



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA**



**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA - CURSO DE MESTRADO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: PSICOLOGIA APLICADA**

Bloco 2C – Sala 46 – Campus Umuarama – Uberlândia MG – CEP 38400-902 – CP 593 - Fone: (34) 3218-2701

Site: www.pepsi.ufu.br - E-mail: pepsi@fapsi.ufu.br

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

VALIDADE E FIDEDIGNIDADE DA VERSÃO BRASILEIRA DO QUESTIONÁRIO

IMAGEM CORPORAL APÓS O CÂNCER DE MAMA

Vanessa Cristina de Souza

Orientador: Prof. Dr. EDERALDO JOSÉ LOPES

Uberlândia, MG

2010



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA - CURSO DE MESTRADO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: PSICOLOGIA APLICADA

Bloco 2C – Sala 46 – Campus Umuarama – Uberlândia MG – CEP 38400-902 – CP 593 - Fone: (34) 3218-2701

Site: www.pgpsi.ufu.br - E-mail: pgpsi@fapsi.ufu.br

VANESSA CRISTINA DE SOUZA

**VALIDADE E FIDEDIGNIDADE DA VERSÃO BRASILEIRA DO QUESTIONÁRIO
*IMAGEM CORPORAL APÓS O CÂNCER DE MAMA***

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial a obtenção do Título de Mestre em Psicologia Aplicada.

Área de Concentração: Psicologia Aplicada

Orientador: Professor Doutor Ederaldo José Lopes

Uberlândia

Novembro / 2010

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

S729v Souza, Vanessa Cristina de, 1984-

Validade e fidedignidade da versão brasileira do questionário *imagem corporal após o câncer de mama* / Vanessa Cristina de Souza. – 2010.

78 f. : il.

Orientador: Ederaldo José Lopes.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

Inclui bibliografia.

1. Imagem corporal em mulheres - Teses. 2. Mamas - Câncer - Aspectos psicológicos - Teses. I. Lopes, Ederaldo José. II. Universidade Federal de Uberlândia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

CDU: 159.923.2-055.2

VANESSA CRISTINA DE SOUZA

**VALIDADE E FIDEDIGNIDADE DA VERSÃO BRASILEIRA DO QUESTIONÁRIO
*IMAGEM CORPORAL APÓS O CÂNCER DE MAMA***

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial a obtenção do Título de Mestre em Psicologia Aplicada.

Área de Concentração: Psicologia Aplicada

Orientador: Professor Doutor Ederaldo José Lopes

Banca Examinadora:

Prof. Dr Ederaldo Jose Lopes (Presidente)

Instituição: Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, MG

Prof. Dr. Joaquim Carlos Rossini (Membro Titular)

Instituição: Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, MG

Profª. Dra. Neide Aparecida Micelli Domingos (Membro Titular)

Instituição: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, SP

Profª. Dra. Maria Cristina Oliveira Santos Miyazaki (Membro Suplente)

Instituição: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, SP

AGRADECIMENTOS:

A Deus, que dá força inesgotável em todos meus caminhos e amparo em todas as horas, inclusive nas de maiores provações.

Ao orientador, Ederaldo José Lopes, que além de ter encontrado esse questionário e proposto a validação dele, acreditou nesse projeto e tem estado trabalhando nisto por quase 4 anos!

A primeira paciente que conheci, com câncer de mama, que me chamou a atenção por todas as vicissitudes dessa doença e despertou meu interesse pelo universo de todas as mulheres que são acometidas pelo câncer de mama.

A todas as mulheres que participaram desse estudo, pela solicitude e por dividir suas experiências comigo e com as demais pesquisadoras.

A Profa. Dra. Renata Ferrarez Fernandes Lopes, que foi quem começou com o projeto de atender mulheres

A Elisângela, que de tanto insistir, fez com que eu prestasse o processo seletivo do mestrado e esteve sempre pronta pra ajudar e interessada em opinar a ajudar.

Aos meus pais e meu irmão, que sempre me apoiaram e respeitaram meu espaço de estudo e de trabalho, em especial a minha mãe, que é sempre quem acompanha tudo mais de perto que qualquer pessoa.

Aos meus amigos, principalmente Polyana e Virgílio, que sempre estão me prestigiando.

A pastora Nice por todo seu carinho, suporte e atenção.

A Marineide, secretária do PGPSI, pela sua competência e disponibilidade, bem como paciência por me socorrer nas horas de dúvidas, esquecimentos e atrasos.

