washington, v. 134, n. 3, p. 460–476, maio 2008. DOI: 10.1037/0033-2909.134.3.460. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18444705. Acesso em: 10 abr. 2025.

GROGAN, S. **Body image: understanding body dissatisfaction in men, women and children**. 4. ed. Abingdon: Routledge, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.4324/9781003100041. Acesso em: 19 abr. 2025.

GUAN, M. et al. **Exploring the role of social support in promoting patient participation in health care among women with breast cancer**. Health Communication, v. 36, n. 13, p. 1581–1589, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1080/10410236.2020.1773704. Acesso em: 20 abr. 2025.

GUEDES, T. S. R. et al. **Body image of women submitted to breast cancer treatment**. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, v. 19, n. 6, p. 1487–1493, 2018. DOI: 10.22034/APJCP.2018.19.6.1487. Acesso em: 16 abr. 2025.

GUERRA, M. R. et al. I**nequalities in the burden of female breast cancer in Brazil, 1990–2017**. Population Health Metrics, v. 18, n. 8, 2020. Supl. 1. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s12963-020-00212-5. Acesso em: 1 mar. 2025.

HEIDARI, M.; SHAHBAZI, S.; GHODUSI, M. **Evaluation of body esteem and mental health in patients with breast cancer after mastectomy**. Journal of Mid-life Health, v. 6, n. 4, p. 173–177, 2015. Disponível em: https://doi.org/10.4103/0976-7800.172345. Acesso em: 20 abr. 2025.

HOPWOOD, P. et al. **A body image scale for use with cancer patients**. European Journal of Cancer, v. 37, n. 2, p. 189–197, 2001. Disponível em: https://doi.org/10.1016/s0959-8049(00)00353-1. Acesso em: 10 abr. 2025.

HORMES, J. M. et al. **The Body Image and Relationships Scale: development and validation of a measure of body image in female breast cancer survivors**. Journal of Clinical Oncology, v. 26, n. 8, p. 1269–1274, 2008. Disponível em: https://doi.org/10.1200/JCO.2007.14.2661. Acesso em: 31 mar. 2025.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Controle do câncer de mama no Brasil: dados e números: 2024**. Rio de Janeiro: INCA, 2024. Disponível em: https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/controle-do-cancer-de-mama-no-brasil-dados-e-numeros-2024. Acesso em: 3 mar. 2025.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Câncer de mama: vamos falar sobre isso?** 8. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: INCA, 2023a. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/cartil1.pdf. Acesso em: 3 mar. 2025.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023b. Disponível em: https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2023-incidencia-de-cancer-no-brasil. Acesso em: 16 abr. 2025.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Câncer de mama: versão para profissionais de saúde**. Rio de Janeiro: INCA, 2023c. Disponível em: https://www.inca.gov.br/tiposdecancer/cancer-de-mama/profissional-de-saude. Acesso em: 2 mar. 2025.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Radiações ionizantes**. Rio de Janeiro: INCA, 2022a. Disponível em: https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/causas-e-prevencao-do-cancer/exposicao-no-trabalho-e-no-ambiente/radiacoes/radiacoes-ionizantes. Acesso em: 2 mar. 2025.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Detecção precoce do câncer de mama**. Rio de Janeiro: INCA, 2022b. Disponível em: https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/controle-do-cancer-de-mama/acoes/deteccao-precoce. Acesso em: 2 mar. 2025.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Tratamento**. Rio de Janeiro: INCA, 2022c. Disponível em: https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/controle-do-cancer-de-mama/acoes/tratamento. Acesso em: 6 abr. 2025.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Fatores de risco e prevenção do câncer de mama**. Rio de Janeiro: INCA, 2021a. Disponível em: https://www.inca.gov.br. Acesso em: 3 mar. 2025.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Detecção precoce do câncer**. Rio de Janeiro: INCA, 2021b. Disponível em:

https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/deteccao-precoce-do-cancer.pdf. Acesso em: 5 mar. 2025.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). **Parâmetros técnicos para o rastreamento do câncer de mama**. Rio de Janeiro, 2021c. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document/parametrostecrastreamentocamama_2021_1.pdf. Acesso em: 5 mar. 2025.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). **Tipos de câncer**. Rio de Janeiro, 2021d. Disponível em: https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-mama. Acesso em: 3 mar. 2025.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Conceito e magnitude do câncer de mama**. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/. Acesso em: 5 mar. 2025.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **A situação do câncer de mama no Brasil: síntese de dados dos sistemas de informação**. Rio de Janeiro: INCA, 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2015.

INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER (IARC). **Handbooks of cancer prevention: breast cancer screening**. v. 15. Lyon: France, 2014. (IARC; 15).

JALLAH, J. K. et al. **A review of the advancements in targeted therapies for breast cancer**. Cureus, v. 15, n. 10, e47847, 2023. DOI: https://doi.org/10.7759/cureus.47847. Acesso em: 6 abr. 2025.

JANKAUSKIENE, R.; BACEVICIENE, M. **Media pressures, internalization of appearance ideals and disordered eating among adolescent girls and boys: testing the moderating role of body appreciation**. Nutrients, v. 14, n. 11, p. 2227, 2022. DOI: 10.3390/nu14112227. Acesso em: 6 abr. 2025.

KIM, J. et al. **Global patterns and trends in breast cancer incidence and mortality across 185 countries**. Nature Medicine, v. 31, n. 4, p. 1154–1162, 2025. DOI: 10.1038/s41591-025-03502-3.

KLING, J. et al. **Systematic review of body image measures**. Body Image, v. 30, p. 170–211, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2019.06.006. Acesso em: 6 abr. 2025.

KOENIG, H. G.; BÜSSING, A. **The Duke University Religion Index (DUREL): a five-item measure for use in epidemiological studies**. Religions, v. 1, p. 78–85, 2010.

LEVINE, M. P.; MURNEN, S. K. "**Everybody knows that mass media are/are not [pick one] a cause of eating disorders": A critical review of an old but persistent assumption**. Eating Disorders, v. 28, n. 4, p. 295–312, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1521/jscp.2009.28.1.9. Acesso em: 6 abr. 2025.

LEWIS-SMITH, H. et al. **Psychological and sociocultural influences on body image among midlife women with and without a history of breast cancer: Testing the Tripartite Influence Model of Body Image**. Body Image, v. 35, p. 114–125, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2020.08.011. Acesso em: 6 abr. 2025.

LEWIS-SMITH, H. et al. **Efficacy of psychosocial and physical activity-based interventions to improve body image among women treated for breast cancer: A systematic review**. Psycho-Oncology, v. 27, n. 12, p. 2687–2699, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1002/pon.4870. Acesso em: 6 abr. 2025.

LINDSAY, A. C. et al. **The efficacy of cognitive-behavioral therapy for eating disorders: A systematic review and meta-analysis**. International Journal of Eating Disorders, v. 50, n. 3, p. 215–228, 2017. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29083223/. Acesso em: 19 abr. 2025.

LOVELACE, D. L.; MCDANIEL, L. R.; GOLDEN, D. **Long-term effects of breast cancer surgery, treatment, and survivor care**. Journal of Midwifery & Women's Health, v. 64, n. 6, p. 713–724, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1111/jmwh.13012. Acesso em: 16 abr. 2025.

LUNDGREN, H.; BOLUND, C. **Body experience and reliance in some women diagnosed with cancer**. Cancer Nursing, v. 30, n. 1, p. 16–23, 2007. Disponível em: https://doi.org/10.1097/00002820-200701000-00003. Acesso em: 10 abr. 2025.

MAROUN, P. S.; GOMES, R.; SILVA, A. **Representações culturais do câncer de mama: uma revisão de escopo**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 29, n. 6, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232024296.11002023. Acesso em: 16 abr. 2025.

MARSHALL, A.; BAUMAN, A. **The international physical activity questionnaire: summary report of the reliability & validity studies**. IPAQ Executive Committee, p. 1–25, 2001.

MARTINS, T. C. de F. et al. **Transição da morbimortalidade no Brasil: um desafio aos 30 anos de SUS**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 26, n. 10, 2021. DOI: 10.1590/1413-812320212610.10852021. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.10852021. Acesso em: 15 mar. 2025.

MATSUDO, S. M. et al. **Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil**. Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde, v. 10, p. 5–18, 2001.

McKINLEY, N. M. **Feminist consciousness and objectified body consciousness**. Psychology of Women Quarterly, v. 35, n. 4, p. 684–688, 2011. Disponível em: https://doi.org/10.1177/0361684311428137. Acesso em: 19 abr. 2025.

MEDEIROS, G. C. et al. **Fatores associados ao atraso entre o diagnóstico e o início do tratamento de câncer de mama: um estudo de coorte com 204.130 casos no Brasil**. Revista Brasileira de Cancerologia, v. 66, n. 3, p. 1–12, 2020.

MENEZES, N. N. T. de; SCHULZ, V. L.; PERES, R. S. **Impacto psicológico do diagnóstico do câncer de mama: um estudo a partir dos relatos de pacientes em um grupo de apoio**. Estudos de Psicologia (Natal), v. 16, n. 3, p. 263–271, 2011. DOI: https://doi.org/10.1590/S1413-294X2012000200006. Acesso em: 10 abr. 2025.

MENON, G.; ALKABBAN, F. M.; FERGUSON, T. **Breast Cancer**. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482286/. Acesso em: 2 mar. 2025.

MOKHTARI-HESSARI, P.; MONTAZERI, A. **Health-related quality of life in breast cancer patients: review of reviews from 2008 to 2018**. Health and Quality of Life Outcomes, v. 18, n. 338, 2020. Disponível em: https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12955-020-01591-x. Acesso em: 10 abr. 2025.

MOEHLECKE, B. Z. et al. **Impacto do tratamento oncológico na qualidade de vida de idosas com câncer de mama atendidas pelo Sistema Único de Saúde**. Pan American Journal of Aging Research, v. 10, n. 1, p. e43014, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.15448/2357-9641.2022.1.43014. Acesso em: 9 abr. 2025.

MOURÃO, L.; SILVA, A.; SILVA, M. J. **Câncer de mama: mulheres em tratamento ressignificam corpo e identidades**. Observatório História e Saúde, 2023. Disponível em: https://ohs.coc.fiocruz.br/posts_ohs/cancer-de-mama-mulheres-em-tratamento-ressignificam-corpo-e-identidades/. Acesso em: 16 abr. 2025.

NASCIMENTO, M.; BRANT, F. **Maria, Maria**. Intérprete: Milton Nascimento. In: NASCIMENTO, M. Clube da Esquina 2. Rio de Janeiro: EMI, 1978. 1 disco sonoro (vinil).

NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK (NCCN). **Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®): Breast Cancer**. Version 3.2025. Plymouth Meeting, PA: NCCN, 2025. Disponível em: https://www.nccn.org/guidelines/guidelines-detail?category=1&id=1419. Acesso em: 6 abr. 2025.

NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK (NCCN). **Practice Guidelines in Oncology: Breast Cancer**. Version 2.2019. Disponível em: https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/breast.pdf. Acesso em: 16 abr. 2025.

NATIONAL CANCER INSTITUTE (NCI). **Breast Cancer Treatment (PDQ®)–Health Professional Version**. Bethesda, MD: National Cancer Institute, 2025. Disponível em: https://www.cancer.gov/types/breast/hp/breast-treatment-pdq. Acesso em: 6 abr. 2025.

NEVES, A. N.; MORGADO, F. F. R.; TAVARES, M. C. G. C. F. **Avaliação da imagem corporal: notas essenciais para uma boa prática de pesquisa**. Psicologia: Teoria e Pesquisa, v. 31, n. 3, p. 375–380, 2015. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0102-37722015031945375380. Acesso em: 10 abr. 2025.

NOVAES, E. M. D. F. et al. **Percepção de imagem corporal, características socioeconômicas e estilo de vida em mulheres participantes do ELSA-Brasil na Bahia, Brasil**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 40, n. 2, e00107823, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0102-311XPT107823. Acesso em: 6 abr. 2025.

ONCOGUIA. **Imagem corporal e sexualidade após o câncer de mama**. 2025. Disponível em: https://www.oncoguia.org.br/conteudo/imagem-corporal-e-sexualidade-apos-o-cancer-de-mama/1378/266/. Acesso em: 14 mar. 2025.

PARK, J. H. et al. **Factors influencing psychological distress among breast cancer survivors using machine-learning techniques**. Scientific Reports, v. 14, p. 15052, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1038/s41598-024-65132-y. Acesso em: 20 abr. 2025.

PERES, A. C. A. et al. **Impactos do câncer de mama na autoestima e na qualidade de vida de mulheres em tratamento oncológico**. Revista Brasileira de Qualidade de Vida, v. 14, e13758, 2022. DOI: https://doi.org/10.3895/rbqv.v14n0.13758. Acesso em: 10 abr. 2025.

PEROU, C. M. et al. **Molecular portraits of human breast tumours**. Nature, v. 406, n. 6797, p. 747–752, 2000. Disponível em: https://doi.org/10.1038/35021093. Acesso em: 24 fev. 2025.

PINHEIRO, M. D. R.; FERREIRA, J. O. O **questionário de suporte social: Adaptação e validação da versão portuguesa do Social Support Questionnaire (SSQ6)**. Psychologica, v. 30, p. 315–333, 2002.

POSPIECHA, H. F. F. et al. **Autoestima em tempos difíceis: o impacto do tratamento do câncer de mama nas mulheres**. Facit Business and Technology Journal, v. 7, n. 3, p. 1–15, 2024. Disponível em: https://revistas.faculdadefacit.edu.br/index.php/JNT/article/view/3063. Acesso em: 14 mar. 2025.

PUSIC, A. L. et al. **Development of a new patient-reported outcome measure for breast surgery: the BREAST-Q**. Plastic and Reconstructive Surgery, v. 124, n. 2, p. 345–353, 2009. Disponível em: https://doi.org/10.1097/PRS.0b013e3181aee807. Acesso em: 10 abr. 2025.

REZAEI, M. et al. **Factors influencing body image in women with breast cancer: a comprehensive literature review**. Iranian Red Crescent Medical Journal, v. 18, n. 10, e39465, 2016. DOI: https://doi.org/10.5812/ircmj.39465. Acesso em: 16 abr. 2025.

RHODES, G. **The evolutionary psychology of facial beauty**. Annual Review of Psychology, v. 57, p. 199–226, 2006. Disponível em: https://doi.org/10.1146/annurev.psych.57.102904.190208. Acesso em: 19 abr. 2025.

RIEDEL, F. et al. **Changes of breast and axillary surgery patterns in patients with primary breast cancer during the past decade**. Arch Gynecol Obstet., v. 26, 2018. DOI: 10.1007/s00404-018-4982-3.

RIBEIRO, L. A. S.; ARAÚJO, M. N.; MENDONÇA, T. M. S. **Esperança, medo e qualidade de vida relacionada à saúde na percepção de mulheres com câncer de mama**. Revista Brasileira de Cancerologia, v. 67, n. 3, e-181193, 2021. Disponível em: https://rbc.inca.gov.br/revista/index.php/revista/article/view/1193. Acesso em: 10 abr. 2025.

RYFF, C. D. et al. **Positive psychology: Looking back and looking forward**. Europe's Journal of Psychology, v. 18, n. 1, p. 1–11, 2022. Disponível em: https://europepmc.org/article/pmc/pmc8967995. Acesso em: 19 abr. 2025.

ROSEN, J. C. et al. **Development of a body image avoidance questionnaire**. Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology, v. 3, n. 1, p. 32–37, 1991. DOI: https://doi.org/10.1037/1040-3590.3.1.32. Acesso em: 10 abr. 2025.

RUNOWICZ, C. D. et al. **American Cancer Society/American Society of Clinical Oncology Breast Cancer Survivorship Care Guideline**. CA: A Cancer Journal for Clinicians, v. 66, n. 1, p. 43–73, 2016. DOI: https://doi.org/10.3322/caac.21319. Acesso em: 16 abr. 2025.

SANTOS, D. B.; VIEIRA, E. M. **Imagem corporal de mulheres com câncer de mama: uma revisão sistemática da literatura**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 16, n. 5, p. 2511-2522, 2011. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832012000400003. Acesso em: 3 mar. 2025.

SARASON, I. G. et al. **A brief measure of social support: Practical and theoretical implications**. Journal of Social and Personal Relationships, v. 4, n. 4, p. 497-510, 1987.

SBALCHIERO, J. C. et al. **Tradução do Questionário Breast-Q para a língua portuguesa e sua aplicação em mulheres com câncer de mama**. Revista Brasileira de Cirurgia Plástica, v. 28, n. 4, p. 548–552, 2013. Disponível em: https://doi.org/10.5935/2177-1235.2013RBCP0549. Acesso em: 31 mar. 2025.

SCHILDER, P. **A imagem do corpo: as energias construtivas da psique**. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

SENA, L.; NEVES, M. G. C. **Os impactos psicológicos do diagnóstico e tratamento do câncer de mama em mulheres**. Comunicação em Ciências da Saúde, v. 30, n. 1, p. 19-28, 2019. DOI: https://doi.org/10.51723/ccs.v30i01.367. Acesso em: 14 mar. 2025.

SCHAEFER, L. M. et al. **Development and validation of the Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire–Revised (SATAQ-4R)**. International Journal of Eating Disorders, v. 50, n. 2, p. 104-117, 2017.

SHONTZ, F. C. **Perceptual and Cognitive Aspects of Body Experience**. Londres: Academic Press, 1969. Disponível em: https://archive.org/details/perceptualcognit00fran. Acesso em: 16 abr. 2025.

SILVA, R. R. da et al. **Integralidade do cuidado à mulher com câncer de mama: desafios na implementação da linha de cuidado em um estado do Nordeste do Brasil**. Revista Brasileira de Cancerologia, v. 71, n. 1, 2025. Disponível em: https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2025v71n1.4866. Acesso em: 9 abr. 2025.

SILVA, D. S. da et al. **Câncer de mama: fatores psicológicos causados nos pacientes**. Revista Acadêmica FALOG, v. 1, n. 1, p. 1–10, 2023. Disponível em: https://revistaacademicafalog.com.br/index.php/falog/article/download/46/4. Acesso em: 16 abr. 2025.

SILVA, L. H.; DUCATTI, M. **Apoio psicológico a pacientes com câncer de mama: revisão integrativa**. Revista EIXO, v. 11, n. 3, p. 89–96, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.19123/eixo.v11i3.978. Acesso em: 9 abr. 2025.

SILVA, M. et al. **Rastreamento mamográfico no Brasil: cobertura, desafios e oportunidades**. Revista de Saúde Coletiva, v. 50, n. 4, p. 12–28, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1590/SC123456. Acesso em: 9 abr. 2025.

SILVA, N. M. et al. **Depressão em adultos com câncer**. Ciência Atual, v. 2, n. 1, p. 02-14, 2014. Disponível em: http://inseer.ibict.br/cafsj/index.php/cafsj/article/view/48. Acesso em: 14 mar. 2025.

SILVEIRA, F. M. et al. **Impacto do tratamento quimioterápico na qualidade de vida de pacientes oncológicos**. Acta Paulista de Enfermagem, v. 34, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO00583. Acesso em: 6 abr. 2025.

SLADE, P. D. **What is body image?** Behavior Research and Therapy, v. 32, n. 5, p. 497–502, 1994. Disponível em: https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)90136-8. Acesso em: 10 abr. 2025.

SLATMAN, J. **Phenomenology of bodily integrity in disfiguring breast cancer**. Hypatia, v. 27, n. 2, p. 281–300, 2012. DOI: https://doi.org/10.1111/j.1527-2001.2011.01261.x. Acesso em: 16 abr. 2025.

SLATMAN, J. **The meaning of body experience evaluation in oncology**. Health Care Analysis: Journal of Health Philosophy and Policy, v. 19, n. 4, p. 295–311, 2011. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s10728-010-0153-9. Acesso em: 10 abr. 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ONCOLOGIA CLÍNICA (SBOC). **Mama: doença localizada adjuvância, neoadjuvância e doença metastática**. In: Diretrizes de tratamentos oncológicos 2024. São Paulo: SBOC, 2024. Disponível em: https://sboc.org.br/images/Diretrizes-2024/pdf/19---Diretrizes-SBOC-2024---Mama-adjuvante-v4-FINAL.pdf. Acesso em: 6 abr. 2025.

SOORI, M.; PLATZ, E. A.; KANAREK, N. **Inclusion of evidence-based breast cancer control recommendations and guidelines in state comprehensive cancer control plans**. Prev Chronic Dis, v. 17, p. 200046, 2020. DOI: http://dx.doi.org/10.5888/pcd17.200046.

SOUZA, C. T. de; COSTA, N. da S.; SANTOS, D. G. dos. **O impacto do diagnóstico de câncer de mama no estado emocional e psicológico das mulheres**. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação, v. 10, n. 6, p. 1015–1035, 2024. Disponível em: https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/13382. Acesso em: 16 abr. 2025.

STELTER, R. **Body experience, self and identity: the formation of personal and social constructions of the self through sport and movement**. European Yearbook of Sport Psychology, v. 2, p. 1-32, 1998.

SUISMANN, J. L.; KLAMP, K. L. **Genetic and neuroscientific perspective on body image**. In: CASH, T. F.; SMOLAK, L. (ed.). Body image: a handbook of science, practice, and prevention. 2. ed. New York, NY: The Guilford Press, 2011. p. 20–28.

SWAMI, V. et al. **Body appreciation and health-related behaviors: The role of gratitude toward the body**. Body Image, v. 36, p. 147–153, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2020.11.005. Acesso em: 19 abr. 2025.

SWAMI, V. **Cultural influences on body image**. In: CASH, T. F.; SMITH, E. (Eds.). The Oxford Handbook of the Psychology of Appearance. Oxford: Oxford University Press, 2015. p. 15–29.

SWAMI, V. **Evolutionary perspectives on body image**. In: CASH, T. F.; SMOLAK, L. (Eds.). Body image: A handbook of science, practice, and prevention. New York: Guilford Press, 2011. p. 56–64.

TAUNAY, T. C. D. et al. **Validação da versão brasileira da escala de religiosidade de Duke (DUREL)**. Revista Brasileira de Psiquiatria Clínica, v. 39, n. 4, p. 130-135, 2012.

TEO, I. et al. **Body image and quality of life of breast cancer patients: influence of timing and stage of breast reconstruction**. Psycho-oncology, v. 25, n. 9, p. 1106–1112, 2016. Disponível em: https://doi.org/10.1002/pon.3952. Acesso em: 20 abr. 2025.

TIGGEMANN, M.; ZACCARDO, M. **Exercise to be fit, not skinny: the effect of fitspiration imagery on women's body image**. Body Image, v. 15, p. 61–67, 2015. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.06.003. Acesso em: 19 abr. 2025.

TIGGEMANN, M. **Sociocultural perspectives on human appearance and body image**. In: CASH, T. F.; SMOLAK, L. (org.). Body image: a handbook of science, practice, and prevention. Nova Iorque, EUA: Guilford, 2011. p. 12–19.

THOMPSON, J. K. **The (mis)measurement of body image: ten strategies to improve assessment for applied and research purposes**. Body Image, v. 1, n. 1, p. 7–14, 2004. DOI: https://doi.org/10.1016/S1740-1445(03)00004-4. Acesso em: 16 abr. 2025.

THOMPSON, J. K. et al. **Exacting beauty: Theory, assessment, and treatment of body image disturbance**. Washington, DC: American Psychological Association, 1999.

TOMMASI, C. et al. **Long-term effects of breast cancer therapy and care: calm after the storm?** Journal of Clinical Medicine, v. 11, n. 23, p. 7239, 2022. DOI: 10.3390/jcm11237239. Acesso em: 6 abr. 2025.

TURTELLI, L. S.; TAVARES, M. C. G. C. F.; DUARTE, E. **Caminhos da pesquisa em imagem corporal na sua relação com o movimento**. Revista Brasileira de Ciências do Esporte, Campinas, v. 24, n. 1, p. 151–166, set. 2002. Disponível em: https://cev.org.br/biblioteca/caminhos-pesquisa-imagem-corporal-sua-relacao-com-o-movimento/. Acesso em: 16 abr. 2025.

TYLKA, T. L.; WOOD-BARCALOW, N. L. **What is and what is not positive body image? Conceptual foundations and construct definition**. Body Image, v. 14, p. 118-129, 2015.

UNIÃO INTERNACIONAL CONTRA O CÂNCER (UICC). **TNM: Classificação de Tumores Malignos - Tradução Instituto Nacional de Câncer**. 7. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2012.

VAMOS, M. **Body image in chronic illness: a reconceptualization**. International Journal of Psychiatry in Medicine, v. 23, n. 2, p. 163–178, 1993. Disponível em: https://doi.org/10.2190/BLL4-EVAL-49Y3-4G66. Acesso em: 20 abr. 2025.

VANDENDORPE, B. et al. **Psychological and physical impact in women treated for breast cancer: Need for multidisciplinary surveillance and care provision**. Cancer/Radiothérapie, v. 25, n. 4, p. 330–339, 2021. DOI: https://doi.org/10.1016/j.canrad.2020.12.005. Acesso em: 16 abr. 2025.

VAN MANEN, M. **Modalities of body experience in illness and health**. Qualitative Health Research, v. 8, n. 1, p. 7-24, 1998. Disponível em: https://doi.org/10.1177/104973239800800102. Acesso em: 16 abr. 2025.

VARGAS, G. de S. et al. **Rede de apoio social à mulher com câncer de mama**. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online, Rio de Janeiro, v. 12, p. 73–78, 2021. DOI: https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.7030. Disponível em: https://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/7030. Acesso em: 10 abr. 2025.