As professoras Rita de Cássia Gandini e Áurea de Fátima Oliveira que contribuíram muito com esse trabalho durante a qualificação do projeto.

Aos professores Joaquim e Neide, membros da banca examinadora que contribuíram com os toques finais dessa dissertação.

E por último, mas não menos importantes, as alunas Gabriela, Núbia, Pamela, Bruna, Ana Carolina, Ana Cláudia, Sâmara, Patrícia, Flávia e Noelle, que com muita garra fizeram com que a coleta de dados fosse finalizada. Sem o trabalho árduo delas o objetivo de reunir esses dados com tantas mulheres não seria possível.

“Eu te amo, ó Senhor, força minha.
O Senhor é a minha rocha,
a minha cidadela, meu libertador;
o meu Deus, o meu rochedo
em que me refugio;
o meu escudo, a força da minha salvação,
o meu baluarte.”

Salmos 18.1-2

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo validar para a amostra de mulheres brasileiras o Body Image After Breast Cancer Questionnaire (BIBCQ). Esse questionário tem por objetivo avaliar a imagem corporal da mulher acometida pelo câncer de mama e que se submeteu a cirurgia para retirada do tumor, com perda total ou parcial da mama no processo. A versão original é composta por 53 itens, divididos em 6 escalas: vulnerabilidade, estigma corporal, limitações, preocupação com o corpo, transparência/obviedade e preocupação com o braço. Para o processo de validação, a amostra foi composta de 268 mulheres, pacientes do Hospital do Câncer do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, com índices KMO de 0,845 e 0,832, para a primeira e segunda parte do questionário respectivamente. Para avaliar a estrutura fatorial e a confiabilidade do instrumento, o questionário foi dividido em duas partes, a primeira com a escala de concordância, e a segunda com a escala de frequência. Ao proceder a análise de componentes principais, foram obtidos 6 componentes, mas os itens não apresentaram a divisão original e respondiam por uma porcentagem muito pequena da variância, motivo pelo qual realizou-se uma análise fatorial confirmatória de eixos principais. Assim, foi possível obter os itens divididos em dois fatores para a escala de concordância – Defectividade e Imagem Positiva do Corpo; e dois para a escala de frequência – Preocupação com a Doença e Capacidade Física e Percepção de Defectividade pelo Outro. Quanto ao índice de confiabilidade (α de Cronbach), foram bastante satisfatórios nas duas escalas, 0,865 na primeira e 0,848 na segunda. Os resultados foram discutidos em termos dos resultados originais apresentados pelos autores do questionário e a versão final brasileira está pronta para ser utilizada, com 6 itens a menos da versão canadense.

Palavras-chave: análise fatorial; câncer de mama; imagem corporal; Questionário Imagem Corporal após o Câncer de Mama.

ABSTRACT

This study aimed to validate for the sample of Brazilian women the Body Image After Breast Cancer Questionnaire (BIBCQ). This questionnaire aims to assess the body image of women affected by breast cancer and who underwent surgery for resection, with total or partial loss of the breast in the process. The original version comprises 53 items, divided into six scales: vulnerability, body stigma, limitations, concern with the body, transparency / obviousness and concern about the arm. For the validation process, the sample consisted of 268 women, patients from the Oncology sector of the General Hospital of the Federal University of Uberlandia, with KMO index of 0.845 and 0.832, for first and second part of the questionnaire respectively. To assess the factor structure and reliability of the instrument, the questionnaire was divided into two parts, the first with the scale of agreement, and the second frequency range. When carrying out principal component analysis, six components were obtained, but the items did not show the original division and accounted for a very small percentage of the variance, which is why there was a confirmatory factor analysis of principal axes. Thus it was possible to obtain the items divided into two factors for the scale of agreement - defectiveness and positive body image, and two for the frequency range - Concern with Illness and Physical Capacity, and Perception of Defect by Others. As for the reliability index (Cronbach's α), they were satisfactory in both scales, 0.865 in the first and 0.848 in the second. The results were discussed in terms of the original results presented by the authors of the questionnaire and the Brazilian final version is ready to be used, with 6 items less than the Canadian version.

Keywords: factor analysis; breast cancer; body image; Body Image after Breast Cancer Questionnaire.