VIEIRA, E. M. et al. **Validação do Body Image Relationship Scale para mulheres com câncer de mama**. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 37, n. 10, p. 473–479, 2015. Disponível em: https://doi.org/10.1590/SO100-720320150005354. Acesso em: 10 abr. 2025.

YAO, Y. et al. ***The relationship among body image, psychological distress, and quality of life in young breast cancer patients: a cross-sectional study***. Frontiers in Psychology, v. 15, 1411647, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1411647. Acesso em: 16 abr. 2025.

YOUNG, I. M. **On female body experience: "Throwing like a girl" and other essays**. New York: Oxford University Press, 2005.

WANG, J. et al. **Effects of psychological intervention on negative emotions and psychological resilience in breast cancer patients after radical mastectomy**. World Journal of Psychiatry, v. 14, n. 1, p. 8–14, 2024. DOI: https://doi.org/10.5498/wjp.v14.i1.8. Acesso em: 16 mar. 2025.

WAPNER, S. **The holistic, developmental, systems-oriented perspective in environmental psychology**. In: STOKOLS, D.; ALTMAN, I. (Eds.). Handbook of environmental psychology. New York: Wiley, 1987. p. 1433–1465.

WERNER, H. **Comparative psychology of mental development**. New York: International Universities Press, 1948.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Noncommunicable diseases**. 2024. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases. Acesso em: 15 mar. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global breast cancer initiative implementation framework: assessing, Fredrickson & Roberts, 1997 strengthening, and scaling-up of services for the early detection and management of breast cancer**.

Executive summary. Geneva: World Health Organization, 2023. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240075935. Acesso em: 15 mar. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Cancer. Breast cancer: prevention and control**. Geneva: WHO, 2020. Disponível em: http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/. Acesso em: 05 mar. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO report on cancer: setting priorities, investing wisely and providing care for all**. Geneva: WHO, 2020. Disponível em: https://apps.who.int/iris/handle/10665/330745. Acesso em: 28 fev. 2025.

WÜNSCH FILHO, V. et al. **Perspectivas da investigação sobre determinantes sociais em câncer**. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 18, n. 3, p. 427-450, 2008. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0103-73312008000300004. Acesso em: 28 fev. 2025.

ZAMANIAN, H. et al. **Perceived social support, coping strategies, anxiety and depression among women with breast cancer: Evaluation of a mediation model**. European Journal of Oncology Nursing: The Official Journal of European Oncology Nursing Society, v. 50, p. 101892, 2021. DOI: 10.1016/j.ejon.2020.101892.

ZHANG, Y. et al. **Global burden of female breast cancer and its association with socioeconomic development status, 1990–2044**. Cancer Reports, v. 6, n. 3, e1827, 2023. DOI: 10.1002/cnr2.1827. Acesso em: 17 abr. 2025.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Artigo Empírico da Tese em formato de submissão para publicação

BODY IMAGE AMONG BRAZILIAN BREAST CANCER SURVIVORS: PREVALENCE AND SOCIOECONOMIC, CLINICAL, AND BEHAVIORAL FACTORS.

Rafaela Russi Ervilha[1], Maximiliano Ribeiro Guerra[1], Angélica Atala Lombelo Campos[1], Joan Warren[1], Jane Rocha Duarte Cintra[2], Fernando Antônio Basile Colugnati[3], Anna Weiss[4], Ana Paula Cupertino[5], Maria Teresa Bustamante Teixeira[1].

1. Graduate Program in Public Health, Federal University of Juiz de Fora. Juiz de Fora, MG, Brazil.
2. Instituto Oncológico/Nove de Julho Hospital. Juiz de Fora, MG, Brazil.
3. Department of Clinical Internship, Federal University of Juiz de Fora. Juiz de Fora, MG, Brazil.
4. Department of Surgery, University of Rochester Medical Center. Rochester, NY, USA.
5. Surgical Health Outcomes and Reaching for Equity, University of Rochester Medical Center. Rochester, NY, USA.

***Corresponding author:** rafaelarussipsi@gmail.com (RRE)

ABSTRACT

Introduction: Advances in personalized treatment have improved breast cancer survival rates. However, these treatments often lead to physical and psychological changes that can negatively affect body image and quality of life. Younger survivors might be particularly vulnerable to these effects. This issue is especially relevant in Brazil, where cultural factors contribute to a heightened concern about body image among women. **Objective:** To assess body image and its association with socioeconomic, clinical, and behavioral factors among female breast cancer survivors in Brazil. **Methods:** A cross-sectional study was conducted at two oncological care centers in the southeast region of Brazil involving 101 women diagnosed with breast cancer between 2014 and 2016. Participants completed the validated Portuguese version of the Body Image after Breast Cancer Questionnaire and provided sociodemographic, clinical, and behavioral data. Body image perception was categorized as satisfied (≤87 points) or dissatisfied (>88 points). Bivariate and multivariate analyses were performed to identify factors associated with body image dissatisfaction. **Results:** Among the participants, 47.5% reported body image dissatisfaction. Younger age (<49 years, OR = 3.35, 95% CI: 1.13–9.92, p = 0.028), being

physically active (OR = 3.59, 95% CI: 1.16–11.1, p = 0.026), consuming fewer than four drinks per occasion (OR = 4.12, 95% CI: 1.11–15.3, p = 0.034), and lower perceived social support (OR = 4.00, 95% CI: 1.49–10.7, p = 0.006) were significantly associated with body image dissatisfaction. **Conclusion:** Body image dissatisfaction affects nearly half of the participants, particularly younger women and those with healthy lifestyles, reflecting a deep-rooted cultural emphasis on physical appearance among Brazilian women. Efforts should focus on providing enhanced social support for those struggling with body acceptance, emphasizing early and continuous assistance to improve quality of life and build resilience throughout survivorship.

Keywords: Breast neoplasms; Body image dissatisfaction; Young women; Behavioral factors; Prevalence study.

INTRODUCTION

Breast cancer is the most common cancer among women in 157 out of 185 countries (85%), accounting for nearly 12% of all cancer cases worldwide and approximately 2.3 million new diagnoses annually[1-3]. In Brazil, 73,610 new breast cancer cases are expected each year from 2023 to 2025, representing an adjusted incidence rate of 41.89 cases per 100,000 women[4]. Over the past two decades, breast cancer mortality rates have significantly declined to 15 deaths per 100,000 women[1]. Consequently, breast cancer survivorship rates have increased. In Brazil, 80 to 84% of women diagnosed with breast cancer are expected to survive at least five years post-diagnosis, while 75% are expected to survive for at least ten years[5].

The development of personalized treatment plans and advanced therapies has contributed to rising survival rates, through a combination of surgery, chemotherapy, radiotherapy, and hormone therapy, enabling many women with breast cancer to live longer[6]. However, breast cancer treatments are often associated with side effects and long-term clinical and behavioral consequences that can affect quality of life[7]. Taken together, many patients with breast cancer have a very long time to live with the burden of undesirable treatment side effects. Post-treatment changes may include hair loss, frozen shoulder, lymphedema, chronic pain, disrupted circadian rhythms, and weight fluctuations[8]. These challenges frequently intersect with psychosocial difficulties, with body image changes reported by more than 60% of breast cancer survivors as one of their most common concerns[9].

Body image is a multidimensional construct encompassing several dimensions including perceptual (body size estimation relative to actual size); attitudinal (subjective satisfaction or dissatisfaction with the body); affective (emotional responses to one’s

appearance); cognitive (investment in appearance and personal beliefs about the body); and behavioral (compensatory behaviors such as dieting) [10,11]. In oncology, body image is an integral part of the patient's experience across the cancer care continuum, including diagnosis, treatment, and survivorship[12]. For breast cancer survivors, body image can be significantly affected, as the disease and its treatments often involve visible bodily changes, such as hair loss, scarring, breast shape and cosmetic changes, and breast removal with or without reconstruction. While these changes are necessary for survival, they may lead to persistent dissatisfaction with body image and a lasting sense of altered self-perception well into survivorship[12,13].

Multiple factors influence body image perception among breast cancer patients, such as socioeconomic status, cancer stages and types, physical function, quality of life, lifestyle habits, levels of social support, religiosity, and cultural status[14-19]. For instance, women from lower socioeconomic backgrounds may face compounded challenges, including limited access to reconstructive surgery[19]. Physical limitations resulting from treatment side effects can also reduce functional ability, affecting one's sense of wholeness and autonomy—key components of body image[20,21]. Additionally, social support networks play a critical role; positive reinforcement from family, friends, and communities can help alleviate self-consciousness and encourage self-acceptance[22]. Many survivors prioritize concerns about body image only after the immediate survival threat has passed, typically during the transition from acute treatment to long-term survivorship. This shift often marks a period when emotional and psychological responses to altered physical appearance may intensify[23,24].

This study collected data from patient medical records and in-person interviews to assess body image perception and its association with socioeconomic, clinical, and behavioral factors among female breast cancer survivors with long-term follow-up in Brazil. The findings aim to inform healthcare strategies focused on behavioral interventions and services designed to mitigate the adverse effects of treatment and improve the quality of life for breast cancer survivors in Brazil.

MATERIAL AND METHODS

Study design

This descriptive cross-sectional study was conducted in two clinical centers—one public and one private—dedicated to comprehensive oncological care in Juiz de Fora, Minas Gerais, in southeastern region of Brazil. These centers serve Juiz de Fora and surrounding municipalities, caring for approximately 300 breast cancer patients annually. Services include diagnosis, treatment, survivorship, and palliative care. These centers were among the first

accredited comprehensive breast cancer programs authorized to perform high-complexity clinical procedures (Unidade de Alta Complexidade de Oncologia - UNACON) in Minas Gerais.

Study population

We used a hospital cancer registry to identify 230 women who had been diagnosed with breast cancer between 2014 and 2016 as possible participants in in-person interviews. Women had to be at least 18 years old, residing in Juiz de Fora and surrounding municipalities, and receiving follow-up care at the two referral centers. Women with cognitive deficits that prevented them from completing the survey and those undergoing chemotherapy or radiotherapy at the time of data collection were excluded. Trained research staff contacted the 230 eligible participants by phone to introduce the study and invited them to complete an in-person survey.

Data collection

The survey collected data on body image as well as sociodemographic, clinical, and behavioral characteristics of breast cancer survivors. Data collection took place in two phases between March 2018 and August 2019. In the first phase, the research team extracted data from medical records, including diagnosis, treatment, staging, and tumor profile information. In the second phase, eligible women were invited to complete an in-person survey to collect data on body image and sociodemographic, clinical, and behavioral characteristics.

Measures

Body Image after Breast Cancer Questionnaire (BIBCQ)

The study used the validated Portuguese version of the Body Image after Breast Cancer Questionnaire (BIBCQ)[25,26], which was administered during the survey. The 44-item instrument measures perceived body image across six scales: (1) Vulnerability, covering negative feelings and concerns about cancer and the body (9 items); (2) Body Stigma, focusing on self-appearance, body acceptance, social interactions, physical intimacy, and fears (14 items); (3) Transparency, addressing concerns about body changes due to cancer, including self-esteem, validation, and insecurity (6 items); (4) Body Concerns, covering satisfaction with body shape, self-image, acceptance, appreciation, and comfort with appearance (6 items); (5) Arm Concerns, about satisfaction with arm appearance and concerns about swelling and pain (3 items); and (6) Limitations, which includes competencies, energy, and participation in

activities (6 items). Of the 44 items, two are specific to women who underwent mastectomy without reconstruction, and six are specific to those who had a lumpectomy or reconstruction.

Participants responded using a Likert scale, rating their agreement levels from 1 (completely disagree) to 5 (completely agree) and frequency from 1 (never) to 5 (always). The maximum and minimum scores vary by scale: vulnerability (8–45), body stigma (10–65), limitations (6–30), body concerns (6–30), transparency (5–30), and arm concerns (3–15). Higher BIBCQ scores indicate worse body image perception (maximum score: 173). For this study, the median score of 87.00 (range: 52–173) was used as the cut-off point. Scores were divided into two categories: body image satisfaction (≤87.00) and body image dissatisfaction (>88.00)[27].

Sociodemographic characteristics

Sociodemographic variables analyzed included age (<49 years or ≥50 years), self-reported race/ethnicity (white or non-white), education (<8 years or ≥8 years), marital status (living with a partner or not), occupation (formal or informal job), socioeconomic status according to the Brazilian Economic Classification Criterion (A, B1, B2 or C1, C2, D, E), place of residence (same municipality as healthcare service [Juiz de Fora] or other), and healthcare type (public or private). These characteristics were collected through self-report during the interview and confirmed in the medical records.

The Brazilian Economic Classification Criteria (Critério de Classificação Econômica do Brasil - CCEB) is a standardized system used in research and market studies to categorize the population into socioeconomic strata from A (highest) to E (lowest). Developed by the Brazilian Association of Research Companies (Associação Brasileira de Empresas e Pesquisas - ABEP), it estimates the purchasing power and living conditions of households based on factors such as the education level of the household head, possession of durable goods, number of bathrooms, and presence of domestic workers (ABEP, 2023)[28].

Clinical factors

Clinical characteristics included body mass index (eutrophic or overweight), presence of comorbidities (yes or no), cancer stage (early – 0, I, or II or advanced – III and IV), and type of surgery (lumpectomy or mastectomy, with or without reconstruction). This information was obtained through medical records and confirmation of information during the survey.

Behavioral and other social characteristics

Behavioral characteristics included self-reported eating habits (good/very good or fair/poor/very poor), physical activity (active or sedentary), alcohol consumption (<4 drinks on one occasion or ≥4), social support (≤45 or >46 points), and religiosity (≤8 or >9 points). Physical activity was assessed using the short form of the Portuguese version of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ)[29,30], which was administered during the survey. This seven-item questionnaire estimates the time spent per week in various dimensions of physical activity, including frequency, intensity, and duration. Respondents engaged in at least 150 minutes per week were classified as active. Those involved in less than ten consecutive minutes of physical activity were classified as sedentary.

Social support was assessed during the survey with the short form of the Portuguese version of the Social Support Questionnaire (SSQ)[31,32], which includes six items about the availability and satisfaction of social support. Responses provide two indices: the numerical index (SSQ6N) and the satisfaction index (SSQ6S), summed for a comprehensive social support score. For this study, perception of the level of social support was categorized as low (≤45 points) or high (>46 points)[33].

Religiosity was measured using the Portuguese version of the Duke University Religiosity Index (DUREL)[34,35], administered during the survey. This five-item tool evaluates three dimensions associated with health outcomes: Organizational Religiosity (public activities), Non-Organizational Religiosity (private practices), and Intrinsic Religiosity (personal importance of beliefs). Scores range from 1 to 30, with higher scores indicating greater religiosity. In this study, they were grouped as lower (≤8 points) or higher religiosity levels (>9 points)[36].

Data analysis

Descriptive analyses examined participants' sociodemographic, clinical, and behavioral and other social characteristics, calculating absolute and relative frequencies for each variable. A significance level of 5% was set for statistical inference.

Bivariate analysis used Pearson's chi-squared test to assess associations between the outcome variable (body image dissatisfaction) and independent variables. Multivariate analysis used Binary Logistic Regression to control for potential confounders defined as variables with a p-value ≤0.20 in the bivariate analysis. These covariates—age, income, body mass index, type of surgery, dietary habits, physical activity, alcohol consumption, and perceived social support—were included in the initial multivariate model to ensure the consideration of relevant factors while minimizing overfitting. Backward elimination was then applied to refine the

model, retaining only variables with a p-value ≤0.05 in the final analysis. All statistical analyses were conducted with Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 20.0 (IBM Corp., Armonk, NY, USA).

RESULTS

Among the participants (N=101), most were aged 50 or older (70.3%), identified as white (59.4%), had more than eight years of education (59.4%), lived with a partner (53.5%), were not formally employed (64.0%), and had lower socioeconomic status (57.4%). Additionally, 80.2% lived in the same municipality as their healthcare service, and 55.4% received treatment through the public health system. Clinically, 64.9% were overweight, 66.3% reported multiple comorbidities, 78.2% were diagnosed at an early stage, and 91.0% had undergone lumpectomy. Regarding behavioral characteristics, 67.3% reported good eating habits, 76.2% were physically active, and 83.2% consumed fewer than four drinks per occasion. Despite these findings, more than half of the participants perceived low levels of social support (52.6%) and religiosity (64.4%). Regarding body image perception, 48 (47.5%) reported body image dissatisfaction. Tables 1 and 2 presents the descriptive results.

The bivariate analysis identified significant associations between body image dissatisfaction and sociodemographic, clinical, and behavioral factors. Participants younger than 49 years (OR = 2.50, 95% CI: 1.03–6.03; p = 0.039), those who underwent mastectomy with or without reconstruction (OR = 4.26, 95% CI: 0.84–21.6; p = 0.061) were more likely to report body image dissatisfaction. Participants who rated their eating habits as “very good” or “good” (OR = 2.65, 95% CI: 1.12–6.28; p = 0.024), those who were physically active (OR = 3.60, 95% CI: 1.14–9.71; p = 0.009), and those who consumed fewer than four doses per occasion (OR = 3.20, 95% CI: 1.04–9.90; p = 0.037) were at higher risk of body image dissatisfaction. Additionally, participants with lower perceived social support (OR = 3.54, 95% CI: 1.53–8.23; p = 0.003) were significantly more likely to report body image dissatisfaction. These findings are summarized in Tables 1 and 2.

Table 1. Sociodemographic factors associated with body image dissatisfaction in women with breast cancer (2014–2016, Juiz de Fora, Brazil)

Variables	N (col %)[1]	Body Image		OR (95% CI)[4]	p-value[5]
		Dissatisfaction (col %)[2]	Satisfaction (col %)[3]		
Sociodemographic factors	101 (100)	48 (47.5)	53 (52.5)		
Age					
<49 years old	71 (70.3)	42 (59.2)	29 (40.8)	2.50 (1.03 – 6.03)	0.039
≥50 years old	30 (19.7)	11 (37.6)	19 (63.3)	1.00	
Race/Ethnicity					
White	60 (59.4)	29 (48.3)	31 (51.7)	0.66 (0.29 – 1.47)	0.313
Non-white	41 (40.6)	24 (58.5)	17 (41.5)	1.00	
Education[6]					
<8 years	41 (40.6)	22 (53.7)	19 (46.3)	1.08 (0.48 – 2.40)	0.844
≥8 years	60 (59.4)	31 (51.7)	29 (48.3)	1.00	
Marital status					
Living with a partner	54 (53.5)	30 (55.6)	24 (44.1)	1.30 (0.59 – 2.85)	0.506
Not living with a partner	47 (46.5)	23 (48.9)	24 (51.1)	1.00	
Occupation					
Formal job	36 (36.0)	18 (50.0)	18 (50.0)	0.82 (0.36 – 1.87)	0.652
Informal job	64 (64.0)	35 (54.7)	29 (45.3)	1.00	
Socioeconomic status					
A, B1, B2	43 (42.6)	25 (58.1)	18 (41.9)	1.48 (0.67 – 3.29)	0.326
C1, C2, D, E	58 (57.4)	28 (48.3)	30 (51.7)	1.00	
Place of residence					
Juiz de Fora	80 (79.2)	42 (52.5)	38 (47.5)	1.00 (0.38 – 2.63)	0.992
Other municipalities	21 (22.8)	11 (52.4)	10 (47.6)	1.00	
Healthcare type					
Public	56 (55.4)	30 (53.6)	26 (46.4)	1.10 (0.50 – 2.42)	0.806
Private	45 (46.6)	23 (51.1)	22 (48.9)	1.00	

1. Differences in totals (N) are due to incompleteness of information; 2. BID: Body Image Dissatisfaction (>88points); 3. BIS: Body Image Satisfaction (≤87 points); 4. OR (95% CI): odds ratio and 95% Confidence Interval; 5. P-value: ≤0.20 from the chi-squared test; 6. Education is considered as years of study.

Table 2. Association between clinical and behavioral factors and body image dissatisfaction among women with breast cancer (2014–2016, Juiz de Fora, Brazil)

Variables	N (col %)[1]	Body Image		OR (95% CI)[4]	p-value[5]
		Dissatisfaction (col %)[2]	Satisfaction (col %)[3]		
Clinical factors	101 (100)	48 (47.5)	53 (52.5)		
Body Mass Index					
Eutrophic	33 (35.1)	15 (45.5)	18 (54.5)	0.57 (0.24 – 1.36)	0.208
Overweight	61 (64.9)	36 (59.0)	25 (41.0)	1.00	
Comorbidities					
Yes	67 (66.3)	37 (55.2)	30 (44.8)	1.38 (0.60 – 3.17)	0.437
No	34 (33.7)	16 (47.1)	18 (52.9)	1.00	
Staging					
Initial (0, I or II)	79 (78.2)	40 (50.6)	39 (49.4)	0.71 (0.27 – 1.85)	0.482
Advanced (III or IV)	22 (21.8)	13 (59.1)	9 (40.9)	1.00	
Type of surgery					
Lumpectomy	91 (91.0)	50 (54.9)	41 (45.1)	4.26 (0.84 – 21.6)	0.061
Mastectomy	9 (9.0)	2 (22.2)	7 (77.8)	1.00	
Body Mass Index					
Eutrophic	33 (35.1)	15 (45.5)	18 (54.5)	0.57 (0.24 – 1.36)	0.208
Overweight	61 (64.9)	36 (59.0)	25 (41.0)	1.00	
Comorbidities					
Yes	67 (66.3)	37 (55.2)	30 (44.8)	1.38 (0.60 – 3.17)	0.437
No	34 (33.7)	16 (47.1)	18 (52.9)	1.00	
Staging					
Initial (0, I or II)	79 (78.2)	40 (50.6)	39 (49.4)	0.71 (0.27 – 1.85)	0.482
Advanced (III or IV)	22 (21.8)	13 (59.1)	9 (40.9)	1.00	
Type of surgery					
Lumpectomy	91 (91.0)	50 (54.9)	41 (45.1)	4.26 (0.84 – 21.6)	0.061
Mastectomy	9 (9.0)	2 (22.2)	7 (77.8)	1.00	
Behavioral factors					
Eating habits					
Very good/good	68 (67.3)	41 (60.3)	27 (39.7)	2.65 (1.12 – 6.27)	0.024
Regular/poor/very poor	33 (32.7)	12 (36.4)	21 (63.3)	1.00	
Physical activity[7]					
Active	77 (76.2)	46 (59.7)	31 (40.3)	3.60 (1.13 – 9.70)	0.009
Sedentary	24 (23.8)	7 (29.2)	17 (70.8)	1.00	
Alcohol consumption					
<4 drinks on one occasion	84 (83.2)	48 (57.1)	36 (49.2)	3.20 (1.03 – 9.89)	0.037
>4 on one occasion	17 (16.8)	5 (29.4)	12 (70.6)	1.00	
Perceived level of Social Support[8]					
Low	51 (52.6)	32 (69. 6)	14 (30.4)	3.54 (1.52 – 8.23)	0.003
High	46 (47.4)	20 (39.2)	31 (60.8)	1.00	
Level of Religiosity[9]					
High	36 (35.6)	19 (52.8)	17 (47.2)	1.01 (0.45 – 2.30)	0.964
Low	65 (64.4)	34 (52.3)	31 (47.7)	1.00	

7. Assessed using IPAQ; 8. Assessed using SSQ; 9. Assessed using DUREL.

Source: Authors (2025).

The multivariate analysis further identified significant associations between body image dissatisfaction and sociodemographic and behavioral factors in the final regression model. Participants younger than 49 years (OR = 3.35, 95% CI: 1.13–9.92; p = 0.028), those who were physically active (OR = 3.59, 95% CI: 1.16–11.1, p = 0.026), those who consumed fewer than four drinks per occasion (OR = 4.12, 95% CI: 1.11–15.3, p = 0.034), and those with lower perceived social support (OR = 4.00 95%CI: 1.49–10.7, p = 0.006) were more likely to report body image dissatisfaction. These findings are detailed in Table 3.

Table 3. Logistic regression analysis of factors associated with body image dissatisfaction in women with breast cancer (2014–2016, Juiz de Fora, Brazil).

Variables	Body Image Dissatisfaction[1]			
	Crude OR (95% CI)[2]	p-value[3]	Adjusted OR (95% CI)[2]	p-value[4]
Age				
<49 years old	2.50 (1.03 – 6.03)	0.039	3.35 (1.13 – 9.92)	0.028
≥50 years old	1.00		1.00	
Physical activity				
Active	3.60 (1.13 – 9.70)	0.009	3.59 (1.16 – 11.1)	0.026
Sedentary	1.00		1.00	
Alcohol consumption				
<4 drinks on one occasion	3.20 (1.03 – 9.89)	0.037	4.12 (1.11 – 15.3)	0.034
>4 drinks on one occasion	1.00		1.00	
Perceived level of Social Support[5]				
Low	3.54 (1.52 – 8.23)	0.003	4.00 (1.49 – 10.7)	0.006
High	1.00		1.00	

1. Body Image Dissatisfaction: >88 points; 2. OR 95% CI: odds ratio and 95% Confidence Interval; 3. P-value: ≤0.20 from the chi-squared; 4. P-value: ≤0.05 from the chi-squared; 5. Assessed using SSQ.
Source: Authors (2025).

DISCUSSION

Many breast cancer survivors experience long-term sequelae of treatments because of increased survival times following diagnosis and relatively low mortality rates over time. Among these sequelae, body image dissatisfaction stands out as one of the most adverse and persistent side effects. In our study, nearly half of the breast cancer survivors reported dissatisfaction with their body image, underscoring the significant burden of this issue among Brazilian women with breast cancer. Furthermore, our findings identified key sociodemographic and behavioral factors associated with this outcome. Younger age (<49 years), being physically active, consuming lower amounts of alcohol (<4 drinks on one occasion), and perceiving lower social support were significantly linked to greater body image

dissatisfaction. These results highlight the multifactorial nature of body image perception and its complex interactions with survivorship experiences.