Lista de tabelas:

Tabela 1 – Nível de Escolaridade da amostra	32
Tabela 2 – Estado civil da amostra.....	33
Tabela 3 – Tipo de cirurgia da amostra.....	34
Tabela 4 – Tipo de tratamento da amostra	35
Tabela 5: KMO e Teste de Bartlett para escala de concordância.....	38
Tabela 6 – Variância Total Explicada.....	40
Tabela 7 – Matriz padrão	41
Tabela 8 – Variância Total Explicada.....	42
Tabela 9 – Matriz padrão	43
Tabela 10 - Estatística Total dos itens.....	44
Tabela 11 – Fatores da escala de concordância ($\alpha=0,86$).....	45
Tabela 12 - KMO e Teste de Bartlett	46
Tabela 13 – Variância total explicada.....	48
Tabela 14 – Matriz Padrão	49
Tabela 15 – Variância Total Explicada.....	50
Tabela 16 – Matriz Padrão	51
Tabela 17 – Estatística Total dos Itens.....	52
Tabela 18 – Fatores da escala de frequência ($\alpha=0,848$).....	53

Lista de figuras

Figura 1 – Scree Plot para escala de concordância	39
Figura 2 – Scree Plot para escala de frequência.....	47

Sumário

1. INTRODUÇÃO	12
Justificativa.....	12
1.1 O câncer e alguns aspectos históricos.....	13
1.2 O câncer de mama – aspectos gerais	14
1.3 O câncer de mama e a imagem corporal.....	20
1.4 O câncer de mama e a sexualidade.....	21
1.5 A resiliência e o câncer de mama	24
1.6 A psico-oncologia.....	25
1.7 Alguns estudos Brasileiros sobre Câncer de Mama – Adaptação e Propriedades Psicométricas.....	27
1.8 O Body Image after Breast Cancer Questionnaire – BIBCQ (Questionário de Imagem Corporal após o Câncer de Mama - QICCM)	28
1.9 A análise fatorial.....	30
1.10 Objetivos da pesquisa.....	31
2. METODOLOGIA	31
2.1 Descrição da amostra	31
2.2 Procedimento.....	36
3 Resultados	37
4 Discussão.....	54
5 Conclusão e considerações finais.....	58
6 Referências.....	59
ANEXOS.....	62
ANEXO 1: Sistema de escores para sub-escalas do Body Image after Breast Cancer Questionnaire (Questionário Imagem Corporal depois do Cancer de Mama – QICCM).62	
ANEXO 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	66
ANEXO 3 – Questionário utilizado no estudo (traduzido e adaptado).....	68
ANEXO 4: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UFU	74
ANEXO 5 – Versão final validada.....	75

1. INTRODUÇÃO

Justificativa

A relevância deste estudo está na validação de um instrumento canadense de avaliação quantitativa para estudar as variáveis imagem corporal e tipo de intervenção cirúrgica e outros tratamentos a que as pacientes diagnosticadas com câncer de mama foram submetidas. Esse instrumento foi traduzido e adaptado em um estudo piloto feito previamente pelos mesmos pesquisadores (Souza & Lopes, 2007). Foi realizado o contato com a pesquisadora principal do grupo que construiu o Questionário de Imagem Corporal após o Câncer de Mama no Canadá, Nancy N. Baxter, responsável pela correspondência, e nosso estudo passou a ser a referência em termos da adaptação e tradução do questionário para a língua portuguesa do Brasil. Esse mesmo questionário está sendo utilizado para pesquisa em Portugal, segundo contato com a pesquisadora Helena Moreira, também interessada na adaptação do questionário para o português de Portugal. Considerando que no estudo original não foi feita a validação fatorial do instrumento, decidiu-se fazer este estudo para preencher essa lacuna.

O interesse pelo estudo do câncer de mama começou em 2006, com o atendimento de uma paciente durante estágio em Terapia Cognitiva Comportamental individual para mulheres acometidas de câncer de mama, sob orientação da professora doutora Renata Ferrarez Fernandes Lopes. Uma paciente em especial chamou atenção porque estava deprimida e sua depressão se exacerbava por causa de uma mastectomia radical do lado esquerdo, a qual havia se submetido pouco tempo antes. Seu cabelo estava começando a crescer, uma vez que houve a queda total do mesmo em razão da quimioterapia, o marido nunca a ofereceu suporte emocional e, algumas

semanas após o início da terapia, sua depressão e os níveis de atenção e concentração pioraram drasticamente com o início da hormonoterapia para o câncer. Essa paciente foi um ótimo exemplo de como diferentes variáveis influenciam no processo de enfrentamento da doença e do procedimento cirúrgico, no caso, a imagem corporal, com a perda da mama e dos cabelos, a falta de suporte emocional e os efeitos colaterais do tamoxifeno.