Previous studies have reported prevalence rates of body image dissatisfaction among breast cancer survivors between 30% and 76%[27,36-38,41]. A study of long-term breast cancer survivors in Denmark reported a dissatisfaction prevalence of 30%[43] while in the United States; research has documented prevalence rates of body image alterations between 31% and 67%[37]. In Brazil, two separate studies on women undergoing treatment for breast cancer reported prevalence rates of 74.8% and 75.7%[27,38]. The elevated prevalence in Brazil of body image dissatisfaction may be influenced by a strong sociocultural emphasis on aesthetics, reflected in the country's ranking as the world's leader in plastic surgeries and the second in breast-related procedures[39]. This focus on physical appearance may heighten distress among breast cancer survivors, emphasizing the need for further research on cultural and psychological factors shaping body image perceptions. Additionally, it highlights the importance of tailored interventions to support Brazilian women in adapting to body changes and improving post-treatment quality of life.

Although our findings show a lower prevalence of body image dissatisfaction compared to previous Brazilian studies[27,38], these differences may stem from variations in participant contexts. For instance, our interviews were conducted in person at the treatment center, potentially influencing participants to report less dissatisfaction to avoid negative perceptions of the care they received. On the other hand, our results provide valuable insights into the factors influencing body image perception, particularly among younger women (<49 years old), who reported body image dissatisfaction. This aligns with studies in China and Portugal, where younger women also exhibited higher dissatisfaction[40,41]. Furthermore, Junqueira and Santos qualitatively described how younger Brazilian survivors often lament the loss of their pre-cancer bodies, including long hair, and compare themselves to idealized media images[42]. Such findings emphasize that younger women frequently perceive breast cancer-related changes, such as scarring or loss of breast tissue, as profoundly disruptive to their femininity, sexuality, and identity[43]. These factors amplify their dissatisfaction and highlight the importance of age-specific psychosocial interventions, which should address their unique experiences and expectations[28,43]. This finding is particularly significant, as younger breast cancer patients have a longer life expectancy and may experience the long-term consequences of their treatment for an extended period.

Our results showed an association between physical activity and body image dissatisfaction, with physically active women reporting higher levels of body image

dissatisfaction. This finding may appear counterintuitive, given the established benefits of physical activity for mental health and self-esteem in cancer survivors[44,45]. However, there is a duality in the literature concerning these results. Some studies suggest that physical activity positively impact patients' quality of life[46,47]. On the other hand, research investigating patient perspectives has identified numerous obstacles to physical activity for them, such as difficulty in setting realistic goals, which leads to reduced motivation compared to their pre-cancer condition[48]. Additionally, societal norms often emphasize physical perfection, potentially compounding dissatisfaction among women who are unable to meet these unrealistic ideals despite their active lifestyles[49]. It is plausible that women engaging in regular physical activity might exhibit greater concern with their physical appearance, which could lead to more critical self-assessments of their body image. Research has shown that women, across various body types—whether eutrophic, overweight, or obese—commonly experience dissatisfaction with their current body image and tend to present distortions in its perception[50].

Lower alcohol consumption (<4 drinks on one occasion) was another significant factor associated with body image dissatisfaction. There is evidence that alcohol consumption increases the risk of breast cancer recurrence and the risk of developing a second primary breast cancer[51]. This association may reflect heightened health consciousness among women who limit alcohol intake, leading to greater awareness of and sensitivity to post-treatment physical changes[52]. Alternatively, this behavior might be part of broader lifestyle adjustments influenced by their cancer experience, warranting exploration of the psychosocial implications of such changes[53].

Lower perceived social support was strongly associated with body image dissatisfaction, consistent with literature emphasizing the protective role of robust social networks in mitigating psychosocial distress[23,31]. Breast cancer survivors with limited social reinforcement may experience increased isolation and vulnerability, exacerbating body image concerns[22]. Interventions aimed at improving communication skills with family and friends about their body image, experiences, and treatment-related traumas can help strengthen social networks and enhance the quality of relationships. Such strategies are crucial for fostering supportive environments that improve survivors’ quality of life.

Although the findings are meaningful, this study has some limitations warranting consideration. The cross-sectional design does not allow for the establishment of causality, and body image dissatisfaction is influenced by dynamic, context-specific factors, such as individual coping styles and social environments. Further research using longitudinal designs would help to clarify these relationships and their progression over time. Additionally, our

sample was limited to two hospitals and both are oncology reference centers that serve Juiz de Fora and surrounding municipalities. However, as one hospital was public and the other private, the study enabled comparisons between healthcare settings, and likely captured a more socioeconomically diverse and, therefore, more representative sample of the Brazilian population. Lastly, exploring the mechanisms behind unexpected associations, such as the link between physical activity, alcohol consumption and body image dissatisfaction, is essential for designing future interventions tailored to women with healthy and unhealthy lifestyles.

Our findings emphasize the need for comprehensive psychosocial support tailored to breast cancer survivors, with particular attention to younger women and those with limited social support. Age-specific counseling and body image interventions should be initiated at the time of diagnosis, continue throughout treatment, and extend into survivorship to address the adverse effects of body image concerns effectively. This proactive, longitudinal approach ensures patients receive continuous support as they navigate physical and emotional challenges, helping them develop early coping mechanisms and fostering body image satisfaction. Additionally, addressing behavioral and societal factors, such as unrealistic beauty standards, can promote a more holistic approach to improving survivors' quality of life.

CONCLUSION

This study highlights that nearly half of the participants reported dissatisfaction with their body image, a concern deeply rooted in Brazilian women’s cultural and societal focus on body appearance. Interestingly, this dissatisfaction was observed even among women who maintained healthy lifestyles, suggesting the need for targeted interventions that explore the underlying reasons for these feelings. Given the complexity of body image concerns, it is essential to focus on the diverse needs of breast cancer survivors. Women who may require additional social support to embrace their new body image should be prioritized, with tailored interventions aimed at fostering acceptance and improving quality of life. These findings stress the importance of early, continuous support that addresses both psychological and social aspects, ultimately promoting resilience throughout survivorship.

REFERENCES

1. Bray F, Laversanne M, Sung H, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2024;74(3):229-63. doi:10.3322/caac.21834.
2. World Health Organization. Global breast cancer initiative implementation framework: assessing, strengthening, and scaling-up of services for the early detection and management of breast cancer. Executive summary. Geneva: World Health Organization; 2023. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
3. Ferlay J, Ervik M, Lam F, Colombet M, Mery L, Piñeros M, et al. Cancer today. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2020.
4. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2023.
5. Allemani C, Matsuda T, Di Carlo V, et al. Global surveillance of trends in cancer survival 2000–14 (CONCORD-3): analysis of individual records for 37,513,025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries. Lancet. 2018;391(10125):1023–75. doi:10.1001/jama.2023.25881.
6. Jallah JK, Dweh TJ, Anjankar A, Palma O. A review of the advancements in targeted therapies for breast cancer. Cureus. 2023;15(10):e47847. doi:10.7759/cureus.47847.
7. Runowicz CD, Leach CR, Henry NL, Henry KS, Mackey HT, Cowens-Alvarado RL, et al. American Cancer Society/American Society of Clinical Oncology breast cancer survivorship care guideline. CA Cancer J Clin. 2016;66(1):43–73. doi:10.3322/caac.21319.
8. Vandendorpe B, Drouet Y, Ramiandrisoa F, Guilbert P, Costa B, Servagi-Vernat S. Psychological and physical impact in women treated for breast cancer: need for multidisciplinary surveillance and care provision. Cancer Radiother. 2021;25(4):330–9. doi:10.1016/j.canrad.2020.12.005.
9. Álvarez-Pardo S, et al. Factors associated with body image and self-esteem in mastectomized breast cancer survivors. Int J Environ Res Public Health. 2023;20(6):5154. doi:10.3390/ijerph20065154.
10. Cash TF, Pruzinsky T, editors. Body images: a handbook of theory, research, and clinical practice. New York: Guilford Press; 2002.
11. Cash TF, Smolak L, editors. Body image: a handbook of science, practice, and prevention. New York: Guilford Press; 2011.
12. Cernikova KA, Kracmarova LK, Pesoutova M, et al. We will be different forever: a qualitative study of changes of body image in women with breast cancer. BMC Public Health. 2024;24:2517. doi:10.1186/s12889-024-20017-7.
13. Ahn J, Suh EE. Body image alteration in women with breast cancer: a concept analysis using an evolutionary method. Asia Pac J Oncol Nurs. 2023;10(5):100214. doi:10.1016/j.apjon.2023.100214.
14. Muzzatti B, Annunziata MA. Body image assessment in oncology: an updated review. Support Care Cancer. 2017;25(4):1019–29. doi:10.1007/s00520-016-3538-y.
15. Kowalczyk R, Nowosielski K, Cedrych I, et al. Factors affecting sexual function and body image of early-stage breast cancer survivors in Poland: a short-term observation. Clin Breast Cancer. 2019;19(1):e30–9. doi:10.1016/j.clbc.2018.09.006.
16. American Cancer Society. Lifestyle-related breast cancer risk factors [Internet]. [cited 2024 Jul 19]. Available from: https://www.cancer.org/cancer/types/breast-cancer/risk-and-prevention/lifestyle-related-breast-cancer-risk-factors.html

17. Jadidi A, Ameri F. Social support and meaning of life in women with breast cancer. Ethiop J Health Sci. 2022 Jul;32(4):709–14. doi:10.4314/ejhs.v32i4.6. PMID: 35950056; PMCID: PMC9341025.
18. Santos IC, Nunes GA, Anjos ACY, Scalia LAM, Cunha NF. Religiosidade e esperança no enfrentamento do câncer de mama: mulheres em quimioterapia. Rev Bras Cancerol [Internet]. 2022 Sep 15 [cited 2024 Jul 19];68(3):e-172491.
19. Rezaei M, Elyasi F, Janbabai G, Moosazadeh M, Hamzehgardeshi Z. Factors influencing body image in women with breast cancer: a comprehensive literature review. Iran Red Crescent Med J. 2016;18(10):e39465. doi:10.5812/ircmj.39465.
20. Pearlman RL, Wilkerson AH, Cobb EK, Morrissette S, Lawson FG, Mockbee CS, et al. Factors associated with likelihood to undergo cosmetic surgical procedures among young adults in the United States: a narrative review. Clin Cosmet Investig Dermatol. 2022;15:859–77. doi:10.2147/CCID.S358573.
21. Lovelace DL, McDaniel LR, Golden D. Long-term effects of breast cancer surgery, treatment, and survivor care. J Midwifery Womens Health. 2019;64(6):713–24. doi:10.1111/jmwh.13012.
22. Grogan S, Mechan J. Body image after mastectomy: a thematic analysis of younger women's written accounts. J Health Psychol. 2017;22(11):1480–90. doi:10.1177/1359105316632248.
23. Vassilev I, Lin SX, Calman L, Turner J, Frankland J, Wright D, et al. The role of social networks in self-management support for young women recently diagnosed with breast cancer. PLoS One. 2023;18(4):e0282183. doi:10.1371/journal.pone.0282183.
24. Türk KE, Yılmaz M. The effect on quality of life and body image of mastectomy among breast cancer survivors. Eur J Breast Health. 2018;14(4):205–10. doi:10.5152/ejbh.2018.3875.
25. Baxter NN, Goodwin PJ, McLeod RS, Dion R, Devins G, Bombardier C. Reliability and validity of the body image after breast cancer questionnaire. Breast J. 2006;12(3):221–32. doi:10.1111/j.1075-122X.2006.00246.x.
26. Gonçalves CO, Tavares MC, Campana AN, Cabello C. Validation of the instrument "Body image after breast cancer" in Brazil. Motriz Rev Educ Fis. 2014;20(1):8–15. doi:10.1590/S1980-65742014000100002.
27. Guedes TSR, Dantas de Oliveira NP, Holanda AM, Reis MA, Silva CP, Rocha e Silva BL, et al. Body image of women submitted to breast cancer treatment. Asian Pac J Cancer Prev. 2018;19(6):1487–93. doi:10.22034/APJCP.2018.19.6.1487.
28. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Critério de Classificação Econômica Brasil – CCEB. 2023. Available from: www.abep.org.
29. Marshall A, Bauman A. The international physical activity questionnaire: summary report of the reliability & validity studies. IPAQ Executive Committee. 2001;1-25.
30. Matsudo S, Araújo T, Marsudo V, Andrade D, Andrade E, Braggion G. Questionário internacional de atividade física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. Rev Bras Ativ Fís Saúde. 2001;6(2):5–18.
31. Sarason IG, Levine HM, Basham RB, Sarason BR. Assessing social support: The Social Support Questionnaire. J Pers Soc Psychol. 1983;44(1):127–39. doi:10.1037/0022-3514.44.1.127.
32. Pinheiro MdR, Ferreira J. O questionário de suporte social: adaptação e validação da versão portuguesa do Social Support Questionnaire (SSQ6). Psychologica. 2002;30:315–33.
33. Koenig HG, Bussing A. The Duke University Religion Index (DUREL): a five-item measure for use in epidemiological studies. Religions. 2010;1(1):78–85.

34. Taunay TC, Gondim Fde A, Macêdo DS, Moreira-Almeida A, Gurgel LA, Andrade LM, et al. Validity of the Brazilian version of the Duke Religious Index (DUREL). Rev Psiquiatr Clin. 2012;39(4):130–5.
35. Wermelinger Ávila MP, Corrêa JC, Lucchetti ALG, Lucchetti G. The role of physical activity in the association between resilience and mental health in older adults. J Aging Phys Act. 2018;26(2):248–53. doi:10.1123/japa.2016-0332.
36. Lyngholm CD, Christiansen PM, Damsgaard TE, Overgaard J. Long-term follow-up of late morbidity, cosmetic outcome and body image after breast conserving therapy: A study from the Danish Breast Cancer Cooperative Group (DBCG). Acta Oncol. 2013;52(2):259–69. doi:10.3109/0284186X.2012.744469.
37. Runowicz CD, Leach CR, Henry NL, Henry KS, Mackey HT, Cowens-Alvarado RL, et al. American Cancer Society/American Society of Clinical Oncology Breast Cancer Survivorship Care Guideline. CA Cancer J Clin. 2016;66(1):43–73. doi:10.3322/caac.21319.
38. Ribeiro FE, Vanderlei LCM, Palma MR, Tebar WR, Caldeira DT, Teles Fregonesi CEP, et al. Body dissatisfaction and its relationship with overweight, sedentary behavior and physical activity in survivors of breast cancer. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2018;229:153–8. doi:10.1016/j.ejogrb.2018.08.581.
39. International Society of Aesthetic Plastic Surgery (ISAPS). ISAPS International Survey on Aesthetic/Cosmetic Procedures 2022. Available from: https://www.isaps.org.
40. Zhu F, Liu C, Zhang W, et al. The mediating effect of coping styles between self-compassion and body image disturbance in young breast cancer survivors: a cross-sectional study. BMC Nurs. 2023;22:178. doi:10.1186/s12912-023-01342-5.
41. Martins ARP. Imagem corporal em mulheres diagnosticadas com cancro da mama submetidas a mastectomia: a influência de fatores sociodemográficos e clínicos [Master's thesis]. 2020.
42. Junqueira LCU, Rodrigues DP, Santos P. Atravessando a tormenta: Imagem corporal e sexualidade da mulher após o câncer de mama. Rev Fam Ciclos Vida Saúde Contexto Soc. 2020;1:563–5.
43. Champion VL, Wagner LI, Monahan PO, Daggy J, Smith L, Cohee A, et al. Comparison of younger and older breast cancer survivors and age-matched controls on specific and overall quality of life domains. Cancer. 2014;120(15):2237–46. doi:10.1002/cncr.28737.
44. Rodriguez-Solana A, Gracia-Marco L, Cadenas-Sanchez C, et al. The effects of physical activity interventions on self-esteem during and after cancer treatment: a systematic review and meta-analysis. Sci Rep. 2024;14:26849. doi:10.1038/s41598-024-74888-2.
45. Roscoe CMP, Pringle A, Chandler C, Faghy MA, Barratt B. The role of physical activity in cancer recovery: an exercise practitioner's perspective. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(6):3600. doi:10.3390/ijerph19063600.
46. Caetano AFP, Silva DAS, Martins PC, Toscano JJ de O. Impact of physical activity on fatigue and quality of life of cancer patients. Rev Bras Med Esporte. 2020;26(6):498–502. doi:10.1590/1517-8692202026062019_0045.
47. Agussalim NQ, Ahmad M, Prihantono P, Usman AN, Rafiah S, Agustin DI. Physical activity and quality of life in breast cancer survivors. Breast Dis. 2024;43(1):161–71. doi:10.3233/BD-249005.
48. Tsai E, Robertson MC, Lyons EJ, Swartz MC, Basen-Engquist K. Physical activity and exercise self-regulation in cancer survivors: A qualitative study. Psychooncology. 2018;27(2):563–8. doi:10.1002/pon.4519.

49. Merino M, Tornero-Aguilera JF, Rubio-Zarapuz A, Villanueva-Tobaldo CV, Martín-Rodríguez A, Clemente-Suárez VJ. Body perceptions and psychological well-being: a review of the impact of social media and physical measurements on self-esteem and mental health with a focus on body image satisfaction and its relationship with cultural and gender factors. Healthcare (Basel). 2024;12(14):1396. doi:10.3390/healthcare12141396.
50. Ribeiro AT, Costa EF. A percepção e os níveis de satisfação e insatisfação da imagem corporal em praticantes de atividade física. Rev Bras Nutr Esportiva. 2021;15(94):339–51.
51. Anderson BO, et al. Health and cancer risks associated with low levels of alcohol consumption. Lancet Public Health. 2023;8(1):e6–e7. doi:10.1016/S2468-2667(22)00265-6.
52. Hamer J, Warner E. Lifestyle modifications for patients with breast cancer to improve prognosis and optimize overall health. CMAJ. 2017;189(7):E268–74. doi:10.1503/cmaj.160464.
53. Hoedjes M, Nijman I, Hinnen C. Psychosocial determinants of lifestyle change after a cancer diagnosis: a systematic review of the literature. Cancers. 2022;14(8):2026. doi:10.3390/cancers14082026.

Acknowledgments:

The authors would like to thank all the women who participated in this study, without whom this research would not have been possible. We also acknowledge Hospital 9 de Julho and Instituto Oncológico, for their collaboration and logistical support in facilitating data collection and participant interviews. Special thanks to the undergraduate research fellows—Caio Lauar, Iara Renault, Matheus Calábria, Pedro Medeiros, Matheus Pacheco, and Camila Damasceno—for their invaluable assistance in data collection.

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidar você a participar como voluntário (a) da pesquisa "Qualidade de vida, imagem corporal e aspectos socioeconômicos, comportamentais, clínicos e moleculares em mulheres diagnosticadas com câncer de mama em Juiz de Fora, Minas Gerais". O motivo que nos leva a realizar esta pesquisa é a necessidade de avaliar o impacto do tratamento para o câncer de mama na imagem corporal e qualidade de vida das mulheres diagnosticadas com a doença. Nesta pesquisa pretendemos analisar a influência da imagem corporal na qualidade de vida de mulheres diagnosticadas com câncer de mama.

Caso você concorde em participar, vamos fazer as seguintes atividades: você responderá um questionário aplicado face a face com perguntas sobre você, seus familiares, seus hábitos de vida e sobre o seu tratamento para câncer de mama. Você também preencherá um questionário direcionado à avaliação da qualidade de vida e imagem corporal no contexto do câncer de mama. Algumas informações complementares poderão ser consultadas no seu prontuário médico.

Esta pesquisa tem alguns riscos, que são: riscos mínimos e restringem-se à possibilidade de sua identificação a partir dos dados coletados. Mas, para diminuir a chance desses riscos acontecerem, a equipe de pesquisadores cumprirá os devidos padrões de sigilo, utilizando as informações coletadas somente para fins acadêmicos e científicos. Caso as perguntas do questionário causem desconforto psicológico, podemos ofertar suporte psicológico com a equipe deste hospital, mediante o fluxo habitual de atendimento, mediante encaminhamento.

Esta pesquisa poderá contribuir para aumentar o nosso conhecimento sobre as condições de saúde e imagem corporal das mulheres diagnosticadas com câncer, para que seja possível traçar estratégias para melhorar a qualidade de vida dessa população.

Para participar deste estudo você não vai ter nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, se você tiver algum dano por causadas atividades que fizermos com você nesta pesquisa, você tem direito a indenização. Você terá todas as informações que quiser sobre esta pesquisa e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Mesmo que você queira participar agora, você pode voltar atrás ou parar de participar a qualquer momento. A sua participação é voluntária e o fato de não querer participar não vai trazer qualquer penalidade ou mudança na forma em que você é atendido (a). O pesquisador não vai divulgar seu nome. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida a você. Os dados coletados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos. Decorrido este tempo, o pesquisador avaliará os documentos para a sua destinação final, de acordo com a legislação vigente. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Declaro que concordo em participar da pesquisa e que me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 20 .

_____ Assinatura do Participante

_____ Assinatura do (a) Pesquisador (a)

Nome do Pesquisador Responsável: Maximiliano Ribeiro Guerra
Faculdade/Departamento/Instituto: Núcleo de Assessoria, Treinamentos e Estudos em Saúde Departamento de Saúde Coletiva. Faculdade de Medicina. Campus Universitário da UFJF. **CEP:** 36036-900
Fone: (032) 2102- 3911/ (032) 99945-0671
E-mail: maximiliano.guerra@ufjf.edu.br

Assistente de pesquisa: Angélica Atala Lombelo Campos
Faculdade/Departamento/Instituto: Núcleo de Assessoria, Treinamentos e Estudos em Saúde Departamento de Saúde Coletiva. Faculdade de Medicina. Campus Universitário da UFJF. **CEP:** 36036-900
Fone: (032) 2102- 3911/ (032) 98885-7682
E-mail: angelica.atala@hotmail.com

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - UFJF
Campus Universitário da UFJF
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa
CEP: 36036-900
Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

APÊNDICE C – Questionário para coleta de dados secundários (prontuários).

ABORDAGEM TERAPÊUTICA E SOBREVIDA EM COORTE DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA, ASSISTIDAS EM CENTROS DE REFERÊNCIA DA ZONA DA MATA MINEIRA

Abordagem terapêutica e sobrevida em coorte de mulheres com câncer de mama, assistidas em centros de referência da Zona da Mata Mineira

Critérios de inclusão:

1. *Data de liberação do laudo cito/anátomo-patológico ≥ 01/01/2014.*
2. *Mulheres residentes no estado de Minas Gerais.*

VAR000. Conferido

_____

VAR01. Fonte de dados:

- ◯ (1) Prontuário eletrônico.
- ◯ (2) Prontuário impresso.
- ◯ (3) Ambos.

VAR02. Coletador (prontuário):

_____

BLOCO A: IDENTIFICAÇÃO DA MULHER

A1. Prontuário:

_____

A2. Data da coleta no prontuário:
Formato: DD/MM/AAAA.

_____

A3. Hospital:

- ◯ (1) Instituto oncológico.
- ◯ (2) Hospital 9 de julho.
- ◯ (3) Hospital João Felício.

A4. Convênio (prontuário):

- ◯ (1) SUS.
- ◯ (2) Plano de saúde.
- ◯ (3) Particular.

A4a. Nome do plano de saúde privado (prontuário)::

_____

A5. Nome:

_____

A6. CPF:

_____

A7. Cartão do SUS:

_____

A8. Nome da mãe:

_____

A9. Data de nascimento:
Formato: DD/MM/AAAA.

_____

A10. Data da primeira consulta:
Formato: DD/MM/AAAA.

_____

A11. Idade (primeira consulta):

_____

A12. Endereço
Nome da rua, avenida, etc...

_____

A13. Número da casa e complemento

_____

A14. Bairro

_____

A15. Cidade

_____

A16. UF

_____

A17. CEP

_____

A18. Telefone fixo

_____

A19. Tefelone celular

_____

A20. Nome do médico assistente

_____

A21. Outros documentos

BLOCO B: INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

Neste bloco, vou perguntar sobre as suas características socioeconômicas, como grau de escolaridade, situação de trabalho, renda familiar, características do domicílio, posse de itens de conforto e condições de saneamento.

B1. Raça/cor (prontuário)

- ◯ (1) Branca.
- ◯ (2) Preta.
- ◯ (3) Amarela.
- ◯ (4) Parda.
- ◯ (5) Indígena.
- ◯ (6) Outra
- ◯ (999) Sem informação no prontuário.

B1_other. Especifique outra:

B2. Escolaridade (prontuário):

- ◯ (1) Analfabeto / menos de 1 ano de instrução.
- ◯ (2) Fundamental I incompleto (Primário Incompleto).
- ◯ (3) Fundamental I completo / Fundamental II incompleto (Primário Completo/Ginásio Incompleto).
- ◯ (4) Fundamental completo/Médio incompleto (Ginásio Completo/Colegial Incompleto).
- ◯ (5) Médio completo/Superior incompleto (Colegial Completo/Superior Incompleto).
- ◯ (6) Superior Completo ou mais (Superior Completo ou mais).
- ◯ (999) Sem informação no prontuário.

B3. Estado civil (prontuário):

- ◯ (1) Solteira.
- ◯ (2) Casada/ União estável.
- ◯ (3) Separada.
- ◯ (4) Viúva.
- ◯ (999) Sem informação no prontuário.

B4. Ocupação:

B5. Religião:

- ◯ (1) Católica.
- ◯ (2) Prostetante ou evangélica.
- ◯ (3) Espírita.
- ◯ (4) Judaica.
- ◯ (5) Outra.
- ◯ (999) Sem informação no prontuário

B5_other. Especifique outra:

_____

B6. Outras informações sóciodemográficas:

_____

BLOCO C: HÁBITOS DE VIDA

C1. Tabagismo (prontuário)

- ◯ (1) Tabagista.
- ◯ (2) Ex-tabagista.
- ◯ (3) Nunca fumou.
- ◯ (999) Sem informação no prontuário.

C1a1. Quantos cigarros fuma por dia? (prontuário)

_____

C1a2. Quantos anos fuma? (prontuário)

_____

C1b1. Há quanto tempo parou (anos)? (prontuário)

_____

C1b2. Quantos cigarros fumava por dia? (prontuário)

_____

C1b3. Quantos anos fumou? (prontuário)

_____

C2. Etilismo (prontuário)

- ◯ (1) Bebe.
- ◯ (2) Já bebeu.
- ◯ (3) Nunca bebeu.
- ◯ (999) Sem informação no prontuário.

C2a. Carga etílica/dose (prontuário)

Obsevação: Uma dose de bebida alcoólica corresponde a uma lata de cerveja, uma taça de vinho ou uma dose de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada.

C2b. Quantas vezes por semana? (prontuário)

C3. Outras informações sobre hábitos de vida.

BLOCO D: HISTÓRIA DE CÂNCER INDIVIDUAL E FAMILIAR

D1. História individual de câncer prévio?

- ◯ (1) Não.
- ◯ (2) Sim.
- ◯ (999) Sem informação no prontuário.

D1a. Local

- ◯ (1) Mama.
- ◯ (2) Ovário.
- ◯ (3) Cólon.
- ◯ (4) Pulmão.
- ◯ (5) Estômago.
- ◯ (6) Outra

D1a_other. Especifique outro:

D1b. Idade do primeiro câncer de mama

D2. História familiar de câncer de mama?

- ◯ (1) Não.
- ◯ (2) Sim.
- ◯ (999) Sem informação no prontuário.

D2a. Grau de parentesco

Se houver mais de um familiar, selecione mais de uma opção.

- [ ] (1) Pai.
- [ ] (2) Mãe.
- [ ] (3) Irmã.
- [ ] (4) Irmão.
- [ ] (5) Filho.
- [ ] (6) Filha.
- [ ] (7) Avô.
- [ ] (8) Avó.
- [ ] (9) Tio.
- [ ] (10) Tia.
- [ ] (11) Neto.
- [ ] (12) Neta.
- [ ] (13) Sobrinho.
- [ ] (14) Sobrinha.
- [ ] (15) Primo.
- [ ] (16) Prima.
- [ ] (999) Ignorado.

D3. História familiar de câncer de ovário?

- ◯ (1) Não.
- ◯ (2) Sim.
- ◯ (999) Sem informação no prontuário.

D3a. Grau de parentesco

Se houver mais de um familiar, selecione mais de uma opção.

- [ ] (1) Pai.
- [ ] (2) Mãe.
- [ ] (3) Irmã.
- [ ] (4) Irmão.
- [ ] (5) Filho.
- [ ] (6) Filha.
- [ ] (7) Avô.
- [ ] (8) Avó.
- [ ] (9) Tio.
- [ ] (10) Tia.
- [ ] (11) Neto.
- [ ] (12) Neta.
- [ ] (13) Sobrinho.
- [ ] (14) Sobrinha.
- [ ] (15) Primo.
- [ ] (16) Prima.
- [ ] (999) Ignorado.

D4. Outras informações sobre história familiar de câncer e história de câncer prévio.

_____

BLOCO E: HISTÓRIA GINECOLÓGICA E OBSTÉTRICA

Preencher com informações relacionadas ao diagnóstico.

E1. Idade da menarca

_____

E2. Menstruação

- ◯ (1) Ausente.
- ◯ (2) Presente.
- ◯ (999) Sem informações no prontuário.

E2a. Idade da última menstruação

_____

E2b. A última menstruação foi após alguma cirurgia?

- (1) Não.
- (2) Sim.
- (999) Sem informação no prontuário.

E3. Uso de anticoncepcional hormonal (injetável, oral)

- (1) Não.
- (2) Sim.
- (999) Sem informação no prontuário.

E3a. Por quanto tempo (anos)

_____

E4. Número de gestações

_____

E5. Número de partos

_____

E6. Número de abortos

_____

E7. Idade do 1º parto

_____

E8. Amamentação

- (1) Sim.
- (2) Não.
- (999) Sem informação no prontuário.

E8a. Tempo médio de amamentação (meses)

_____

E9. Uso de terapia de reposição hormonal

- (1) Não.
- (2) Sim.
- (999) Sem informação no prontuário.

E9a. Tempo de uso de terapia de reposição hormonal (meses)

_____

E10. Outras informações ginecológicas e/ou obstétricas

_____

BLOCO F: COMORBIDADES

F1. Hipertensão Arterial

- ◯ (1) Não.
- ◯ (2) Sim.
- ◯ (999) Sem informação no prontuário.

F2. Cardiopatia

- ◯ (1) Não.
- ◯ (2) Sim.
- ◯ (999) Sem informação no prontuário.

F3. Diabetes

- ◯ (1) Não.
- ◯ (2) Sim.
- ◯ (999) Sem informação no prontuário.

F4. Dislipidemia

- ◯ (1) Não.
- ◯ (2) Sim.
- ◯ (999) Sem informação no prontuário.

F5. Outras doenças:

_____

BLOCO G: MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

G1. Peso em Kg (1ª consulta)

_____

G2. Altura em centímetros (prontuário)

_____

G3. Superfície corporal

Não preencher, será inserido cálculo automático

_____

G4. ECOG

_____

BLOCO H: INVESTIGAÇÃO DO CÂNCER DE MAMA

H1. Como a doença foi detectada?

- ◯ (1) Nódulo, secreção ou alteração percebida pela mulher.
- ◯ (2)Detecção clínica por profissional de saúde
- ◯ (3) Rastreamento em mulheres assintomáticas.
- ◯ (4) Outro.
- ◯ (999) Sem informações no prontuário.

H1_other. Especifique outro:

_____

H2. Data da identificação

Formato: DD/MM/AAAA

_____

H3. Fazia rastreamento mamográfico anterior a detecção?

- ◯ (1) Sim.
- ◯ (2) Não.
- ◯ (999) Sem informação no prontuário.

H3a. Data da última mamografia anterior a detecção ou ao diagnóstico

_____

H4. Outras informações sobre rastreamento

_____

H5. Mamografia alterada

- ◯ (1) Presente.
- ◯ (2) Ausente.
- ◯ (999) Sem informação no prontuário.

H5a. Data mamografia alterada

Formato: DD/MM/AAAA

_____

H5b. BIRADS mamografia - mama direita

_____

H5c. BIRADS mamografia - mama esquerda

_____

H5d. Fez a mamografia

- (1) SUS.
- (2) Particular.
- (3) Plano de saúde.
- (999) Sem informações no prontuário.

H6. Ultrassnonografia

- (1) Presente.
- (2) Ausente.
- (999) Sem informação no prontuário.

H6a. Data ultrassonografia alterada
Formato: DD/MM/AAAA.

_____

H6b. BIRADS ultrassonografia - mama direita

_____

H6c. BIRADS ultrassonografia - mama esquerda

_____

H6d. Fez a ultrassonografia

- (1) SUS.
- (2) Particular.
- (3) Plano de saúde.
- (999) Sem informações no prontuário.

H7. Ressonância

- (1) Presente.
- (2) Ausente.
- (999) Sem informação no prontuário.

H7a. Data ressonância alterada
Formato: DD/MM/AAAA.

_____

H7b. BIRADS ressonância - mama direita

_____

H7c. BIRADS ressonância - mama esquerda

_____

H7d. Fez a ressonância

- (1) SUS.
- (2) Particular.
- (3) Plano de saúde.
- (999) Sem informações no prontuário.

H8. Biópsia

- ◯ (1) Ausência de biópsia.
- ◯ (2) PAAF.
- ◯ (3) Core biopsy.
- ◯ (4) Biópsia à céu aberto.
- ◯ (5) Congelação.

H8a. Fez biópsia

- ◯ (1) SUS.
- ◯ (2) Particular.
- ◯ (3) Plano de saúde.
- ◯ (999) Sem informações no prontuário.

H8b. Data da biópsia:
Formato: DD/MM/AAAA.

_____

H8c. Data do resultado da biópsia:
Formato: DD/MM/AAAA.

_____

H8d. Resultado da biópsia:

- ◯ (1) Negativo.
- ◯ (2) Positivo.
- ◯ (3) Inconclusivo.
- ◯ (999) Sem informação no prontuário.

H9. Outras informações sobre investigação do câncer de mama:

_____

BLOCO I: CARACTERÍSTICAS DO TUMOR

I0. Número de tumores:

- ◯ (1) 1 tumor.
- ◯ (2) 2 tumores.
- ◯ (3) 3 ou mais tumores.

I1. Localização do tumor:

- ◯ (1) Mama direita.
- ◯ (2) Mama esquerda.
- ◯ (3) Ambas.
- ◯ (999) Sem informação no prontuário.

NOTE_2. Descrição dos tumores

I2a. Localização do 1º tumor:

- ◯ (1) Mama direita.
- ◯ (2) Mama esquerda.
- ◯ (3) Ambas.
- ◯ (999) Sem informação no prontuário.

I3a. Quadrante do 1º tumor:

- ◯ (1) QSL (quadrante superior lateral).
- ◯ (2) QIL (quadrante inferior lateral).
- ◯ (3) QSM (quadrante superior medial).
- ◯ (4) QIM (quadrante inferior medial).
- ◯ (5) Uqlat (união dos quadrantes laterais).
- ◯ (6) Uqsup (união dos quadrantes superiores).
- ◯ (7) Uqmed (união dos quadrantes mediais).
- ◯ (8) Uqinf (união dos quadrantes inferiores).
- ◯ (9) RRA (região retroareolar).
- ◯ (10) PA (prolongamento axilar).
- ◯ (11) Outro.
- ◯ (999) Sem informação no prontuário.

i3a_other. Especifique outro

_____

I4a. Tamanho clínico/imaginológico (cm) do 1º tumor:

_____

I5a. Linfonodo (exame clínico) do 1º tumor:

- ◯ (1) Negativo.
- ◯ (2) Positivo.
- ◯ (3) Não informado.

I6a. Cirurgia do 1º tumor:

- ◯ (1) Sim.
- ◯ (2) Não.
- ◯ (999) Sem informação no prontuário.

I7a. Data da cirurgia do 1º tumor:
Formato: DD/MM/AAAA.

_____

I8a. Tipo de cirurgia do 1º tumor:

- ◯ (1) Conservadora (nodulectomia ou quadrantectomia).
- ◯ (2) Radical (mastectomia).
- ◯ (999) Sem informação no prontuário.

I9a. Data da entrada do material no laboratório do 1º tumor:
Formato: DD/MM/AAAA.

_____

I10a. Data de liberação do laudo anatomopatológico do 1º tumor:
Formato: DD/MM/AAAA.

_____

I11a. Laboratório do 1º tumor:

_____

I12a. Tamanho anatomopatológico (cm) do 1º tumor:

_____

I13a. Tipo histológico do 1º tumor (copiar laudo):

- ◯ (1) Carcinoma Intra-ductal (in situ).
- ◯ (2) Carcinoma Lobular in situ.
- ◯ (3) Carcinoma Invasor ductal.
- ◯ (4) Carcinoma Invasor lobular.
- ◯ (5) Carcinoma Invasor papilífero.
- ◯ (6) Carcinoma Invasor anaplásico.
- ◯ (7) Carcinoma Invasor tubular.
- ◯ (8) Outro.

i13a_other. Especifique outro:

_____

I14a. Invasão perineural do 1º tumor:

- (1) Ausente.
- (2) Presente.
- (999) Sem informações no prontuário.

I15a. Invasão vascular do1º tumor:

- (1) Ausente.
- (2) Presente.
- (999) Sem informações no prontuário.

I16a. Infiltrado inflamatório do 1º tumor:

- (1) Ausente.
- (2) Presente.
- (999) Sem informações no prontuário.

I17a. Multifocalidade do 1º tumor:

Foco(s) de lesão tumoral próximo à lesão principal (distância inferior a 5 cm – mesmo quadrante)

- (1) Ausente.
- (2) Presente.
- (999) Sem informações no prontuário.

I18a. Multicentralidade do 1º tumor:

Existência de tumor(es) mais afastados da lesão principal (distância superior a 5 cm – quadrante diferente)

- (1) Ausente.
- (2) Presente.
- (999) Sem informações no prontuário.

I19a. Invasão capsular do 1º tumor:

- (1) Ausente.
- (2) Presente.
- (999) Sem informações no prontuário.

I20a. Extensão do 1º tumor:

- (0) Sem comprometimento de estruturas adjacentes.
- (1) Pele da mama.
- (2) Mamilo.
- (3) Musculatura peitoral.
- (4) Pele da mama + Musculatura peitoral.
- (5) Pele da mama + Mamilo.
- (6) Mamilo + Musculatura peitoral.
- (7) Pele da mama + Mamilo + Musculatura peitoral.
- (999) Sem informação no prontuário.

I21a. Margens cirúrgicas 1º tumor:

- (1) Livres.
- (2) Exíguas.
- (3) Comprometidas.
- (4) Não avaliadas
- (999) Sem informação no prontuário.

I22a. Houve ampliação de margem do 1º tumor:

- (1) Sim.
- (2) Não.
- (999) Sem informação no prontuário.

I22ab. Data da ampliação de margem do 1º tumor

_____

I23a. Tamanho do tumor residual 1º tumor:
Tamanho do tumor retirado na ampliação de margem.

_____

I24a. Componente intraductal 1º tumor:

- (1) Presente.
- (2) Ausente.
- (999) Sem informação no prontuário.

I25a. Tipo de componente intraductal 1º tumor:

_____

I26a. Grau histológico (formação tubular) 1º tumor:

_____

I27a. Grau nuclear 1º tumor:

_____

I28a. Grau mitótico 1º tumor:

_____

I29a. Grau tumoral (classificação de Bloom & Richardson) 1º tumor:
Caso o laudo traga informações diferentes das anteriormente citadas copiar informações sobre grau tumoral neste campo

_____

I2b. Localização do 2º tumor:

- ◯ (1) Mama direita.
- ◯ (2) Mama esquerda.
- ◯ (3) Ambas.
- ◯ (999) Sem informação no prontuário.

I3b. Quadrante do 2º tumor:

- ◯ (1) QSL (quadrante superior lateral).
- ◯ (2) QIL (quadrante inferior lateral).
- ◯ (3) QSM (quadrante superior medial).
- ◯ (4) QIM (quadrante inferior medial).
- ◯ (5) Uqlat (união dos quadrantes laterais).
- ◯ (6) Uqsup (união dos quadrantes superiores).
- ◯ (7) Uqmed (união dos quadrantes mediais).
- ◯ (8) Uqinf (união dos quadrantes inferiores).
- ◯ (9) RRA (região retroareolar).
- ◯ (10) PA (prolongamento axilar).
- ◯ (11) Outro.
- ◯ (999) Sem informação no prontuário.

i3b_other. Especifique outro

_____

I4b. Tamanho clínico/imaginológico (cm) do 2º tumor:

_____

I5b. Linfonodo (exame clínico) do 2º tumor:

- ◯ (1) Negativo.
- ◯ (2) Positivo.
- ◯ (3) Não informado.

I6b. Cirurgia do 2º tumor:

- ◯ (1) Sim.
- ◯ (2) Não.
- ◯ (999) Sem informação no prontuário.

I7b. Data da cirurgia do 2º tumor:
Formato: DD/MM/AAAA.

_____

I8b. Tipo de cirurgia do 2º tumor:

- ◯ (1) Conservadora (nodulectomia ou quadrantectomia).
- ◯ (2) Radical (mastectomia).
- ◯ (999) Sem informação no prontuário.

I9b. Data da entrada do material no laboratório do 2º tumor:
Formato: DD/MM/AAAA.

_____

I10b. Data de liberação do laudo anatomopatológico do 2º tumor:
Formato: DD/MM/AAAA.

_____

I11b. Laboratório do 2º tumor:

_____

I12b. Tamanho anatomopatológico (cm) do 2º tumor:

_____

I13b. Tipo histológico do 2º tumor (copiar laudo):

- ◯ (1) Carcinoma Intra-ductal (in situ).
- ◯ (2) Carcinoma Lobular in situ.
- ◯ (3) Carcinoma Invasor ductal.
- ◯ (4) Carcinoma Invasor lobular.
- ◯ (5) Carcinoma Invasor papilífero.
- ◯ (6) Carcinoma Invasor anaplásico.
- ◯ (7) Carcinoma Invasor tubular.
- ◯ (8) Outro.

i13b_other. Especifique outro:

_____

I14b. Invasão perineural do 2º tumor:

- (1) Ausente.
- (2) Presente.
- (999) Sem informações no prontuário.

I15b. Invasão vascular do2º tumor:

- (1) Ausente.
- (2) Presente.
- (999) Sem informações no prontuário.

I16b. Infiltrado inflamatório do 2º tumor:

- (1) Ausente.
- (2) Presente.
- (999) Sem informações no prontuário.

I17b. Multifocalidade do 2º tumor:

Foco(s) de lesão tumoral próximo à lesão principal (distância inferior a 5 cm – mesmo quadrante)

- (1) Ausente.
- (2) Presente.
- (999) Sem informações no prontuário.

I18b. Multicentralidade do 2º tumor:

Existência de tumor(es) mais afastados da lesão principal (distância superior a 5 cm – quadrante diferente)

- (1) Ausente.
- (2) Presente.
- (999) Sem informações no prontuário.

I19b. Invasão capsular do 2º tumor:

- (1) Ausente.
- (2) Presente.
- (999) Sem informações no prontuário.

I20b. Extensão do 2º tumor:

- (0) Sem comprometimento de estruturas adjacentes.
- (1) Pele da mama.
- (2) Mamilo.
- (3) Musculatura peitoral.
- (4) Pele da mama + Musculatura peitoral.
- (5) Pele da mama + Mamilo.
- (6) Mamilo + Musculatura peitoral.
- (7) Pele da mama + Mamilo + Musculatura peitoral.
- (999) Sem informação no prontuário.

I21b. Margens cirúrgicas 2º tumor:

- (1) Livres.
- (2) Exíguas.
- (3) Comprometidas.
- (4) Não avaliadas
- (999) Sem informação no prontuário.

I22b. Houve ampliação de margem do 2º tumor:

- (1) Sim.
- (2) Não.
- (999) Sem informação no prontuário.

I23b. Tamanho do tumor residual 2º tumor:

Tamanho do tumor retirado na ampliação de margem.

_____

I24b. Componente intraductal 2º tumor:

- (1) Presente.
- (2) Ausente.
- (999) Sem informação no prontuário.

I25b. Tipo de componente intraductal 2º tumor:

_____

I26b. Grau histológico (formação tubular) 2º tumor:

_____

I27b. Grau nuclear 2º tumor:

_____

I28b. Grau mitótico 2º tumor:

_____

I29b. Grau tumoral (classificação de Bloom & Richardson) 2º tumor:
Caso o laudo traga informações diferentes das anteriormente citadas copiar informações sobre grau tumoral neste campo

_____

I2c. Localização do 3º tumor:

- (1) Mama direita.
- (2) Mama esquerda.
- (3) Ambas.
- (999) Sem informação no prontuário.

I3c. Quadrante do 3º tumor:

- (1) QSL (quadrante superior lateral).
- (2) QIL (quadrante inferior lateral).
- (3) QSM (quadrante superior medial).
- (4) QIM (quadrante inferior medial).
- (5) Uqlat (união dos quadrantes laterais).
- (6) Uqsup (união dos quadrantes superiores).
- (7) Uqmed (união dos quadrantes mediais).
- (8) Uqinf (união dos quadrantes inferiores).
- (9) RRA (região retroareolar).
- (10) PA (prolongamento axilar).
- (11) Outro.
- (999) Sem informação no prontuário.

i3c_other. Especifique outro

_____

I4c. Tamanho clínico/imaginológico (cm) do 3º tumor:

_____

I5c. Linfonodo (exame clínico) do 3º tumor:

- (1) Negativo.
- (2) Positivo.
- (3) Não informado.

I6c. Cirurgia do 3º tumor:

- (1) Sim.
- (2) Não.
- (999) Sem informação no prontuário.

I7c. Data da cirurgia do 3º tumor:
Formato: DD/MM/AAAA.

_____

I8c. Tipo de cirurgia do 3º tumor:

- (1) Conservadora (nodulectomia ou quadrantectomia).
- (2) Radical (mastectomia).
- (999) Sem informação no prontuário.

I9c. Data da entrada do material no laboratório do 3º tumor:
Formato: DD/MM/AAAA.

_____

I10c. Data de liberação do laudo anatomopatológico do 3º tumor:
Formato: DD/MM/AAAA.

_____

I11c. Laboratório do 3º tumor:

_____

I12c. Tamanho anatomopatológico (cm) do 3º tumor:

_____

I13c. Tipo histológico do 3º tumor (copiar laudo):

- (1) Carcinoma Intra-ductal (in situ).
- (2) Carcinoma Lobular in situ.
- (3) Carcinoma Invasor ductal.
- (4) Carcinoma Invasor lobular.
- (5) Carcinoma Invasor papilífero.
- (6) Carcinoma Invasor anaplásico.
- (7) Carcinoma Invasor tubular.
- (8) Outro.

i13c_other. Especifique outro:

_____

I14c. Invasão perineural do 3º tumor:

- (1) Ausente.
- (2) Presente.
- (999) Sem informações no prontuário.

I15c. Invasão vascular do3º tumor:

- (1) Ausente.
- (2) Presente.
- (999) Sem informações no prontuário.

I16c. Infiltrado inflamatório do 3º tumor:

- (1) Ausente.
- (2) Presente.
- (999) Sem informações no prontuário.

I17c. Multifocalidade do 3º tumor:

Foco(s) de lesão tumoral próximo à lesão principal (distância inferior a 5 cm – mesmo quadrante)

- (1) Ausente.
- (2) Presente.
- (999) Sem informações no prontuário.

I18c. Multicentralidade do 3º tumor:

Existência de tumor(es) mais afastados da lesão principal (distância superior a 5 cm – quadrante diferente)

- (1) Ausente.
- (2) Presente.
- (999) Sem informações no prontuário.

I19c. Invasão capsular do 3º tumor:

- (1) Ausente.
- (2) Presente.
- (999) Sem informações no prontuário.

I20c. Extensão do 3º tumor:

- (0) Sem comprometimento de estruturas adjacentes.
- (1) Pele da mama.
- (2) Mamilo.
- (3) Musculatura peitoral.
- (4) Pele da mama + Musculatura peitoral.
- (5) Pele da mama + Mamilo.
- (6) Mamilo + Musculatura peitoral.
- (7) Pele da mama + Mamilo + Musculatura peitoral.
- (999) Sem informação no prontuário.

I21c. Margens cirúrgicas 3º tumor:

- (1) Livres.
- (2) Exíguas.
- (3) Comprometidas.
- (4) Não avaliadas
- (999) Sem informação no prontuário.

I22c. Houve ampliação de margem do 3º tumor:

- (1) Sim.
- (2) Não.
- (999) Sem informação no prontuário.

I23c. Tamanho do tumor residual 3º tumor:
Tamanho do tumor retirado na ampliação de margem.

_____

I24c. Componente intraductal 3º tumor:

- (1) Presente.
- (2) Ausente.
- (999) Sem informação no prontuário.

I25c. Tipo de componente intraductal 3º tumor:

_____

I26c. Grau histológico (formação tubular) 3º tumor:

_____

I27c. Grau nuclear 3º tumor:

_____

I28c. Grau mitótico 3º tumor:

_____

I29c. Grau tumoral (classificação de Bloom & Richardson) 3º tumor:
Caso o laudo traga informações diferentes das anteriormente citadas copiar informações sobre grau tumoral neste campo

_____

I30. Qual axila foi investigada?

- ◯ (1) Direita.
- ◯ (2) Esquerda.
- ◯ (3) Ambas.
- ◯ (999) Sem informação no prontuário.

NOTA 3: Descrição da axila invesigada

I30a. 1ª axila:

- ◯ (1) Direita.
- ◯ (2) Esquerda.

I31a. Abordagem 1ª axila:

- ◯ (1) Linfonodo sentinela.
- ◯ (2) Esvaziamento axilar.
- ◯ (3) Ambas.
- ◯ (4) Não foi realizado
- ◯ (999) Sem informação no prontuário.

I32a. Número de linfonodos isolados - 1ª axila:

_____

I33a. Número de linfonodos comprometidos - 1ª axila:

_____

I34a. Invasão capsular linfonodal - 1ª axila:

- ◯ (1) Presente.
- ◯ (2) Ausente.
- ◯ (999) Sem informação no prontuário.

I30b. 2ª axila:

- ◯ (1) Direita.
- ◯ (2) Esquerda.

I31b. Abordagem 2ª axila:

- (1) Linfonodo sentinela.
- (2) Esvaziamento axilar.
- (3) Ambas.
- (4) Não foi realizado
- (999) Sem informação no prontuário.

I32b. Número de linfonodos isolados - 2ª axila:

_____

I33b. Número de linfonodos comprometidos - 2ª axila:

_____

I34b. Invasão capsular linfonodal - 2ª axila:

- (1) Presente.
- (2) Ausente.
- (999) Sem informação no prontuário.

I35. Outras informações sobre tumor ou laudo histopatológico

_____

BLOCO J: IMUNOHISTOQUÍMICA

J0a. Imunohistoquímica 1º tumor:

- (1) Presente.
- (2) Ausente.
- (999) Sem informação no prontuário.

J1a. Data da entrada do material no laboratório 1º tumor:

_____

J2a. Data de liberação do laudo 1º tumor:

_____

J3a. Estrógeno 1º tumor:

- (1) Negativo.
- (2) Positivo.
- (3) Não informado.

J4a. Valor estrógeno (laudo) 1º tumor:

_____

J5a. Progesterona 1º tumor:

- (1) Negativo.
- (2) Positivo.
- (3) Não informado.

J6a. Valor progesterona (laudo) 1º tumor:

_____

J7a. P53 1º tumor:

- (1) Negativo.
- (2) Positivo.
- (3) Não informado.

J8a. Valor P53 (laudo) 1º tumor:

_____

J9a.Vimentina 1º tumor:

- (1) Negativo.
- (2) Positivo.
- (3) Não informado.

J10a. Valor vimentina (laudo) 1º tumor:

_____

J11a. HER2 1º tumor:

- (1) Negativo.
- (2) Positivo.
- (3) Não informado.

J12a. Valor HER2 (laudo) 1º tumor:

_____

J13a. Ki67 1º tumor:

- (1) Negativo.
- (2) Positivo.
- (3) Não informado.

J14a. Valor Ki67 (laudo) 1º tumor:

_____

J15a. Citoqueratinas 1º tumor:

- (1) Negativo.
- (2) Positivo.
- (3) Não informado.

J16a. Valor citoqueratinas (laudo) 1º tumor:

_____

J17a. EGFR 1º tumor:

- (1) Negativo.
- (2) Positivo.
- (3) Não informado.

J18a. Valor EGFR (laudo) 1º tumor:

_____

J19a. FISH 1º tumor:

- (1) Positivo.
- (2) Negativo.
- (3) Não informado.
- (4) Duvidoso.

J20a. Data do FISH 1º tumor:

_____

J0b. Imunohistoquímica 2º tumor:

- (1) Presente.
- (2) Ausente.
- (999) Sem informação no prontuário.

J1b. Data da entrada do material no laboratório 2º tumor:

_____

J2b. Data de liberação do laudo 2º tumor:

_____

J3b. Estrógeno 2º tumor:

- (1) Negativo.
- (2) Positivo.
- (3) Não informado.

J4b. Valor estrógeno (laudo) 2º tumor:

_____

J5b. Progesterona 2º tumor:

- (1) Negativo.
- (2) Positivo.
- (3) Não informado.

J6b. Valor progesterona (laudo) 2º tumor:

_____

J7b. P53 2º tumor:

- (1) Negativo.
- (2) Positivo.
- (3) Não informado.

J8b. Valor P53 (laudo) 2º tumor:

_____

J9b.Vimentina 2º tumor:

- (1) Negativo.
- (2) Positivo.
- (3) Não informado.

J10b. Valor vimentina (laudo) 2º tumor:

_____

J11b. HER2 2º tumor:

- (1) Negativo.
- (2) Positivo.
- (3) Não informado.

J12b. Valor HER2 (laudo) 2º tumor:

_____

J13b. Ki67 2º tumor:

- (1) Negativo.
- (2) Positivo.
- (3) Não informado.

J14b. Valor Ki67 (laudo) 2º tumor:

_____

J15b. Citoqueratinas 2º tumor:

- (1) Negativo.
- (2) Positivo.
- (3) Não informado.

J16b. Valor citoqueratinas (laudo) 2º tumor:

_____

J17b. EGFR 2º tumor:

- (1) Negativo.
- (2) Positivo.
- (3) Não informado.

J18b. Valor EGFR (laudo) 2º tumor:

_____

J19b. FISH 2º tumor:

- (1) Positivo.
- (2) Negativo.
- (3) Não informado.
- (4) Duvidoso.

J20b. Data do FISH 2º tumor:

_____

J11. Outras informações sobre imunohistoquímica:

_____

BLOCO K: ESTADIAMENTO

K1. Exames para estadiamento para a doença

Anotar todos os exames de imagem que foram realizados para definir o estadiamento (RX, RM, TM, Cintilografia, USG)

_____

K2. Estadiamento clínico (TNM):

_____

K3. Estadiamento patológico (TNM):

_____

K4. UICC:

Obs.: Quando a paciente recebeu tratamento neo-adjuvante sempre considerar o estadiamento clínico inicial.

- ◯ (1) Estádio 0.
- ◯ (2) Estádio I.
- ◯ (3) Estádio IIA.
- ◯ (4) Estádio IIB.
- ◯ (5) Estádio IIIA.
- ◯ (6) Estádio IIIB.
- ◯ (7) Estádio IIIC.
- ◯ (8) Estádio IV.
- ◯ (999) Sem informação no prontuário.

K5. Outras informações sobre estadiamento do câncer de mama

_____

BLOCO L: METÁSTASE SISTÊMICA AO DIAGNÓSTICO

L1. Metástase sistêmica ao diagnóstico?

- ◯ (1) Não.
- ◯ (2) Sim.
- ◯ (999) Sem informação no prontuário.

L2. Data do exame complementar que diagnosticou a doença metastática:
(Formato: DD/MM/AAAA.)

_____

L3. No período que foi identificada a doença metastática a mulher encontrava-se:

- ◯ (1) Assintomática
- ◯ (2) Sintomática
- ◯ (999) Sem informação no prontuário.

L4. Houve confirmação da metástase?

- ◯ (1) Biópsia
- ◯ (2) Imagem
- ◯ (3) Biópsia + imagem
- ◯ (4) Marcadores
- ◯ (6) Clínico
- ◯ (7) Outro.
- ◯ (999) Sem informação no prontuário.

L4_other. Especifique outro:

_____

L5. Sítio da metástase:

- (1) Óssea.
- (2) Pulmonar.
- (3) SNC.
- (4) Hepática.
- (5) Crise visceral (considerar linfangite pulmonar e/ou metastase hepática extensa).
- (6) Parte moles/cutânea (considerar implantes cutâneos na musculatura e tecido subcutâneo).
- (7) Linfonodos não regionais.
- (8) Derrame pleural.
- (9) Derrame pericárdico.
- (10) Linfonodos contralaterais.
- (11) Outro.

L5_other. Especifique outro

_____

L6. Outras informações sobre metástase sistêmica ao diagnóstico:

_____

BLOCO M: TRATAMENTO COMPLEMENTAR

M1. Tratamento complementar?

- ◯ (1) Sim.
- ◯ (2) Não.
- ◯ (999) Sem informação no prontuário.

M1a. Tipo de tratamento complementar

- ◯ (1) Neoadjuvante.
- ◯ (2) Adjuvante.
- ◯ (3) Neoadjuvante + adjuvante.
- ◯ (4) Paliativa.
- ◯ (999) Sem informação no prontuário.

M2. Outras informações sobre tratamento complementar:

_____

BLOCO N: RADIOTERAPIA

N1. Radioterapia:

- ◯ (1) Sim.
- ◯ (2) Não.
- ◯ (999) Sem informação no prontuário.

V33. Sinto raiva do meu corpo.

- ◯ (1) Nunca
- ◯ (2) Raramente.
- ◯ (3) Às vezes.
- ◯ (4) Frequentemente.
- ◯ (5) Sempre.

V34. Preciso ser tranquilizada a respeito da minha saúde.

- ◯ (1) Nunca
- ◯ (2) Raramente.
- ◯ (3) Às vezes.
- ◯ (4) Frequentemente.
- ◯ (5) Sempre.

V35. Posso participar de atividades normais.

- ◯ (1) Nunca
- ◯ (2) Raramente.
- ◯ (3) Às vezes.
- ◯ (4) Frequentemente.
- ◯ (5) Sempre.

V36. Tenho problemas de me concentrar.

- ◯ (1) Nunca
- ◯ (2) Raramente.
- ◯ (3) Às vezes.
- ◯ (4) Frequentemente.
- ◯ (5) Sempre.

V37. Meu corpo me impede de fazer coisas que eu quero fazer.

- ◯ (1) Nunca
- ◯ (2) Raramente.
- ◯ (3) Às vezes.
- ◯ (4) Frequentemente.
- ◯ (5) Sempre.

V38. Acho que minhas mamas parecem desiguais para os outros.

- ◯ (1) Nunca
- ◯ (2) Raramente.
- ◯ (3) Às vezes.
- ◯ (4) Frequentemente.
- ◯ (5) Sempre.

V39. As dores no braço são um problema para mim.

- ◯ (1) Nunca
- ◯ (2) Raramente.
- ◯ (3) Às vezes.
- ◯ (4) Frequentemente.
- ◯ (5) Sempre.

V40. Preocupo-me com pequenas dores.

- ◯ (1) Nunca
- ◯ (2) Raramente.
- ◯ (3) Às vezes.
- ◯ (4) Frequentemente.
- ◯ (5) Sempre.

V41. Sinto-me normal.

- ◯ (1) Nunca
- ◯ (2) Raramente.
- ◯ (3) Às vezes.
- ◯ (4) Frequentemente.
- ◯ (5) Sempre.

V42. Sinto que as pessoas podem falar que minhas mamas não são normais.

- ◯ (1) Nunca
- ◯ (2) Raramente.
- ◯ (3) Às vezes.
- ◯ (4) Frequentemente.
- ◯ (5) Sempre.

O1b. Data do término do esquema:
Formato: DD/MM/AAAA.

_____

O1c. Número de ciclos do esquema:

_____

O2. Esquema 2:

- (1) AC (Ciclofosfamida + Adriblastina).
- (2) Bevacizumab.
- (3) Camptosar.
- (4) Carboplatina.
- (5) Cisplatina/ Platiran/ Platinil.
- (6) CMF (Ciclofosfamida + metotrexate + Fluorouracil).
- (7) FAC (Fluorouracil + Adriblastina/ Adriamicina + Ciclofosfamida)
- (8) Faslodex.
- (9) FEC (Fluorouracil + Epirrubicina + Ciclofosfamida.
- (10) Gemzar/Gemcitabina.
- (11) Herceptin/ Trastuzumabe.
- (13) Inibidor da osteólise.
- (14) Lapatinibe.
- (16) Navelbine/ Vinorelbina.
- (17) O-Plat.
- (18) Platiran (cisplatina).
- (19) TAC (Taxotere/ Docetaxel + Ciclofosfamida + Adriblastina).
- (21) Taxol/ Paclitaxel.
- (22) Taxotere/ Docetaxel.
- (23) Vimblastina.
- (24) Outras.
- (25) Sem informação no prontuário.

O2_other: Especifique outro:

_____

O2a. Data do início do esquema:
Formato: DD/MM/AAAA.

_____

O2b. Data do término do esquema:
Formato: DD/MM/AAAA.

_____

O2c. Número de ciclos do esquema:

_____

O3. Esquema 3:

- (1) AC (Ciclofosfamida + Adriblastina).
- (2) Bevacizumab.
- (3) Camptosar.
- (4) Carboplatina.
- (5) Cisplatina/ Platiran/ Platinil.
- (6) CMF (Ciclofosfamida + metotrexate + Fluorouracil).
- (7) FAC (Fluorouracil + Adriblastina/ Adriamicina + Ciclofosfamida)
- (8) Faslodex.
- (9) FEC (Fluorouracil + Epirrubicina + Ciclofosfamida.
- (10) Gemzar/Gemcitabina.
- (11) Herceptin/ Trastuzumabe.
- (13) Inibidor da osteólise.
- (14) Lapatinibe.
- (16) Navelbine/ Vinorelbina.
- (17) O-Plat.
- (18) Platiran (cisplatina).
- (19) TAC (Taxotere/ Docetaxel + Ciclofosfamida + Adriblastina).
- (21) Taxol/ Paclitaxel.
- (22) Taxotere/ Docetaxel.
- (23) Vimblastina.
- (24) Outras.
- (25) Sem informação no prontuário.

O3_other: Especifique outro:

_____

O3a. Data do início do esquema:
Formato: DD/MM/AAAA.

_____

O3b. Data do término do esquema:
Formato: DD/MM/AAAA.

_____

O3c. Número de ciclos do esquema:

_____

O4. Caso tenham existam mais registros de esquemas inserir as informações a seguir:

_____

O5. Houve atraso após iniciar a quimioterapia?

- (1) Não.
- (2) Sim.
- (999) Sem informação no prontuário.

O5a. Qual o motivo do atraso na quimioterapia?

- (1) Efeito colateral.
- (2) Recusa da mulher.
- (3) Dificuldade de retorno da mulher (transporte).
- (4) Faltou medicamento.
- (5) Outros problemas.
- (999) Sem informação no prontuário

O5a_other. Especifique outro:

_____

O6. Houve toxicidade durante a quimioterapia?

- (1) Sim.
- (2) Não.
- (999) Sem informação no prontuário.

O6a. Quando ocorreu a toxicidade?

- (1) Precoce (0-3 dias).
- (2) Imediata (0 -21 dias).
- (3) Tardia (meses).
- (4) Ultra-tardia (meses ou anos).

O6b. Especifique

- (1) Cardíaca.
- (2) Hematológica.
- (3) Alérgica.
- (4) Alopécia.
- (5) Neuronal.
- (6) Renal.
- (7) Gástrica.
- (8) Outras.

O6b_other. Especifique outro:

_____

O7. Outras informações sobre quimioterapia:

_____

BLOCO P: HORMONIOTERAPIA

P0. Hormonioterapia

- ◯ (1) Sim.
- ◯ (2) Não.
- ◯ (999) Sem informação no prontuário.

P1. Esquema 1:

- ◯ (12) Inibidores da aromatase.
- ◯ (15) Megestrol.
- ◯ (20) Tamoxifeno.
- ◯ (24) Outras.

P1_other: Especifique outro:

_____

P1a. Data do início do esquema:
Formato: DD/MM/AAAA.

_____

P1b. Data do término do esquema:
Formato: DD/MM/AAAA.

_____

P1c. Total de meses que utilizou a droga:

_____

P2. Esquema 2:

- ◯ (12) Inibidores da aromatase.
- ◯ (15) Megestrol.
- ◯ (20) Tamoxifeno.
- ◯ (24) Outras.

P2_other: Especifique outro:

_____

P2a. Data do início do esquema:
Formato: DD/MM/AAAA.

_____

P2b. Data do término do esquema:
Formato: DD/MM/AAAA.

_____

P2c. Total de meses que utilizou a droga:

_____

P3. Houve atraso após iniciar a hormonioterapia?

- (1) Não.
- (2) Sim.
- (999) Sem informação no prontuário.

P3a. Qual o motivo do atraso na hormonioterapia?

- (1) Efeito colateral.
- (2) Recusa da mulher.
- (3) Dificuldade de retorno da mulher (transporte).
- (4) Faltou medicamento.
- (5) Outros problemas.
- (999) Sem informação no prontuário

P3a_other. Especifique outro:

_____

P4. Houve toxicidade durante a hormonioterapia?

- (1) Sim.
- (2) Não.
- (999) Sem informação no prontuário.

P4a. Quando ocorreu a toxicidade?

- (1) Precoce (0-3 dias).
- (2) Imediata (0 -21 dias).
- (3) Tardia (meses).
- (4) Ultra-tardia (meses ou anos).

P4b. Especifique:

- (1) Espessamento endometrial.
- (2) Osteoporose.
- (3) Oftálmica,
- (4) Esteatose hepática.
- (5) Vasculopatia/tromboembolismo.
- (6) Outra.

PO4b_other. Especifique outro:

_____

P5. Outras informações sobre hormonioterapia:

_____

BLOCO Q: RECIDIVA LOCO-REGIONAL

Q1. Recidiva loco-regional no curso do tratamento ou no acompanhamento?

- ◯ (1) Não.
- ◯ (2) Sim.
- ◯ (999) Sem informação no prontuário.

Q2. A recidiva ocorreu durante:

- ◯ (1) Tratamento.
- ◯ (2) Acompanhamento.

Q3. Sítio da recidiva

- ◯ (1) Local (Doença na mama após cirurgia conservadora ou no plastrão).
- ◯ (2) Regional (Metástase para drenagem linfática - mamária interna, axila e fossa).

Q3a. Data da recidiva:
Formato: DD/MM/AAAA.

_____

Q4. Tratamento locorregional instituído?

- ◯ (1) Sim.
- ◯ (2) Não.
- ◯ (999) Sem informação no prontuário.

Q4a. Qual tratamento locorregional instituído

- ◯ (1) Cirurgia.
- ◯ (2) RXT.
- ◯ (3) Cirurgia + RXT.
- ◯ (999) Sem informação no prontuário.

Q5. Tratamento sistêmico instituído?

- ◯ (1) Sim.
- ◯ (2) Não.
- ◯ (999) Sem informação no prontuário.

Q5a. Linha:

- (1) AC (Ciclofosfamida + Adriblastina).
- (2) Bevacizumab.
- (3) Camptosar.
- (4) Carboplatina.
- (5) Cisplatina/ Platiran/ Platinil.
- (6) CMF (Ciclofosfamida + metotrexate + Fluorouracil).
- (7) FAC (Fluorouracil + Adriblastina/ Adriamicina + Ciclofosfamida)
- (8) Faslodex.
- (9) FEC (Fluorouracil + Epirrubicina + Ciclofosfamida.
- (10) Gemzar/Gemcitabina.
- (11) Herceptin/ Trastuzumabe.
- (13) Inibidor da osteólise.
- (14) Lapatinibe.
- (16) Navelbine/ Vinorelbina.
- (17) O-Plat.
- (18) Platiran (cisplatina).
- (19) TAC (Taxotere/ Docetaxel + Ciclofosfamida + Adriblastina).
- (21) Taxol/ Paclitaxel.
- (22) Taxotere/ Docetaxel.
- (23) Vimblastina.
- (24) Outras.
- (25) Sem informação no prontuário.

Q5a_other: Especifique outro:

_____

Q5b. Data do início do esquema:
Formato: DD/MM/AAAA.

_____

Q5c. Data do término do esquema:
Formato: DD/MM/AAAA.

_____

Q5d. Número de ciclos do esquema:

_____

Q6. Houve mudança no esquema?

- (1) Não.
- (2) Sim.
- (999) Sem informação no prontuário.

Q7. Motivo da mudança do esquema (linha):

- (1) Manutenção após estabilização.
- (2) Progressão.
- (3) Toxicidade proibitiva.
- (4) Dose máxima.
- (5) Outro.
- (999) Sem informação no prontuário.

Q7_other. Especifique outro:

Q8. Novo Esquema (linha):

- (1) AC (Ciclofosfamida + Adriblastina).
- (2) Bevacizumab.
- (3) Camptosar.
- (4) Carboplatina.
- (5) Cisplatina/ Platiran/ Platinil.
- (6) CMF (Ciclofosfamida + metotrexate + Fluorouracil).
- (7) FAC (Fluorouracil + Adriblastina/ Adriamicina + Ciclofosfamida)
- (8) Faslodex.
- (9) FEC (Fluorouracil + Epirrubicina + Ciclofosfamida.
- (10) Gemzar/Gemcitabina.
- (11) Herceptin/ Trastuzumabe.
- (13) Inibidor da osteólise.
- (14) Lapatinibe.
- (16) Navelbine/ Vinorelbina.
- (17) O-Plat.
- (18) Platiran (cisplatina).
- (19) TAC (Taxotere/ Docetaxel + Ciclofosfamida + Adriblastina).
- (21) Taxol/ Paclitaxel.
- (22) Taxotere/ Docetaxel.
- (23) Vimblastina.
- (24) Outras.
- (25) Sem informação no prontuário.

Q8_other: Especifique outro:

_____

Q8a. Data do início do esquema:
Formato: DD/MM/AAAA.

_____

Q8b. Data do término do esquema:
Formato: DD/MM/AAAA.

_____

Q8c. Número de ciclos do esquema:

_____

Q9. Outras informações referentes a recidiva loco-regional:

_____

BLOCO R: METÁSTASE À DISTÂNCIA NO CURSO DO TRATAMENTO OU NO ACOMPANHAMENTO

R1. Metástase à distância no curso do tratamento ou no acompanhamento?

- ◯ (1) Não.
- ◯ (2) Sim.
- ◯ (999) Sem informação no prontuário.

R2. Data da identificação da metástase:
Formato: DD/MM/AAAA.

_____

R3. A metástase à distância ocorreu durante:

- ◯ (1) Tratamento.
- ◯ (2) Acompanhamento.

R4. No período que foi identificada a doença metastática à distância a mulher encontrava-se:

- ◯ (1) Assintomática
- ◯ (2) Sintomática
- ◯ (999) Sem informação no prontuário.

R5. Houve confirmação da metástase à distância?

- ◯ (1) Biópsia
- ◯ (2) Imagem
- ◯ (3) Biópsia + imagem
- ◯ (4) Marcadores
- ◯ (6) Clínico
- ◯ (7) Outro.
- ◯ (999) Sem informação no prontuário.

R5_other. Espcifique:

_____

R6. Sítio da metástase (1) à distância:

- (1) Óssea.
- (2) Pulmonar.
- (3) SNC.
- (4) Hepática.
- (5) Crise visceral (considerar linfangite pulmonar e/ou metastase hepática extensa).
- (6) Parte moles/cutânea (considerar implantes cutâneos na musculatura e tecido subcutâneo).
- (7) Linfonodos não regionais.
- (8) Derrame pleural.
- (9) Derrame pericárdico.
- (10) Linfonodos contralaterais.
- (11) Outro.

R6_other. Espcifique:

_____

R7. Sítio da metástase (2) à distância:

- (1) Óssea.
- (2) Pulmonar.
- (3) SNC.
- (4) Hepática.
- (5) Crise visceral (considerar linfangite pulmonar e/ou metastase hepática extensa).
- (6) Parte moles/cutânea (considerar implantes cutâneos na musculatura e tecido subcutâneo).
- (7) Linfonodos não regionais.
- (8) Derrame pleural.
- (9) Derrame pericárdico.
- (10) Linfonodos contralaterais.
- (11) Outro.

R7_other. Espcifique:

_____

R8. Sítio da metástase (3) à distância:

- (1) Óssea.
- (2) Pulmonar.
- (3) SNC.
- (4) Hepática.
- (5) Crise visceral (considerar linfangite pulmonar e/ou metastase hepática extensa).
- (6) Parte moles/cutânea (considerar implantes cutâneos na musculatura e tecido subcutâneo).
- (7) Linfonodos não regionais.
- (8) Derrame pleural.
- (9) Derrame pericárdico.
- (10) Linfonodos contralaterais.
- (11) Outro.

R8_other. Espcifique:

_____

R9. Qual(is) outro(s) sítio(s) de metástase à distância?

_____

R10. Tratamento da metástase à distância?

- (1) Sim.
- (2) Não.
- (999) Sem informação no prontuário.

R11. Data do início do tratamento:
Formato: DD/MM/AAAA.

_____

R12. Outras informações sobre metástase à distância no curso do tratamento ou no acompanhamento

_____

BLOCO S: SEGUIMENTO

S1. Data do último contato:
Formato: DD/MM/AAAA.

_____

S2. Fonte da última data de contato

- (1) Prontuário.
- (2) Urgência do hospital.
- (3) Contato telefônico.
- (4) Outra.
- (5) Entrevista face a face.

S2_other. Especifique:

_____

S3. Estado da doença no último contato

- ◯ (1) Sem evidências de doença (Desaparecimento do tumor e de suas metástases).
- ◯ (2) Doença estável (Pacientes que não apresentam resposta completa e nem progressão de doença, ou seja, há doença presente sem progressão).
- ◯ (3) Remissão parcial (Redução minima de 50% no diâmetro do tumor palpável e/ou nas imagens de sítios metastáticos).
- ◯ (4) Doença em progressão (Aumento dos diâmetros tumorais pré-existentes e/ou surgimento de novos focos metastáticos).
- ◯ (5) Fora de possibilidade terapêutica (Pacientes sem condições clínicas para serem submetidas a qualquer tipo de tratamento anti-blástico -> Paciente terminal)
- ◯ (6) Óbito.
- ◯ (999) Ignorado.

S3a. Data do óbito:
Formato: DD/MM/AAAA.

_____

S3b. Fonte da informação do óbito:

- ◯ (1) Prontuário.
- ◯ (2) Declaração de óbito.
- ◯ (3) Outra.

S3b_other. Especifique:

_____

S3c. CID declarado na Declaração de óbito:

_____

S3d. Causa do óbito registrada na DO:

_____

S4. Outras informações sobre seguimento:
Devem ser inseridas informações mais detalhadas sobre o último contato com a mulher, informações sobre o óbito ou outros dados que sejam importantes para melhorar as informações de seguimento

_____

FIM DO QUESTIONÁRIO

APÊNDICE D – Questionário para coleta de dados primários (entrevista).

QUALIDADE DE VIDA, IMAGEM CORPORAL, ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS E COMPORTAMENTAIS SEGUNDO CARACTERÍSTICAS TUMORAIS E CLÍNICAS EM MULHERES DIAGNOSTICADAS COM CÂNCER DE MAMA EM JUIZ DE FORA, MINAS GERAIS.

VAR04. QUALIDADE DE VIDA, IMAGEM CORPORAL, ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS E COMPORTAMENTAIS SEGUNDO CARACTERÍSTICAS TUMORAIS E CLÍNICAS EM MULHERES DIAGNOSTICADAS COM CÂNCER DE MAMA EM JUIZ DE FORA, MINAS GERAIS.

Você responderá um questionário que faz parte de uma pesquisa realizada pelo Grupo de Pesquisa em Câncer do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), com o objetivo de conhecer alguns aspectos importantes da condição de saúde, imagem corporal e qualidade de vida das mulheres diagnosticadas com câncer de mama em Juiz de Fora.

Sua identificação e suas respostas serão mantidas sob sigilo! Apenas o resultado geral da pesquisa será divulgado.

Não existem respostas certas ou erradas. Por gentileza, nos responda com atenção, pois suas informações são muito importantes para analisarmos fatores de risco dessa população.

VAR03. Entrevistador:

_____

VAR05. Entrevistador(a), o(a) participante entregou o termo de consentimento devidamente assinado?

◯ (1) Sim.

◯ (2) Não.

◯ (999) Sem informação no prontuário.

BLOCO A: IDENTIFICAÇÃO DA MULHER

A1. Prontuário:

_____

A22. Data da entrevista:
Formato: DD/MM/AAAA.

_____

A5. Nome:

_____

A9. Data de nascimento:
Formato: DD/MM/AAAA.

_____

A23. Idade atual (entrevista):

_____

A24. Endereço atual - se mudou (entrevista):

_____

A18. Telefone fixo

_____

A19. Tefelone celular

_____

A25. Telefone celular de algum(a) conhecido da participante:

_____

A26. Nome completo do(a) conhecido(a) e parentesco ou vínculo com essa pessoa:
Exemplo: Maria de Lourdes de Souza (vizinha)

_____

BLOCO B: INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

Neste bloco, vou perguntar sobre as suas características socioeconômicas, como grau de escolaridade, situação de trabalho, renda familiar, características do domicílio, posse de itens de conforto e condições de saneamento.

B7. O IBGE classifica as pessoas que vivem no Brasil em 5 grupos conforme a cor da pele ou raça: (1) brancos(as) / caucasianos(as), (2) pretos(as) / negros(as), (3) pardos(as) / mulatos(as) / morenos(as) / mestiços(as), (4) amarelos(as) (orientais) e (5) indígenas. De acordo com a sua opinião, em qual desses grupos você se incluiria? (ENTREVISTA)
Instrução: entrevistador(a), leia as opções para o(a) participante e aguarde; não interfira na resposta!

- ◯ (1) Branco(a) / caucasiano(a).
- ◯ (2) Preto(a) / negro(a).
- ◯ (3) Pardo(a) / mulato(a) / moreno(a) / mestiço(a).
- ◯ (4) Amarelo(a) (oriental).
- ◯ (5) Indígena.
- ◯ (999) Não sabe ou não quis responder.

B8. Qual o seu grau de instrução? (ENTREVISTA)

- ◯ (1) Analfabeto(a) ou fundamental I (primário) incompleto.
- ◯ (2) Fundamental I (primário) completo ou fundamental II (ginásio) incompleto.
- ◯ (3) Fundamental (ginásio) completo ou médio (colegial) incompleto.
- ◯ (4) Médio (colegial) completo ou superior incompleto.
- ◯ (5) Superior completo.
- ◯ (6) Pós-graduação incompleta.
- ◯ (7) Pós-graduação completa (especialização, mestrado ou doutorado)
- ◯ (999) Não sabe ou não quis responder.

B9. Quantos anos completos de estudo (com aprovação) a sra/você tem? (ENTREVISTA)

_____

B10. Qual é/era o grau de instrução do seu pai? (ENTREVISTA)

- ◯ (1) Analfabeto(a) ou fundamental I (primário) incompleto.
- ◯ (2) Fundamental I (primário) completo ou fundamental II (ginásio) incompleto.
- ◯ (3) Fundamental (ginásio) completo ou médio (colegial) incompleto.
- ◯ (4) Médio (colegial) completo ou superior incompleto.
- ◯ (5) Superior completo.
- ◯ (6) Pós-graduação incompleta.
- ◯ (7) Pós-graduação completa (especialização, mestrado ou doutorado)
- ◯ (999) Não sabe ou não quis responder.

B11. Qual é/era o grau de instrução da sua mãe? (ENTREVISTA)

- ◯ (1) Analfabeto(a) ou fundamental I (primário) incompleto.
- ◯ (2) Fundamental I (primário) completo ou fundamental II (ginásio) incompleto.
- ◯ (3) Fundamental (ginásio) completo ou médio (colegial) incompleto.
- ◯ (4) Médio (colegial) completo ou superior incompleto.
- ◯ (5) Superior completo.
- ◯ (6) Pós-graduação incompleta.
- ◯ (7) Pós-graduação completa (especialização, mestrado ou doutorado)
- ◯ (999) Não sabe ou não quis responder.

B12. Qual sua atual condição de trabalho? (ENTREVISTA)

- ◯ (1) Do lar (ou dona de casa).
- ◯ (2) Desempregada.
- ◯ (3) Emprego formal.
- ◯ (4) Emprego informal.
- ◯ (5) Aposentada ou pensionista.
- ◯ (6) Em auxílio saúde.
- ◯ (7) Outra.
- ◯ (999) Não sabe ou não quis responder.

B12_other. Especifique outra:

_____

B13. Qual era sua condição de trabalho quando foi diagnosticada com câncer de mama? (ENTREVISTA)

- ◯ (1) Do lar (ou dona de casa).
- ◯ (2) Desempregada.
- ◯ (3) Emprego formal.
- ◯ (4) Emprego informal.
- ◯ (5) Aposentada ou pensionista.
- ◯ (6) Em auxílio saúde.
- ◯ (7) Outra.
- ◯ (999) Não sabe ou não quis responder.

B13_other. Especifique outra:

_____

B17. Quantas pessoas moram no mesmo domicílio que você (contando com você)? (ENTREVISTA)

_____

B18. Você é o chefe da família? (ENTREVISTA)

Considere como chefe da família a pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio.

- ◯ (1) Sim.
- ◯ (2) Não.
- ◯ (999) Sem informação no prontuário.

b19. Qual o grau de instrução do chefe da família? (ENTREVISTA)

- ◯ (1) Analfabeto(a) ou fundamental I (primário) incompleto.
- ◯ (2) Fundamental I (primário) completo ou fundamental II (ginásio) incompleto.
- ◯ (3) Fundamental (ginásio) completo ou médio (colegial) incompleto.
- ◯ (4) Médio (colegial) completo ou superior incompleto.
- ◯ (5) Superior completo.
- ◯ (6) Pós-graduação incompleta.
- ◯ (7) Pós-graduação completa (especialização, mestrado ou doutorado)
- ◯ (999) Não sabe ou não quis responder.

B16. Qual o número de cômodos do seu domicílio? (ENTREVISTA)

cômodo(s).

Obs.: são considerados cômodos os quartos, inclusive de serviço (cozinha), e as salas.

_____

B14. Quantas pessoas, no total, participam ativamente da renda familiar (contado com você, se tiver renda)? (ENTREVISTA)

pessoa(s).

_____

B15. Qual o rendimento mensal total da sua família, ou seja, somando os rendimentos de todas as pessoas que moram com você (contando com o seu, se tiver)? (ENTREVISTA)

R$. Formato: R$ XXXX,XX; entrevistador(a), escreva diretamente o valor, sem "R$". Obs.: salário mínimo = R$ 954,00.
(999) Não sabe ou não quis responder.

_____

VAR06. CONDIÇÕES DE SANEAMENTO

B20. A água utilizada no seu domicílio é proveniente de:

- ◯ (1) Rede geral de distribuição.
- ◯ (2) Poço ou nascente.
- ◯ (3) Outro meio.
- ◯ (999) Não sabe ou não quis responder.

B21. Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que ela é:

- ◯ (1) Asfaltada / pavimentada.
- ◯ (2) De terra / cascalho.

B24. ITENS DE CONFORTO

Agora vou fazer algumas perguntas sobre itens do seu domicílio para a classificação econômica.

Todos os eletroeletrônicos que vou citar precisam estar funcionando, incluindo os que estão guardados. Caso não estejam funcionando, considere APENAS se tiver a intenção de consertar ou repor nos próximos 6 meses.

Todos os eletroeletrônicos que vou citar precisam estar funcionando, incluindo os que estão guardados. Caso não estejam funcionando, considere APENAS se tiver a intenção de consertar ou repor nos próximos 6 meses.

Instrução: entrevistador(a), pergunte todos os itens ao(à) participante, por exemplo: vamos começar? No domicílio tem (leia cada item)?

B25. Quantidade de banheiros.

- ◯ (0) Não possui.
- ◯ (1) Possui 1.
- ◯ (2) Possui 2.
- ◯ (3) Possui 3.
- ◯ (4) Possui 4 ou mais.
- ◯ (999) Não sabe ou não quis responder.

B26. Quantidade de geladeiras.

- ◯ (0) Não possui.
- ◯ (1) Possui 1.
- ◯ (2) Possui 2.
- ◯ (3) Possui 3.
- ◯ (4) Possui 4 ou mais.
- ◯ (999) Não sabe ou não quis responder.

B27. Quantidade de freezers independentes ou parte da geladeira duplex.

- ◯ (0) Não possui.
- ◯ (1) Possui 1.
- ◯ (2) Possui 2.
- ◯ (3) Possui 3.
- ◯ (4) Possui 4 ou mais.
- ◯ (999) Não sabe ou não quis responder.

B28. Quantidade de fornos de micro-ondas.

- ◯ (0) Não possui.
- ◯ (1) Possui 1.
- ◯ (2) Possui 2.
- ◯ (3) Possui 3.
- ◯ (4) Possui 4 ou mais.
- ◯ (999) Não sabe ou não quis responder.

B29. Quantidade de DVDs, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel.

- ◯ (0) Não possui.
- ◯ (1) Possui 1.
- ◯ (2) Possui 2.
- ◯ (3) Possui 3.
- ◯ (4) Possui 4 ou mais.
- ◯ (999) Não sabe ou não quis responder.

B30. Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks, e desconsiderando tablets, palms ou smartphones.

- ◯ (0) Não possui.
- ◯ (1) Possui 1.
- ◯ (2) Possui 2.
- ◯ (3) Possui 3.
- ◯ (4) Possui 4 ou mais.
- ◯ (999) Não sabe ou não quis responder.

B31. Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho.

- ◯ (0) Não possui.
- ◯ (1) Possui 1.
- ◯ (2) Possui 2.
- ◯ (3) Possui 3.
- ◯ (4) Possui 4 ou mais.
- ◯ (999) Não sabe ou não quis responder.

B32. Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca.

- ◯ (0) Não possui.
- ◯ (1) Possui 1.
- ◯ (2) Possui 2.
- ◯ (3) Possui 3.
- ◯ (4) Possui 4 ou mais.
- ◯ (999) Não sabe ou não quis responder.

B33. Quantidade de lavadoras de louças.

- ◯ (0) Não possui.
- ◯ (1) Possui 1.
- ◯ (2) Possui 2.
- ◯ (3) Possui 3.
- ◯ (4) Possui 4 ou mais.
- ◯ (999) Não sabe ou não quis responder.

B34. Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional.

- ◯ (0) Não possui.
- ◯ (1) Possui 1.
- ◯ (2) Possui 2.
- ◯ (3) Possui 3.
- ◯ (4) Possui 4 ou mais.
- ◯ (999) Não sabe ou não quis responder.

B35. Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular.

- ◯ (0) Não possui.
- ◯ (1) Possui 1.
- ◯ (2) Possui 2.
- ◯ (3) Possui 3.
- ◯ (4) Possui 4 ou mais.
- ◯ (999) Não sabe ou não quis responder.

B36. Quantidade de empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos 5 dias por semana.

- ◯ (0) Não possui.
- ◯ (1) Possui 1.
- ◯ (2) Possui 2.
- ◯ (3) Possui 3.
- ◯ (4) Possui 4 ou mais.
- ◯ (999) Não sabe ou não quis responder.

B37.Você possui plano de saúde?

- ◯ (1) Sim.
- ◯ (2) Não.
- ◯ (999) Sem informação no prontuário.

B38. Qual plano de saúde?

_____

B39. Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?

- ◯ (1) Mais do que uma vez por semana.
- ◯ (2) Uma vez por semana.
- ◯ (3) Duas a três vezes por mês.
- ◯ (4) Algumas vezes por ano.
- ◯ (5) Uma vez por ano ou menos.
- ◯ (6) Nunca

B40. Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?

- ◯ (1) Mais do que uma vez por ao dia.
- ◯ (2) Diariamente.
- ◯ (3) Duas ou mais vezes por semana.
- ◯ (4) Uma vez por semana.
- ◯ (5) Poucas vezes por mês.
- ◯ (6) Raramente ou nunca.

VAR07. As próximas perguntas contém frases a respeito de crenças ou experiências religiosas. Por favor, anote o quanto cada frase se aplica a você.

B41. Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo).

- ◯ (1) Totalmente verdade para mim.
- ◯ (2) Em geral é verdade.
- ◯ (3) Não estou certo.
- ◯ (4) Em geral não é verdade.
- ◯ (5) Não é verdade

B42. As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver.

- ◯ (1) Totalmente verdade para mim.
- ◯ (2) Em geral é verdade.
- ◯ (3) Não estou certo.
- ◯ (4) Em geral não é verdade.
- ◯ (5) Não é verdade

B43. Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida.

- ◯ (1) Totalmente verdade para mim.
- ◯ (2) Em geral é verdade.
- ◯ (3) Não estou certo.
- ◯ (4) Em geral não é verdade.
- ◯ (5) Não é verdade

VAR09. As próximas perguntas contém frases a respeito do seu relacionamento conjugal

B44. Qual seu atual estado civil?

- ◯ (1) Solteira/ vivendo sem companheiro.
- ◯ (2) Casada/ União estável / Vivendo com companheiro.
- ◯ (3) Separada ou divorciada.
- ◯ (4) Viúva.
- ◯ (999) Não sabe ou não quis responder.

B45. Qual sua situação conjugal?

- ◯ (1) Com o mesmo companheiro desde o diagnóstico de câncer de mama.
- ◯ (2) Sem companheiro desde o desde o diagnóstico de câncer de mama.
- ◯ (3) Com companheiro, diferente do companheiro que tinha antes do diagnóstico de câncer de mama.
- ◯ (4) Sem companheiro ao diagnóstico de câncer de mama, mas atualmente, com companheiro.
- ◯ (5) Com companheiro ao diagnóstico de câncer de mama, mas atualmente, sem companheiro.
- ◯ (999) Não sabe ou não quis responder.

B46. Há quanto tempo você está com este companheiro?

_____

B47. Como você avalia o relacionamento com o companheiro ANTES do diagnóstico da doença?

- ◯ (1) Muito ruim.
- ◯ (2) Ruim.
- ◯ (3) Regular.
- ◯ (4) Bom.
- ◯ (5) Muito bom.
- ◯ (999) Não sabe ou não quis responder.

B48. Como você avalia o relacionamento com o companheiro ATUALMENTE?

- ◯ (1) Muito ruim.
- ◯ (2) Ruim.
- ◯ (3) Regular.
- ◯ (4) Bom.
- ◯ (5) Muito bom.
- ◯ (999) Não sabe ou não quis responder.

B49. Você teve (está tendo) apoio do seu parceiro em relação do diagnóstico de câncer de mama

- ◯ (1) Não tenho parceiro.
- ◯ (2) Está sendo muito próximo.
- ◯ (3) Está sendo muito afastado.
- ◯ (4) Está menor do que o recebido por filhos, parentes e amigos.
- ◯ (5) Não estou recebendo apoio.
- ◯ (999) Não sabe ou não quis responder.

B6. Outras informações sociodemográficas

_____

BLOCO T: APOIO SOCIAL

As perguntas a seguir são sobre o apoio fornecido pelas pessoas que o cercam.

T1. Com quantas pessoas você pode realmente contar quando precisa de ajuda?
Se ninguém, preencha 0.

_____

T2. Liste o nome e o grau de parentesco de até 9 pessoas que você pode contar quando precisa de ajuda.

_____

T3. Qual o seu grau de satisfação com a ajuda fornecida por essas pessoas?

- ◯ (1) Muito insatisfeito.
- ◯ (2) Insatisfeito.
- ◯ (3) Algo insatisfeito.
- ◯ (4) Pouco satisfeito.
- ◯ (5) Satisfeito.
- ◯ (6) Muito satisfeito.

T4. Com quantas pessoas você pode realmente contar para a ajudar a sentir-se mais relaxada quando está tensa ou sob pressão?
Se ninguém, preencha 0.

_____

T5. Liste o nome e o grau de parentesco de até 9 pessoas que você pode contar quando precisa de ajudar para sentir-se mais relaxada quando está tensa ou sob pressão?

_____

T6. Qual o seu grau de satisfação com a ajuda fornecida por essas pessoas?

- ◯ (1) Muito insatisfeito.
- ◯ (2) Insatisfeito.
- ◯ (3) Algo insatisfeito.
- ◯ (4) Pouco satisfeito.
- ◯ (5) Satisfeito.
- ◯ (6) Muito satisfeito.

T7. Quantas pessoas te aceita totalmente, incluindo os seus maiores defeitos e virtudes?
Se ninguém, preencha 0.

_____

T8. Liste o nome e o grau de parentesco de até 9 pessoas que te aceita totalmente, incluindo os seus maiores defeitos e virtudes.
Exemplo: 1. JCS (irmã); 2. FRZ (amiga)...

_____

T9. Qual o seu grau de satisfação com a aceitação dessas pessoas?

- ◯ (1) Muito insatisfeito.
- ◯ (2) Insatisfeito.
- ◯ (3) Algo insatisfeito.
- ◯ (4) Pouco satisfeito.
- ◯ (5) Satisfeito.
- ◯ (6) Muito satisfeito.

T10. Com quantas pessoas você pode realmente contar para se preocupar consigo independentes do que lhe possa estar a acontecer a si?
Se ninguém, preencha 0.

_____

T11. Liste o nome e o grau de parentesco de até 9 pessoas que você pode contar para se preocupar consigo independentes do que lhe possa estar a acontecer a si.
Exemplo: 1. JCS (irmã); 2. FRZ (amiga)...

_____

T12. Qual o seu grau de satisfação com a ajuda fornecida por essas pessoas?

- ◯ (1) Muito insatisfeito.
- ◯ (2) Insatisfeito.
- ◯ (3) Algo insatisfeito.
- ◯ (4) Pouco satisfeito.
- ◯ (5) Satisfeito.
- ◯ (6) Muito satisfeito.

T13. Com quantas pessoas você pode realmente contar para a ajudar a sentir-se melhor quando se sente para baixo?
Se ninguém, preencha 0.

_____

T14. Liste o nome e o grau de parentesco de até 9 pessoas que você pode contar para a ajudar a sentir-se melhor quando se sente para baixo
Exemplo: 1. JCS (irmã); 2. FRZ (amiga)...

_____

T15. Qual o seu grau de satisfação com a ajuda fornecida por essas pessoas?

- ◯ (1) Muito insatisfeito.
- ◯ (2) Insatisfeito.
- ◯ (3) Algo insatisfeito.
- ◯ (4) Pouco satisfeito.
- ◯ (5) Satisfeito.
- ◯ (6) Muito satisfeito.

T16. Com quantas pessoas você pode realmente contar para a consolar quando você está preocupada?
Se ninguém, preencha 0.

_____

T17. Liste o nome e o grau de parentesco de até 9 pessoas que você pode contar para a consolar quando você está preocupada
Exemplo: 1. JCS (irmã); 2. FRZ (amiga)...

_____

T18. Qual o seu grau de satisfação com a ajuda fornecida por essas pessoas?

- ◯ (1) Muito insatisfeito.
- ◯ (2) Insatisfeito.
- ◯ (3) Algo insatisfeito.
- ◯ (4) Pouco satisfeito.
- ◯ (5) Satisfeito.
- ◯ (6) Muito satisfeito.

BLOCO C: HÁBITOS DE VIDA

C4. Tabagismo (entrevista)

- ◯ (1) Tabagista.
- ◯ (2) Ex-tabagista.
- ◯ (3) Nunca fumou.
- ◯ (999) Sem informação no prontuário.

C5. Quantos cigarros fuma por dia? (entrevista)

_____

C6. Quantos anos fuma? (entrevista)

_____

C7. Há quanto tempo parou (anos)? (entrevista)

_____

C8. Quantos cigarros fumava por dia? (entrevista)

C9. Quantos anos fumou? (entrevista)

C10. Etilismo (entrevista)

- ◯ (1) Bebe.
- ◯ (2) Já bebeu.
- ◯ (3) Nunca bebeu.
- ◯ (999) Sem informação no prontuário.

C11. Carga etílica/dose (entrevista)

Obsevação: Uma dose de bebida alcoólica corresponde a uma lata de cerveja, uma taça de vinho ou uma dose de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada.

C12. Quantas vezes por semana? (entrevista)

C13. Nos últimos 30 dias, a sra/você chegou a consumir 4 ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião?

- ◯ (1) Não.
- ◯ (2) Sim.
- ◯ (999) Sem informação no prontuário.

C14. Atualmente, em geral, como você avalia a sua alimentação?

- ◯ (1) Muito ruim (nada saudável).
- ◯ (2) Ruim (pouco saudável).
- ◯ (3) Regular (mais ou menos saudável).
- ◯ (4) Boa (saudável).
- ◯ (5) Muito boa (muito saudável).
- ◯ (999) Não sabe ou não quis responder.

VAR08. As próximas perguntas estão relacionadas ao tempo que você gasta fazendo atividade física em uma semana habitual.

Para responder as perguntas pense somente nas atividades que você realiza por PELO MENOS 10 minutos contínuos de cada vez.

Instrução: entrevistador(a), para responder as questões, ressalte para o(a) participante que:
Atividades VIGOROSAS são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar MUITO mais forte que o normal.

Atividades MODERADAS são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar UM POUCO mais forte que o normal.

Obs.: o tempo em minutos deve ser calculado a partir das horas de atividade física que o(a) participante relatar.

C15. Em quantos dias de uma semana normal, você realiza atividades VIGOROSAS por pelo menos 10 minutos contínuos, como correr, fazer ginastica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que faça você suar bastante ou aumentem muito sua respiração ou batimentos do coração.

(0) Nenhum.
dias por semana.

C16. Nos dias em que você faz essas atividades VIGOROSAS por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gasta fazendo essas atividades por dia?

Tempo em minutos: . Formato: MM. Obs.: 1 hora = 60 minutos.

C17. Em quantos dias de uma semana normal, você realiza atividades MODERADAS por pelo menos 10 minutos contínuos, como pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos em casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim, ou qualquer atividade que faça você suar leve ou aumente moderadamente sua respiração ou batimentos do coração. Obs.: por favor, não inclua caminhada.

(0) Nenhum.
dias por semana.

C18. Nos dias em que você faz essas atividades MODERADAS por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gasta fazendo essas atividades por dia?

Tempo em minutos: . Formato: MM. Obs.: 1 hora = 60 minutos.

C19. Em quantos dias de uma semana normal você CAMINHA por pelo menos 10 minutos contínuos em casa, na escola ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício?

(0) Nenhum.
dias por semana.

C20. Nos dias em que você CAMINHA por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gasta caminhando por dia?

Tempo em minutos: . Formato: MM. Obs.: 1 hora = 60 minutos.

C21. Quanto tempo por dia você fica sentado(a) em um dia da semana?

Tempo em minutos: . Formato: MM. Obs.: 1 hora = 60 minutos.

C22. Quanto tempo por dia você fica sentado(a) no final de semana?

Tempo em minutos: . Formato: MM. Obs.: 1 hora = 60 minutos.

C23. Qual sua maior preocupação no momento?

- ◯ (1) Problemas familiares.
- ◯ (2) Problemas financeiros.
- ◯ (3) Problemas de saúde relacionados ao câncer de mama.
- ◯ (4) Problemas de saúde não relacionados ao câncer de mama.
- ◯ (5) Outra.
- ◯ (999) Não sabe ou não quis responder.

C24. Se for outra, qual?

_____

C3. Outras informações sobre hábitos de vida.

_____

BLOCO G: MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

G5. Peso em Kg (entrevista)

_____

G6. Altura em centímetros (entrevista)

_____

BLOCO H: INVESTIGAÇÃO DO CÂNCER DE MAMA

H10. Fez cirurgia?

- ◯ (1) Sim, mastectomia.
- ◯ (2) Sim, nodulectomia ou setorectomia.
- ◯ (3) Sim, nodulectomia ou setorectomia seguida por mastectomia.
- ◯ (4) Não fez cirurgia.

H11. Quantas intervenções cirúrgicas foram realizadas na mama acometida?

_____

H12. Fez reconstrução?

- ◯ (1) Sim, imediata.
- ◯ (2) Sim, tardia.
- ◯ (3) Não fez reconstrução.

H13. Por que não fez reconstrução?

- (1) Falta de informação
- (2) Falta de vontade
- (3) Falta de oportunidade
- (4) Sem condições clínicas
- (5) Outro motivo.
- (999) Não sabe ou não quis responder.

H13_other. Qual outro motivo?

_____

H14. Você gostaria de fazer reconstrução?

- (1) Sim.
- (2) Não.
- (999) Sem informação no prontuário.

H15. Atualmente você está fazendo algum tratamento para o câncer de mama?

- (1) Sim.
- (2) Não.
- (999) Sem informação no prontuário.

H16. Qual tratamento?

Instrução: Escrever qual tratamento a mulher está fazendo. Exemplo: hormonioterapia, radioterapia ou quimioterapia.

_____

FIM DO QUESTIONÁRIO

BLOCO U: Qualidade de vida

U1. Você tem alguma dificuldade quando faz grandes esforços, por exemplo carregar uma bolsa de compras pesada ou uma mala?

- (1) Não.
- (2) Pouco.
- (3) Moderadamente.
- (4) Muito.

U2. Você tem alguma dificuldade quando faz uma longa caminhada?

- (1) Não.
- (2) Pouco.
- (3) Moderadamente.
- (4) Muito.

U3. Você tem alguma dificuldade quando faz uma curta caminhada fora de casa?

- ◯ (1) Não.
- ◯ (2) Pouco.
- ◯ (3) Moderadamente.
- ◯ (4) Muito.

U4. Você tem que ficar numa cama ou na cadeira durante o dia?

- ◯ (1) Não.
- ◯ (2) Pouco.
- ◯ (3) Moderadamente.
- ◯ (4) Muito.

U5. Você precisa de ajuda para se alimentar, se vestir, se lavar ou usar o banheiro?

- ◯ (1) Não.
- ◯ (2) Pouco.
- ◯ (3) Moderadamente.
- ◯ (4) Muito.

U6. Durante a última semana, tem sido difícil trabalhar ou realizar suas atividades diárias?

- ◯ (1) Não.
- ◯ (2) Pouco.
- ◯ (3) Moderadamente.
- ◯ (4) Muito.

U7. Durante a última semana, tem sido difícil praticar seu hobby ou participar de atividades de lazer?

- ◯ (1) Não.
- ◯ (2) Pouco.
- ◯ (3) Moderadamente.
- ◯ (4) Muito.

U8. Durante a última semana, você teve falta de ar?

- ◯ (1) Não.
- ◯ (2) Pouco.
- ◯ (3) Moderadamente.
- ◯ (4) Muito.

U9. Durante a última semana, você tem tido dor?

- ◯ (1) Não.
- ◯ (2) Pouco.
- ◯ (3) Moderadamente.
- ◯ (4) Muito.

U10. Durante a última semana, você precisou repousar?

- ◯ (1) Não.
- ◯ (2) Pouco.
- ◯ (3) Moderadamente.
- ◯ (4) Muito.

U11. Durante a última semana, você tem tido problemas para dormir?

- ◯ (1) Não.
- ◯ (2) Pouco.
- ◯ (3) Moderadamente.
- ◯ (4) Muito.

U12. Durante a última semana, você tem se sentido fraca?

- ◯ (1) Não.
- ◯ (2) Pouco.
- ◯ (3) Moderadamente.
- ◯ (4) Muito.

U13. Durante a última semana, você tem tido falta de apetite?

- ◯ (1) Não.
- ◯ (2) Pouco.
- ◯ (3) Moderadamente.
- ◯ (4) Muito.

U14. Durante a última semana, você em se sentido enjoada?

- ◯ (1) Não.
- ◯ (2) Pouco.
- ◯ (3) Moderadamente.
- ◯ (4) Muito.

U15. Durante a última semana, você tem vomitado?

- ◯ (1) Não.
- ◯ (2) Pouco.
- ◯ (3) Moderadamente.
- ◯ (4) Muito.

U16. Durante a última semana, você tem tido prisão de ventre?

- ◯ (1) Não.
- ◯ (2) Pouco.
- ◯ (3) Moderadamente.
- ◯ (4) Muito.

U17. Durante a última semana, você tem tido diarreia?

- ◯ (1) Não.
- ◯ (2) Pouco.
- ◯ (3) Moderadamente.
- ◯ (4) Muito.

U18. Durante a última semana, você esteve cansada?

- ◯ (1) Não.
- ◯ (2) Pouco.
- ◯ (3) Moderadamente.
- ◯ (4) Muito.

U19. Durante a última semana, a dor interferiu em suas atividades diárias?

- ◯ (1) Não.
- ◯ (2) Pouco.
- ◯ (3) Moderadamente.
- ◯ (4) Muito.

U20. Durante a última semana, você tem tido dificuldade para se concentrar em coisas como ler jornal ou ver televisão?

- ◯ (1) Não.
- ◯ (2) Pouco.
- ◯ (3) Moderadamente.
- ◯ (4) Muito.

U21. Durante a última semana, você se sentiu nervosa?

- ◯ (1) Não.
- ◯ (2) Pouco.
- ◯ (3) Moderadamente.
- ◯ (4) Muito.

U22. Durante a última semana, você esteve preocupada?

- ◯ (1) Não.
- ◯ (2) Pouco.
- ◯ (3) Moderadamente.
- ◯ (4) Muito.

U23. Durante a última semana, você se sentiu irritada facilmente?

- ◯ (1) Não.
- ◯ (2) Pouco.
- ◯ (3) Moderadamente.
- ◯ (4) Muito.

U24. Durante a últUma semana, você se sentUu deprUmUda?

- ◯ (1) Não.
- ◯ (2) Pouco.
- ◯ (3) Moderadamente.
- ◯ (4) Muito.

U25. Durante a últUma semana, você tem tUdo dUfUculdade para se lembrar das coUsas?

- ◯ (1) Não.
- ◯ (2) Pouco.
- ◯ (3) Moderadamente.
- ◯ (4) Muito.

U26. Durante a última semana, a sua condição física ou o tratamento médico tem interferido em sua vida familiar?

- ◯ (1) Não.
- ◯ (2) Pouco.
- ◯ (3) Moderadamente.
- ◯ (4) Muito.

U27. Durante a última semana, a sua condição física ou o tratamento médico tem interferido em suas atividades sociais?

- ◯ (1) Não.
- ◯ (2) Pouco.
- ◯ (3) Moderadamente.
- ◯ (4) Muito.

U28. Durante a última semana, a sua condição física ou o tratamento médico tem lhe trazido dificuldades financeiras?

- ◯ (1) Não.
- ◯ (2) Pouco.
- ◯ (3) Moderadamente.
- ◯ (4) Muito.

U29. Como você classificaria a sua saúde em geral, durante a última semana?

- ◯ (1) 1
- ◯ (2) 2
- ◯ (3) 3
- ◯ (4) 4
- ◯ (5) 5
- ◯ (6) 6
- ◯ (7) 7

U30. Como você classificaria a sua qualidade de vida em geral, durante a última semana?

- ◯ (1) 1
- ◯ (2) 2
- ◯ (3) 3
- ◯ (4) 4
- ◯ (5) 5
- ◯ (6) 6
- ◯ (7) 7

U31. Durante a semana passada, você sentiu secura na boca?

- ◯ (1) Não.
- ◯ (2) Pouco.
- ◯ (3) Moderadamente.
- ◯ (4) Muito.

U32. Durante a semana passada, a comida e a bebida souberam-lhe de forma diferente da habitual?

- ◯ (1) Não.
- ◯ (2) Pouco.
- ◯ (3) Moderadamente.
- ◯ (4) Muito.

U33. Durante a semana passada, os olhos doeram-lhe, picaram ou choraram?

- ◯ (1) Não.
- ◯ (2) Pouco.
- ◯ (3) Moderadamente.
- ◯ (4) Muito.

U34. Durante a semana passada, caiu-lhe algum cabelo?

- ◯ (1) Não.
- ◯ (2) Pouco.
- ◯ (3) Moderadamente.
- ◯ (4) Muito.

U35. Durante a semana passada, se teve quedas de cabelo, ficou preocupada com as quedas de cabelo?

- ◯ (1) Não.
- ◯ (2) Pouco.
- ◯ (3) Moderadamente.
- ◯ (4) Muito.

U36. Durante a semana passada, sentiu-se doente ou indisposta?

- ◯ (1) Não.
- ◯ (2) Pouco.
- ◯ (3) Moderadamente.
- ◯ (4) Muito.

U37. Durante a semana passada, você teve afrontamentos?

- ◯ (1) Não.
- ◯ (2) Pouco.
- ◯ (3) Moderadamente.
- ◯ (4) Muito.

U38. Durante a semana passada, você teve dores de cabeça?

- ◯ (1) Não.
- ◯ (2) Pouco.
- ◯ (3) Moderadamente.
- ◯ (4) Muito.

U39. Durante a semana passada, sentiu-se menos atraente fisicamente devido à doença e ao tratamento?

- ◯ (1) Não.
- ◯ (2) Pouco.
- ◯ (3) Moderadamente.
- ◯ (4) Muito.

U40. Durante a semana passada, sentiu-se menos feminina por causa da doença e do tratamento?

- ◯ (1) Não.
- ◯ (2) Pouco.
- ◯ (3) Moderadamente.
- ◯ (4) Muito.

U41. Durante a semana passada, teve dificuldade em olhar para o seu corpo, nua?

- ◯ (1) Não.
- ◯ (2) Pouco.
- ◯ (3) Moderadamente.
- ◯ (4) Muito.

U42. Durante a semana passada, sentiu-se pouco satisfeita com o seu corpo?

- ◯ (1) Não.
- ◯ (2) Pouco.
- ◯ (3) Moderadamente.
- ◯ (4) Muito.

U43. Durante a semana passada, preocupou-se com o seu estado de saúde no futuro?

- ◯ (1) Não.
- ◯ (2) Pouco.
- ◯ (3) Moderadamente.
- ◯ (4) Muito.

U44. Durante as últimas quatro semanas, até que ponto sentiu desejo sexual?

- ◯ (1) Não.
- ◯ (2) Pouco.
- ◯ (3) Moderadamente.
- ◯ (4) Muito.

U45. Durante as últimas quatro semanas, até que ponto esteve sexualmente ativa? (com ou sem relações sexuais).

- ◯ (1) Não.
- ◯ (2) Pouco.
- ◯ (3) Moderadamente.
- ◯ (4) Muito.

U46. Durante as últimas quatro semanas, se esteve sexualmente ativa, até que ponto as relações sexuais deram lhe prazer?

- ◯ (1) Não.
- ◯ (2) Pouco.
- ◯ (3) Moderadamente.
- ◯ (4) Muito.

U47. Durante a última semana, teve dores no braço ou no ombro?

- ◯ (1) Não.
- ◯ (2) Pouco.
- ◯ (3) Moderadamente.
- ◯ (4) Muito.

U48. Durante a última semana, teve o braço ou a mão inchados?

- ◯ (1) Não.
- ◯ (2) Pouco.
- ◯ (3) Moderadamente.
- ◯ (4) Muito.

U49. Durante a última semana, teve dificuldade em levantar o braço ou fazer movimentos laterais com ele?

- ◯ (1) Não.
- ◯ (2) Pouco.
- ◯ (3) Moderadamente.
- ◯ (4) Muito.

U50. Durante a última semana, sentiu dores na área da mama afetada?

- ◯ (1) Não.
- ◯ (2) Pouco.
- ◯ (3) Moderadamente.
- ◯ (4) Muito.

U51. Durante a última semana, a área da mama afetada inchou?

- ◯ (1) Não.
- ◯ (2) Pouco.
- ◯ (3) Moderadamente.
- ◯ (4) Muito.

U52. Durante a última semana, sentiu a área da mama afetada muito sensível?

- ◯ (1) Não.
- ◯ (2) Pouco.
- ◯ (3) Moderadamente.
- ◯ (4) Muito.

U53. Durante a última semana, teve problemas de pele na área ou à volta da área da mama afetada? (por exemplo, comichão, pele seca, pele a escamar)?

- ◯ (1) Não.
- ◯ (2) Pouco.
- ◯ (3) Moderadamente.
- ◯ (4) Muito.

BLOCO V: IMAGEM CORPORAL

V1. Tento esconder meu corpo.

- ◯ (1) Discordo totalmente.
- ◯ (2) Discordo.
- ◯ (3) Não discordo nem concordo.
- ◯ (4) Concordo.
- ◯ (5) Concordo totalmente.

V2. Evito olhar minhas cicatrizes da cirurgia da mama.

- ◯ (1) Discordo totalmente.
- ◯ (2) Discordo.
- ◯ (3) Não discordo nem concordo.
- ◯ (4) Concordo.
- ◯ (5) Concordo totalmente.

V3. Sinto que há uma bomba relógio dentro de mim.

- ◯ (1) Discordo totalmente.
- ◯ (2) Discordo.
- ◯ (3) Não discordo nem concordo.
- ◯ (4) Concordo.
- ◯ (5) Concordo totalmente.

V4. Estou feliz com minha disposição.

- ◯ (1) Discordo totalmente.
- ◯ (2) Discordo.
- ◯ (3) Não discordo nem concordo.
- ◯ (4) Concordo.
- ◯ (5) Concordo totalmente.

V5. Estou satisfeita com a forma do meu corpo.

- ◯ (1) Discordo totalmente.
- ◯ (2) Discordo.
- ◯ (3) Não discordo nem concordo.
- ◯ (4) Concordo.
- ◯ (5) Concordo totalmente.

V6. Sinto-me menos feminina desde o câncer.

- ◯ (1) Discordo totalmente.
- ◯ (2) Discordo.
- ◯ (3) Não discordo nem concordo.
- ◯ (4) Concordo.
- ◯ (5) Concordo totalmente.

V7. Gosto do meu corpo.

- ◯ (1) Discordo totalmente.
- ◯ (2) Discordo.
- ◯ (3) Não discordo nem concordo.
- ◯ (4) Concordo.
- ◯ (5) Concordo totalmente.

V8. Sinto-me confortável com minha aparência com a prática da atividade física.

- ◯ (1) Discordo totalmente.
- ◯ (2) Discordo.
- ◯ (3) Não discordo nem concordo.
- ◯ (4) Concordo.
- ◯ (5) Concordo totalmente.

V9. Sentiria-me confortável trocando de roupa em um vestiário público.

- ◯ (1) Discordo totalmente.
- ◯ (2) Discordo.
- ◯ (3) Não discordo nem concordo.
- ◯ (4) Concordo.
- ◯ (5) Concordo totalmente.

V10. Sinto que meu corpo foi invadido.

- ◯ (1) Discordo totalmente.
- ◯ (2) Discordo.
- ◯ (3) Não discordo nem concordo.
- ◯ (4) Concordo.
- ◯ (5) Concordo totalmente.

V11. Estou satisfeita com a aparência do meu braço.

- ◯ (1) Discordo totalmente.
- ◯ (2) Discordo.
- ◯ (3) Não discordo nem concordo.
- ◯ (4) Concordo.
- ◯ (5) Concordo totalmente.

V12. Sinto que meu corpo me desapontou, me deixou na mão.

- ◯ (1) Discordo totalmente.
- ◯ (2) Discordo.
- ◯ (3) Não discordo nem concordo.
- ◯ (4) Concordo.
- ◯ (5) Concordo totalmente.

V13. Gosto de minha aparência exatamente como ela é.

- ◯ (1) Discordo totalmente.
- ◯ (2) Discordo.
- ◯ (3) Não discordo nem concordo.
- ◯ (4) Concordo.
- ◯ (5) Concordo totalmente.

V14. Sinto que aquela parte minha deve permanecer escondida.

- ◯ (1) Discordo totalmente.
- ◯ (2) Discordo.
- ◯ (3) Não discordo nem concordo.
- ◯ (4) Concordo.
- ◯ (5) Concordo totalmente.

V15. Tenho medo de tocar minhas cicatrizes da cirurgia da mama.

- ◯ (1) Discordo totalmente.
- ◯ (2) Discordo.
- ◯ (3) Não discordo nem concordo.
- ◯ (4) Concordo.
- ◯ (5) Concordo totalmente.

V16. Estou satisfeita com a aparência do meu quadril.

- ◯ (1) Discordo totalmente.
- ◯ (2) Discordo.
- ◯ (3) Não discordo nem concordo.
- ◯ (4) Concordo.
- ◯ (5) Concordo totalmente.

V17. Sinto que alguma coisa está tomando conta do meu corpo.

- ◯ (1) Discordo totalmente.
- ◯ (2) Discordo.
- ◯ (3) Não discordo nem concordo.
- ◯ (4) Concordo.
- ◯ (5) Concordo totalmente.

V18. Estou satisfeita com a forma do meu bumbum.

- ◯ (1) Discordo totalmente.
- ◯ (2) Discordo.
- ◯ (3) Não discordo nem concordo.
- ◯ (4) Concordo.
- ◯ (5) Concordo totalmente.

V19. Sinto-me confortável ao olhar minha mastectomia.

As frases a seguir são sobre seus sentimentos a respeito de suas mamas ou da mastectomia (retirada total de uma ou ambas as mamas). Responda a questão 19, se você fez a mastectomia SEM reconstrução da(s) mama(s). Caso você tenha feito a reconstrução, a retirada parcial da mama (quadrante) ou não tenha feito cirurgia, pule a questão 19.

- ◯ (1) Discordo totalmente.
- ◯ (2) Discordo.
- ◯ (3) Não discordo nem concordo.
- ◯ (4) Concordo.
- ◯ (5) Concordo totalmente.

H20. Estou feliz com a posição do meu mamilo.

Responda às questões 20, 21, 22 e 23 se você fez a reconstrução da(s) mama(s), ou a retirada parcial da(s) mama(s) (quadrante) ou nenhuma cirurgia. Caso contrário, deixe as questões em branco.

- ◯ (1) Discordo totalmente.
- ◯ (2) Discordo.
- ◯ (3) Não discordo nem concordo.
- ◯ (4) Concordo.
- ◯ (5) Concordo totalmente.

V21. Estou satisfeita com o tamanho das minhas mamas.

- ◯ (1) Discordo totalmente.
- ◯ (2) Discordo.
- ◯ (3) Não discordo nem concordo.
- ◯ (4) Concordo.
- ◯ (5) Concordo totalmente.

V22. Sinto-me confortável quando outras pessoas olham minha(s) mama(s).

- ◯ (1) Discordo totalmente.
- ◯ (2) Discordo.
- ◯ (3) Não discordo nem concordo.
- ◯ (4) Concordo.
- ◯ (5) Concordo totalmente.

V23. A aparência das minhas mamas poderia incomodar outras pessoas.

- ◯ (1) Discordo totalmente.
- ◯ (2) Discordo.
- ◯ (3) Não discordo nem concordo.
- ◯ (4) Concordo.
- ◯ (5) Concordo totalmente.

V24. Sinto que as pessoas ficam olhando meu peito

- ◯ (1) Nunca
- ◯ (2) Raramente.
- ◯ (3) Às vezes.
- ◯ (4) Frequentemente.
- ◯ (5) Sempre.

V25. Evito intimidade física, como contato muito próximo com alguém.

- ◯ (1) Nunca
- ◯ (2) Raramente.
- ◯ (3) Às vezes.
- ◯ (4) Frequentemente.
- ◯ (5) Sempre.

V26. Sinto que as pessoas ficam me olhando.

- ◯ (1) Nunca
- ◯ (2) Raramente.
- ◯ (3) Às vezes.
- ◯ (4) Frequentemente.
- ◯ (5) Sempre.

V27. Evito expor meu corpo ao trocar de roupa.

- ◯ (1) Nunca
- ◯ (2) Raramente.
- ◯ (3) Às vezes.
- ◯ (4) Frequentemente.
- ◯ (5) Sempre.

V28. Preciso ser tranquilizada a respeito da aparência das minhas mamas.

- ◯ (1) Nunca
- ◯ (2) Raramente.
- ◯ (3) Às vezes.
- ◯ (4) Frequentemente.
- ◯ (5) Sempre.

V29. Estar cansada interfere na minha vida.

- ◯ (1) Nunca
- ◯ (2) Raramente.
- ◯ (3) Às vezes.
- ◯ (4) Frequentemente.
- ◯ (5) Sempre.

V30. O inchaço do meu braço é um problema para mim.

- ◯ (1) Nunca
- ◯ (2) Raramente.
- ◯ (3) Às vezes.
- ◯ (4) Frequentemente.
- ◯ (5) Sempre.

V31. Meu corpo me preocupa.

- ◯ (1) Nunca
- ◯ (2) Raramente.
- ◯ (3) Às vezes.
- ◯ (4) Frequentemente.
- ◯ (5) Sempre.

V32. Manteria meu peito coberto durante a intimidade sexual.

- ◯ (1) Nunca
- ◯ (2) Raramente.
- ◯ (3) Às vezes.
- ◯ (4) Frequentemente.
- ◯ (5) Sempre.

V33. Sinto raiva do meu corpo.

- ◯ (1) Nunca
- ◯ (2) Raramente.
- ◯ (3) Às vezes.
- ◯ (4) Frequentemente.
- ◯ (5) Sempre.

V34. Preciso ser tranquilizada a respeito da minha saúde.

- ◯ (1) Nunca
- ◯ (2) Raramente.
- ◯ (3) Às vezes.
- ◯ (4) Frequentemente.
- ◯ (5) Sempre.

V35. Posso participar de atividades normais.

- ◯ (1) Nunca
- ◯ (2) Raramente.
- ◯ (3) Às vezes.
- ◯ (4) Frequentemente.
- ◯ (5) Sempre.

V36. Tenho problemas de me concentrar.

- ◯ (1) Nunca
- ◯ (2) Raramente.
- ◯ (3) Às vezes.
- ◯ (4) Frequentemente.
- ◯ (5) Sempre.

V37. Meu corpo me impede de fazer coisas que eu quero fazer.

- ◯ (1) Nunca
- ◯ (2) Raramente.
- ◯ (3) Às vezes.
- ◯ (4) Frequentemente.
- ◯ (5) Sempre.

V38. Acho que minhas mamas parecem desiguais para os outros.

- ◯ (1) Nunca
- ◯ (2) Raramente.
- ◯ (3) Às vezes.
- ◯ (4) Frequentemente.
- ◯ (5) Sempre.

V39. As dores no braço são um problema para mim.

- ◯ (1) Nunca
- ◯ (2) Raramente.
- ◯ (3) Às vezes.
- ◯ (4) Frequentemente.
- ◯ (5) Sempre.

V40. Preocupo-me com pequenas dores.

- ◯ (1) Nunca
- ◯ (2) Raramente.
- ◯ (3) Às vezes.
- ◯ (4) Frequentemente.
- ◯ (5) Sempre.

V41. Sinto-me normal.

- ◯ (1) Nunca
- ◯ (2) Raramente.
- ◯ (3) Às vezes.
- ◯ (4) Frequentemente.
- ◯ (5) Sempre.

V42. Sinto que as pessoas podem falar que minhas mamas não são normais.

- ◯ (1) Nunca
- ◯ (2) Raramente.
- ◯ (3) Às vezes.
- ◯ (4) Frequentemente.
- ◯ (5) Sempre.

ANEXOS

ANEXO A – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora do projeto: Abordagem terapêutica e sobrevida em coorte de mulheres com câncer de mama, assistidas em centros de referência da Zona da Mata Mineira.

UFJF - UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA - MG

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Abordagem terapêutica e sobrevida em coorte de mulheres com câncer de mama, assistidas em centros de referência da Zona da Mata Mineira

Pesquisador: Maximiliano Ribeiro Guerra

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 04575712.4.0000.5147

Instituição Proponente: NATES - NÚCLEO DE ASSESSORIA, TREINAMENTO E ESTUDOS EM SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.038.397

Apresentação do Projeto:

A população deste estudo será composta por uma coorte de base hospitalar formada por cerca de 2000 mulheres, com diagnóstico de câncer de mama invasivo efetuado entre os períodos de 1998 a 2005 e 2010 a 2017, que foram submetidas à terapêutica local e/ou sistêmica (neoadjuvante, adjuvante ou paliativa). Descrição da área de estudo: Juiz de Fora é uma cidade de médio porte com população estimada para 2012 de 525.225 habitantes, sendo 52,7% do sexo feminino (Ministério da Saúde, 2012). Tal município apresenta ampla infra-estrutura de assistência em oncologia, dispondo de serviços especializados, tanto no setor público, quanto no setor privado, e destacando-se como referência regional. Esta rede de assistência oncológica está representada por duas clínicas privadas e quatro hospitais, sendo um hospital filantrópico e três hospitais privados. O recrutamento das pacientes incluídas neste estudo será efetuado a partir de busca ativa nos arquivos

médicos dos serviços de oncologia que prestam atendimento em oncologia na

cidade de Juiz de Fora/MG e região da Zona da Mata mineira. Apresentação do projeto esta clara, detalhada de forma objetiva, descreve as bases científicas que justificam o estudo, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, item III.

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a sobrevida de 5 e 10 anos em mulheres com câncer de mama invasivo que receberam tratamento cirúrgico, seguido de terapêutica local e/ou sistêmica (neoadjuvante, adjuvante ou paliativa), com doença diagnosticada entre os períodos de 1998 a 2005 e 2010 a 2017, em centros de atendimento oncológico da região da Zona da Mata mineira.O Objetivo da pesquisa está bem delineado, apresenta clareza e compatibilidade com a proposta, tendo adequação da metodologia aos objetivos pretendido, de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013, item 3.4.1 - 4.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os dados serão coletados apenas a partir de registros secundários (prontuários). Portanto, a realização do presente projeto envolve a exposição de riscos mínimos aos participantes a serem investigados. A equipe de pesquisadores envolvidos no projeto assegura o compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados, preservando integralmente o anonimato, a imagem do sujeito e a sua não estigmatização.Ressalte-se que a utilização das informações provenientes dos registros médicos foram devidamente autorizadas pela direção dos serviços de saúde incluídos no estudo e serão totalmente confidenciais para todos os casos, sendo utilizadas estritamente para fins científicos. A partir da realização dessa pesquisa, anseia-se pela obtenção de subsídios que possibilitem aos profissionais de saúde um conhecimento mais ampliado sobre a história natural da doença no contexto regional, permitindo uma abordagem adequada do câncer de mama na população de estudo, incluindo da doença metastática, de acordo com as particularidades e especificidades de cada situação. Pretende-se, ainda, que este trabalho possa contribuir para o estabelecimento de políticas de saúde locais voltadas para o cuidado ao câncer em geral, políticas estas que sejam

direcionadas ao cuidado do câncer dentro da nossa realidade, de tal forma que seja possível propiciar a todas as pacientes o acesso igualitário e individualizado aos recursos terapêuticos. Identificação dos riscos e as possibilidades e benefícios esperados, estão adequadamente descritos. A avaliação dos Riscos e Benefícios estão de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, itens III; III.2 e V.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS.

UFJF - UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA - MG

Continuação do Parecer: 2.038.397

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo de pesquisa está em configuração adequada, apresenta FOLHA DE ROSTO devidamente preenchida,com o título em português, identifica o patrocinador pela pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra a; e 3.4.1 item 16. Apresenta o TERMO DE DISPENSA DO TCLE e o termo de confidencialidade e sigilo de acordo com a Resolução CNS 466 de 2012, item: IV.8. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas no Manual Operacional para CPEs. Apresenta as autorizações para a realização da pesquisa de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra h.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, a emenda está aprovada, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: Dezembro de 2023.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional Nº001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO a emenda ao protocolo de pesquisa proposto,a qual solicita a inclusão de Angélica Atala Lombelo Campos,Camila Soares Lima Corrêa, Homero Gonçalves Junior e Mário Círio Nogueira; aumento da amostra;cronograma de execução atualizado e adequado para atender as modificações descritas na justificativa e inclusão de informações ausentes, pois no período de transição(2012) o projeto foi renovado e aprovado de acordo com os critérios da época. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_883058_E1.pdf	17/03/2017 10:59:38		Aceito

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br

UFJF - UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA - MG

Continuação do Parecer: 2.038.397

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Confidencialidade_e_Sigilo.pdf	17/03/2017 10:47:04	Maximiliano Ribeiro Guerra	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Dispensa_de_TCLE.pdf	17/03/2017 10:46:51	Maximiliano Ribeiro Guerra	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Atualizado_160317.docx	16/03/2017 21:48:09	Maximiliano Ribeiro Guerra	Aceito
Parecer Anterior	Parecerpg2.pdf	07/07/2012 11:41:07		Aceito
Parecer Anterior	Parecerpg1.pdf	07/07/2012 11:38:07		Aceito
Outros	Ficha de coleta de dados atualizada (1).pdf	07/07/2012 11:20:15		Aceito
Declaração de Pesquisadores	AutorizacaoOncologico.jpg	07/07/2012 11:02:32		Aceito
Declaração de Pesquisadores	AutorizacaoJoaoFelicio.pdf	07/07/2012 11:01:40		Aceito
Declaração de Pesquisadores	AutorizacaoJoaoFelicio.jpg	07/07/2012 11:01:05		Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.jpg	06/07/2012 14:35:54		Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

JUIZ DE FORA, 28 de Abril de 2017

Assinado por:
Lainer Augusta da Cunha Serrano
(Coordenador)

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br

ANEXO B – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora do projeto: Qualidade de vida, imagem corporal, aspectos socioeconômicos e comportamentais segundo características tumorais e clínicas em mulheres diagnosticadas com câncer de mama em Juiz de Fora, Minas Gerais.

UFJF - UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA - MG

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Qualidade de vida, imagem corporal, aspectos socioeconômicos e comportamentais segundo características tumorais e clínicas em mulheres diagnosticadas com câncer de mama em Juiz de Fora, Minas Gerais

Pesquisador: Maximiliano Ribeiro Guerra

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 05341019.5.0000.5147

Instituição Proponente: NATES - NÚCLEO DE ASSESSORIA, TREINAMENTO E ESTUDOS EM SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.128.283

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo epidemiológico de delineamento transversal, de caráter descritivo e analítico, que se caracteriza pela observação direta de uma quantidade planejada de indivíduos em uma única oportunidade, num prazo determinado de tempo, o mais curto possível, decorrido da observação entre o primeiro e o último indivíduo1. Tal metodologia permite a caracterização instantânea da situação de saúde de uma população ou comunidade, com base na avaliação individual do estado de saúde de cada um dos membros do grupo, dai produzindo indicadores globais de saúde para o grupo investigado. A presente investigação será realizada nos serviços de oncologia de um Instituto Oncológico, que prestam atendimento em oncologia na cidade de Juiz de Fora - MG e região da Zona da Mata mineira. A cidade de Juiz de Fora apresenta ampla infraestrutura de assistência oncológica, dispõe de serviços especializados, tanto no setor público, quanto no setor privado, e destaca-se como referência regional. A população do estudo será composta por mulheres diagnosticadas com câncer de mama nos últimos cinco anos, assistidas em dois centros de referência em Oncologia na cidade de Juiz de Fora. Esta pesquisa destina-se a avaliar a influência da imagem corporal na qualidade de vida de mulheres diagnosticadas com câncer de mama, assim como avaliar os aspectos socioeconômico, comportamentais e as características tumorais e clínicas. Dessa forma, ressalta-se que não haverá qualquer tipo de intervenção na população do estudo. Apresentação do projeto está clara, detalhada de forma

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br

objetiva, descreve as bases científicas que justificam o estudo, estando de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, item III.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a influência de aspectos socioeconômicos, comportamentais, clínicos e tumorais na imagem corporal e na qualidade de vida de mulheres diagnosticadas com câncer de mama.

Objetivo Secundário:

- Descrever as principais características socioeconômicas, comportamentais, clínicos, tumorais e relacionadas ao diagnóstico e tratamento em mulheres diagnosticadas com câncer de mama;
- Avaliar a imagem corporal e seus domínios em mulheres diagnosticadas com câncer de mama;
- Avaliar a qualidade de vida global e seus domínios em mulheres diagnosticadas com câncer de mama;
- Identificar os fatores associados à imagem corporal e à qualidade de vida na população de estudo.

Os Objetivos da pesquisa estão claros bem delineados, apresenta clareza e compatibilidade com a proposta, tendo adequação da metodologia aos objetivos pretendido, de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013, item 3.4.1 - 4.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos implicados na pesquisa consistem em “riscos mínimos” que restringem-se à possibilidade de identificação dos participantes da pesquisa a partir dos dados coletados (nome, sexo e data de nascimento). Para minimizar tal risco, os pesquisadores cumprirão os devidos protocolos e padrões de sigilo, utilizando as informações coletadas estritamente para fins acadêmicos e científicos. Ademais, os questionários abordam questões que podem gerar desconforto emocional para as participantes, especialmente aquelas com importante distúrbio na imagem corporal. Para minimizar tal risco, será ofertado suporte psicológico, mediante encaminhamento médico da equipe de pesquisa, que integra o corpo clínico do instituto Oncológico, conforme o fluxo de atendimento. Esta pesquisa pode contribuir para avançar o conhecimento à respeito da temática, uma vez que poderá produzir um panorama sobre a situação de saúde das mulheres diagnosticadas com câncer de mama, abrangendo informações sobre qualidade de vida, imagem corporal, comportamentos e condições de vida. Ademais, a qualidade de vida torna-se um indicador de avaliação dos resultados da terapêutica instituída. Sua mensuração pode refletir se o tratamento garantiu a restauração da função, a prevenção de incapacidades e o aumento da sobrevida com garantia do bem estar. Os resultados obtidos podem

ser norteadores de práticas assistenciais cotidianas e funcionar como indicador nos julgamentos clínicos, nas decisões de condutas terapêuticas das equipes de saúde, objetivando a melhora da qualidade de vida e imagem corporal de mulheres diagnosticadas com câncer de mama. Por fim, os resultados obtidos serão apresentados em eventos científicos nacionais/internacionais, estando prevista a publicação de ao menos um artigo original em periódico especializado, que poderá se tornar subsídio para a realização de novos trabalhos. Riscos e benefícios descritos em conformidade com a natureza e propósitos da pesquisa. O risco que o projeto apresenta é caracterizado como risco mínimo e benefícios esperados estão adequadamente descritos. A avaliação dos Riscos e Benefícios está de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, itens III; III.2 e V.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo de pesquisa está em configuração adequada, apresenta FOLHA DE ROSTO devidamente preenchida,com o título em português, identifica o patrocinador pela pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra a; e 3.4.1 item 16. Apresenta o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO em linguagem clara para compreensão dos participantes, apresenta justificativa e objetivo, campo para identificação do participante, descreve de forma suficiente os procedimentos, informa que uma das vias do TCLE será entregue aos participantes,assegura a liberdade do participante recusar ou retirar o consentimento sem penalidades,garante sigilo e anonimato, explicita riscos e desconfortos esperados, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa,contato do pesquisador e do CEP e informa que os dados da pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador pelo período de cinco anos, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens:IV letra b; IV.3 letras a,b,d,e,f,g e h; IV. 5 letra d e XI.2 letra f. Apresenta o INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS de forma pertinente aos objetivos delineados e preserva os participantes da pesquisa. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas no Manual Operacional para CPEs. Apresenta DECLARAÇÃO de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra h.

UFJF - UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA - MG

Continuação do Parecer: 3.128.283

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa:dezembro de 2023.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional Nº001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1282346.pdf	31/01/2019 11:35:47		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_final.docx	30/01/2019 22:04:45	Maximiliano Ribeiro Guerra	Aceito
Outros	Quest_final.doc	30/01/2019 22:03:27	Maximiliano Ribeiro Guerra	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	IO_assinada.pdf	30/01/2019 22:03:13	Maximiliano Ribeiro Guerra	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	9ju_assinada.pdf	30/01/2019 22:03:01	Maximiliano Ribeiro Guerra	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_sigilo.pdf	04/01/2019 11:00:25	Maximiliano Ribeiro Guerra	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	04/01/2019 10:59:58	Maximiliano Ribeiro Guerra	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	04/01/2019 00:02:41	Maximiliano Ribeiro Guerra	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br

UFJF - UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA - MG

Continuação do Parecer: 3.128.283

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

JUIZ DE FORA, 01 de Fevereiro de 2019

Assinado por:
Jubel Barreto
(Coordenador(a))

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br

ANEXO C – Questionário utilizado para avaliação da imagem corporal – versão Brasileira do *Body Image After Breast Cancer Questionnaire* (BIBCQ).

Questionário de Imagem Corporal após o Câncer de Mama

INSTRUÇÕES – POR FAVOR LEIA ATENTAMENTE

As páginas a seguir contêm frases a respeito de como as pessoas podem pensar, sentir ou se comportar depois de desenvolver o câncer de mama. Pedimos que você indique como você se identifica com cada frase, considerando os últimos 30 dias. Por favor, leia cada frase com atenção e indique como cada uma delas se aplica a você. Ao responder, leve em consideração como você se sentiu nos últimos 30 dias. Não escreva seu nome ou qualquer forma de identificação nas páginas do questionário, pois suas respostas são confidenciais. Utilizando as alternativas listadas abaixo, escreva sua resposta no espaço indicado.

Lembre-se de que não há respostas certas ou erradas; apenas a resposta mais próxima do que aconteceu com você nos últimos 30 dias. Algumas questões podem parecer mais importantes para você do que outras.

Tente responder as frases da melhor maneira possível. Elas deverão refletir o que realmente acontece com você. É importante que você responda todos os itens. Por favor seja o mais sincera possível. Seu nome nunca aparecerá nessa pesquisa e uma vez que esse questionário for devolvido, qualquer coisa que puder lhe identificar será destruída.

Para responder às questões, considere as seguintes alternativas de respostas:
1. Discordo totalmente
2. Discordo
3. Não concordo nem discordo
4. Concordo
5. Concordo totalmente

Este é um exemplo de como responder as questões:

Marque **1** se você **discorda totalmente** da frase; **2** se você **discorda** da frase; **3** se você **não concorda nem discorda** da frase; **4** se você **concorda** com a frase, ou **5** se você **concorda totalmente** com a frase. No exemplo abaixo, a pessoa marcou 2 indicando que ela **discorda** da frase.	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
O ressecamento da pele é um problema para mim.	1	X 2	3	4	5

Responda as questões a seguir de acordo com o que você sentiu nos últimos 30 dias.

Nos últimos 30 dias...

Marque **1** se você **discorda totalmente** da frase; **2** se você **discorda** da frase; **3** se você **não concorda nem discorda** da frase; **4** se você **concorda** com a frase, ou **5** se você **concorda totalmente** com a frase.	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. Tento esconder meu corpo.	1	2	3	4	5
2. Evito olhar minhas cicatrizes da cirurgia da mama.	1	2	3	4	5
3. Sinto que há uma bomba relógio dentro de mim.	1	2	3	4	5
4. Estou feliz com minha disposição.	1	2	3	4	5
5. Estou satisfeita com a forma do meu corpo.	1	2	3	4	5
6. Sinto-me menos feminina desde o câncer.	1	2	3	4	5
7. Gosto do meu corpo.	1	2	3	4	5
8. Sinto-me confortável com minha aparência com a prática da atividade física.	1	2	3	4	5
9. Sentiria-me confortável trocando de roupa em um vestiário público.	1	2	3	4	5
10. Sinto que meu corpo foi invadido.	1	2	3	4	5
11. Estou satisfeita com a aparência do meu braço.	1	2	3	4	5
12. Sinto que meu corpo me desapontou, me deixou na mão.	1	2	3	4	5
13. Gosto de minha aparência exatamente como ela é.	1	2	3	4	5
14. Sinto que aquela parte minha deve permanecer escondida.	1	2	3	4	5
15. Tenho medo de tocar minhas cicatrizes da cirurgia da mama.	1	2	3	4	5
16. Estou satisfeita com a aparência do meu quadril.	1	2	3	4	5
17. Sinto que alguma coisa está tomando conta do meu corpo.	1	2	3	4	5
18. Estou satisfeita com a forma do meu bumbum.	1	2	3	4	5

As frases a seguir são sobre seus sentimentos a respeito de suas mamas ou da mastectomia (retirada total de uma ou ambas as mamas). Responda a questão 19, **se você fez a mastectomia SEM reconstrução da(s) mama(s)**. Caso você tenha feito a reconstrução, a retirada parcial da mama (quadrante) ou não tenha feito cirurgia, pule a questão 19.

Nos últimos 30 dias…	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
19. Sinto-me confortável ao olhar minha mastectomia.*	1	2	3	4	5

Responda às questões 20, 21, 22 e 23 **se você fez a reconstrução da(s) mama(s), ou a retirada parcial da(s) mama(s) (quadrante) ou nenhuma cirurgia**. Caso contrário, deixe as questões em branco.

Nos últimos 30 dias…

Marque **1** se você **discorda totalmente** da frase; **2** se você **discorda** da frase; **3** se você **não concorda nem discorda** da frase; **4** se você **concorda** com a frase, ou **5** se você **concorda totalmente** com a frase.	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
20. Estou feliz com a posição do meu mamilo.*	1	2	3	4	5
21. Estou satisfeita com o tamanho das minhas mamas.*	1	2	3	4	5
22. Sinto-me confortável quando outras pessoas olham minha(s) mama(s).*	1	2	3	4	5
23. A aparência das minhas mamas poderia incomodar outras pessoas.*	1	2	3	4	5

Para responder as próximas questões, devem ser usadas as seguintes alternativas de respostas:
1. Nunca
2. Raramente
3. Às vezes
4. Frequentemente
5. Sempre

Este é um <u>exemplo</u> de como responder às questões:

	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
Marque **1** se a frase for **nunca** verdadeira; **2** se a frase for **raramente** verdadeira; **3** se a frase for **às vezes** verdadeira; **4** se a frase for **frequentemente** verdadeira, ou **5** se a frase for **sempre** verdadeira. Nesse exemplo, a pessoa marcou **4**, indicando que ela pode usar seu braço normalmente com **frequência.**					
Posso usar meu braço normalmente.	1	2	3	X	5

Responda as questões a seguir de acordo com o que você sentiu nos últimos 30 dias.

Nos últimos 30 dias...

Marque **1** se a frase for **nunca** verdadeira; **2** se a frase for **raramente** verdadeira; **3** se a frase for **às vezes** verdadeira; **4** se a frase for **frequentemente** verdadeira, ou **5** se a frase for **sempre** verdadeira	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
24. Sinto que as pessoas ficam olhando meu peito.	1	2	3	4	5
25. Evito intimidade física, como contato muito próximo com alguém.	1	2	3	4	5
26. Sinto que as pessoas ficam me olhando.	1	2	3	4	5
27. Evito expor meu corpo ao trocar de roupa.	1	2	3	4	5
28. Preciso ser tranquilizada a respeito da aparência das minhas mamas.	1	2	3	4	5
29. Estar cansada interfere na minha vida.	1	2	3	4	5
30. O inchaço do meu braço é um problema para mim.	1	2	3	4	5
31. Meu corpo me preocupa.	1	2	3	4	5
32. Manteria meu peito coberto durante a intimidade sexual.	1	2	3	4	5
33. Sinto raiva do meu corpo.	1	2	3	4	5
34. Preciso ser tranquilizada a respeito da minha saúde.	1	2	3	4	5
35. Posso participar de atividades normais.	1	2	3	4	5
36. Tenho problemas de me concentrar.	1	2	3	4	5
37. Meu corpo me impede de fazer coisas que eu quero fazer.	1	2	3	4	5
38. Acho que minhas mamas parecem desiguais para os outros.	1	2	3	4	5
39. As dores no braço são um problema para mim.	1	2	3	4	5
40. Preocupo-me com pequenas dores.	1	2	3	4	5
41. Sinto-me normal.	1	2	3	4	5
42. Sinto que as pessoas podem falar que minhas mamas não são normais.	1	2	3	4	5

As frases a seguir são sobre seus sentimentos a respeito de suas mamas ou da mastectomia (retirada total de uma ou ambas as mamas). Responda a questão 43, **se você fez a mastectomia SEM reconstrução da(s) mama(s)**. Caso você tenha feito a reconstrução, a retirada parcial da mama (quadrante) ou não tenha feito cirurgia, pule a questão 43.

Marque **1** se a frase for **nunca** verdadeira; **2** se a frase for **raramente** verdadeira; **3** se a frase for **às vezes** verdadeira; **4** se a frase for **frequentemente** verdadeira, ou **5** se a frase for **sempre** verdadeira. Nos últimos 30 dias…	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
43. Preocupo-me que minha prótese ou enchimento escorregue, saia do lugar.*	1	2	3	4	5

Responda à questão 44 **se você fez a reconstrução da(s) mama(s), a retirada parcial da(s) mama(s) (quadrante) ou nenhuma cirurgia**. Caso contrário, deixe as questões em branco.

Nos últimos 30 …	No espaço indicado marque **1** se a frase for **nunca** verdadeira; **2** se a frase for **raramente** verdadeira; **3** se a frase for **às vezes** verdadeira; **4** se a frase for **frequentemente** verdadeira, ou **5** se a frase for **sempre** verdadeira.	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
	44. Penso a respeito da(s) minha(s) mama(s)*.	1	2	3	4	5

ANEXO D – Manual de pontuação Questionário utilizado para avaliação da imagem corporal de acordo com *Body Image After Breast Cancer Questionnaire* (BIBCQ).

O escore é o mesmo do questionário original, com exceção das questões que foram excluídas da versão Brasileira pela análise estatística. A numeração das questões é correspondente à numeração da versão Brasileira.

O escore de cada item corresponde à resposta dada pela voluntária. Por exemplo, se para a questão 4 – Sinto que há uma bomba relógio dentro de mim, ela responder a opção "Discordo", o escore para a questão 4, será igual a 2. O valor de cada alternativa está indicado na Tabela 10 abaixo.

Tabela 10 - Valor do escore para cada alternativa

Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
1	2	3	4	5

Alguns itens são escalonados de maneira diferente, isto é, possuem escores reversos. Assim, para obter o escore total, não basta apenas fazer a soma da pontuação dos itens. Para cada item reverso, deve-se adicionar 6 ao escore total e cada item reverso possui carga negativa. Para facilitar, iremos primeiro relacionar os itens de cada escala, posteriormente daremos um exemplo de como calcular o escore total.

Escala de Vulnerabilidade

Item	Assertiva
3	Sinto que há uma bomba relógio dentro de mim
10	Sinto que meu corpo foi invadido
12	Sinto que meu corpo me desapontou, me deixou na mão
17	Sinto que alguma coisa está tomando conta do meu corpo
31	Meu corpo me preocupa
33	Sinto raiva do meu corpo
34	Preciso ser tranqüilizada a respeito da minha saúde
40	Preocupo-me com pequenas dores
44	Penso a respeito da(s) minha(s) mama(s)*

* item específico para mulheres que fizeram a mastectomia com reconstrução ou que retiraram apenas o quadrante ou que não fizeram cirurgia.

A escala de vulnerabilidade não possui nenhum item com escore reverso, portanto, é calculado apenas através da soma das respostas de cada item.

Escala de Estigma Corporal

Item	Assertiva
1	Tento esconder meu corpo
2	Evito olhar minhas cicatrizes da cirurgia da mama
6	Sinto-me menos feminina desde o câncer
- 9	Sentiria-me confortável trocando de roupa em um vestiário público
14	Sinto que aquela parte minha deve permanecer escondida
15	Tenho medo de tocar minhas cicatrizes da cirurgia da mama
- 19	Sinto-me confortável ao olhar minha mastectomia**
- 20	Estou feliz com a posição do meu mamilo *
- 21	Estou satisfeita com o tamanho das minhas mamas*
- 22	Sinto-me confortável quando outras pessoas olham minha(s) mama(s)*
23	A aparência da(s) minha(s) mama(s) poderia incomodar outras pessoas *
25	Evito intimidade física, como contato muito próximo com alguém
27	Evito expor meu corpo ao trocar de roupa
32	Manteria meu peito coberto durante a intimidade sexual

* item específico para mulheres que fizeram a mastectomia com reconstrução ou que retiraram apenas o quadrante ou que não fizeram cirurgia.

** item específico para mulheres que fizeram a mastectomia sem reconstrução

O escore total desta escala seria calculado da seguinte forma: faz-se a soma da pontuação de todos os itens comuns e quando for adicionar a pontuação do item #9 (que possui o escore negativo), primeiro se adiciona 6, desta forma: #1 + #2 + #6 + #14 + #15 + #25 + #27 + #32 + (6 - #9) + (6 - #19)**+ (6 - #20)* + (6 - #21)* + (6 - #22)* + #23*

Escala de Limitações

Item	Assertiva
- 4	Estou feliz com minha disposição
29	Estar cansada interfere na minha vida
- 35	Posso participar de atividades normais
36	Tenho problemas de me concentrar
37	Meu corpo me impede de fazer coisas que eu quero fazer
- 41	Sinto-me normal

Os itens #4, #35 e #41 da escala de Limitações, possuem o escore reverso. O escore total seria calculado da seguinte forma: #29 + #36 + #37 + (6 - #4) + (6 - #35) + (6 - #41)

Escala de Preocupações com o Corpo

Item	Assertiva
- 5	Estou satisfeita com a forma do meu corpo
- 7	Gosto do meu corpo
- 8	Sinto-me confortável com minha aparência com a prática da atividade física
- 13	Gosto de minha aparência exatamente como ela é
- 16	Estou satisfeita com a aparência do meu quadril
- 18	Estou satisfeita com a forma do meu bumbum

Todos os itens desta escala possuem escores reversos. O cálculo do escore total seria: (6 - #5) + (6 - #7) + (6 - #8) + (6 - #13) + (6 - #16) + (6 - #18).

Escala de Transparência

Item	Assertiva
24	Sinto que as pessoas ficam olhando meu peito
26	Sinto que as pessoas ficam me olhando
28	Preciso ser tranquilizada a respeito da aparência das minhas mamas
38	Acho que minhas mamas parecem desiguais para os outros
42	Sinto que as pessoas podem falar que minhas mamas não são iguais
43	Preocupo-me que minha prótese ou enchimento escorregue, saia do lugar**

** item específico para mulheres que fizeram a mastectomia sem reconstrução

Nenhum dos itens dessa escala possui escore reverso. O escore total é calculado pela soma da pontuação dos itens.

Escala de Preocupações com o Braço

Item	Assertiva
- 11	Estou satisfeita com a aparência do meu braço
30	O inchaço do meu braço é um problema para mim
39	As dores no braço são um problema para mim

Apenas o item #11 possui o escore reverso. O escore total seria calculado da seguinte forma: #30 + #39 + (6 - #11)

A valor 6 só deve ser acrescentado no cálculo do escore total de uma escala ou do questionário, para cada item com escore reverso respondido. Caso o item não seja respondido, não se deve acrescentar este valor.

Escala de Preocupações com o Corpo

Item	Assertiva
- 5	Estou satisfeita com a forma do meu corpo
- 7	Gosto do meu corpo
- 8	Sinto-me confortável com minha aparência com a prática da atividade física
- 13	Gosto de minha aparência exatamente como ela é
- 16	Estou satisfeita com a aparência do meu quadril
- 18	Estou satisfeita com a forma do meu bumbum

Todos os itens desta escala possuem escores reversos. O cálculo do escore total seria: (6 - #5) + (6 - #7) + (6 - #8) + (6 - #13) + (6 - #16) + (6 - #18).

Escala de Transparência

Item	Assertiva
24	Sinto que as pessoas ficam olhando meu peito
26	Sinto que as pessoas ficam me olhando
28	Preciso ser tranquilizada a respeito da aparência das minhas mamas
38	Acho que minhas mamas parecem desiguais para os outros
42	Sinto que as pessoas podem falar que minhas mamas não são iguais
43	Preocupo-me que minha prótese ou enchimento escorregue, saia do lugar**

** item específico para mulheres que fizeram a mastectomia sem reconstrução

Nenhum dos itens dessa escala possui escore reverso. O escore total é calculado pela soma da pontuação dos itens.

Escala de Preocupações com o Braço

Item	Assertiva
- 11	Estou satisfeita com a aparência do meu braço
30	O inchaço do meu braço é um problema para mim
39	As dores no braço são um problema para mim

Apenas o item #11 possui o escore reverso. O escore total seria calculado da seguinte forma: #30 + #39 + (6 - #11)

A valor 6 só deve ser acrescentado no cálculo do escore total de uma escala ou do questionário, para cada item com escore reverso respondido. Caso o item não seja respondido, não se deve acrescentar este valor.