O questionário utilizado neste estudo para validação, o *Body Image after Breast Cancer (BIBC)* (Baxter, Goodwin, Mcleod, Devins, Dion & Bombardier, 2006), é de origem canadense, mais especificamente da Universidade de Toronto e apresenta sub-escalas que avaliam a vulnerabilidade, o estigma corporal, limitação, preocupação com o corpo, transparência/obviedade e preocupação com o braço. Os 52 itens do questionário original são abrangentes, englobando aspectos a ser investigados pelo profissional da saúde que esteja acompanhando as mulheres que receberam o diagnóstico do câncer de mama e se submeteram a retirada total ou parcial de uma ou duas mamas.

A proposta deste estudo é realizar a análise fatorial da versão traduzida e adaptada deste questionário, realizada em 2007 pela mesma pesquisadora, para verificar se o mesmo pode ser utilizado em larga escala, com validade e fidedignidade, com pacientes brasileiras.

1.1 O câncer e alguns aspectos históricos

O câncer sempre foi cercado de estigmas, sendo considerado no passado uma enfermidade contagiosa e repugnante ou o símbolo de emoções que não podiam ser expressas e da incapacidade do paciente ao lidar com elas. A comunicação com os pacientes ficava sempre truncada, pois com a idéia de morte inevitável, a doença só era comunicada aos familiares e

nunca para os pacientes. A partir dos fins do século XIX, houve avanços na oncologia, como a extirpação de tumores através da cirurgia, o que teve como resultado a possibilidade de cura e a noção de diagnóstico precoce e intervenção rápida, gerando os primeiros esforços de educação pública. Na segunda metade do século XX surgiram os primeiros medicamentos que podiam tratar o câncer e, juntamente com os outros avanços levaram a uma progressiva mudança no comportamento dos médicos em relação a informar o diagnóstico dos pacientes. O câncer passou a ser uma doença crônica e levou ao surgimento de uma nova área de intervenção psicológica, para lidar com a cura ou condição de cronicidade. (Veit & Carvalho, 2008).

No Brasil, na década de 40, foram feitas campanhas para a construção e manutenção de hospitais específicos para o tratamento do câncer e durante o governo de Getúlio Vargas, em 13 de janeiro de 1937 foi assinado um decreto para criação do Centro de Cancerologia e em 1941 houve a criação do Serviço Nacional de Câncer que em 1961 se tornou o Instituto Nacional de Câncer (INCA), atualmente órgão do Ministério da Saúde. A partir de 1980 o INCA e a Campanha Nacional de Combate ao Câncer orientaram uma ação contínua por todo o território nacional para controle do câncer e em 1990, com a promulgação da lei orgânica da saúde e criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o INCA se tornou o órgão referencial para parâmetros e a avaliação dos serviços prestados ao SUS e formulação da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer. (Veit & Carvalho, 2008).

1.2 O câncer de mama – aspectos gerais

Entende-se por neoplasia ou câncer a divisão celular, normalmente controlada por fatores reguladores que, e em circunstâncias especiais este controle falham e as células passam a

se dividir de forma autônoma, formando uma massa anormal de tecido que persiste mesmo quando a causa que o provocou cessa (Souza, 2007). A mama é dividida em 20 lobos, subdivididos em lóbulos com glândulas produtoras de leite, o qual é secretado por um sistema de ductos que convergem abaixo do mamilo. O câncer pode ser dividido em não invasivo – confinado no lugar de origem, podendo ser o carcinoma intraductal (o tipo mais comum) ou lobular; ou invasivo – as células se espalham para além do tecido conectivo da mama, podendo também ser ductal ou lobular. Os carcinomas intraductais, invasivos ou não, respondem pela grande maioria dos casos (Breast Cancer, 2009).

Nas últimas décadas ocorreu expressivo aumento da incidência e mortalidade do câncer de mama em todo o mundo, que ao que tudo indica é o resultado da interação de fatores genéticos com estilo de vida, hábitos reprodutivos, meio ambiente e variáveis hormonais. (Oliveira, Aldrighi & Rinaldi, 2006).

De acordo com dados do INCA – Instituto Nacional de Câncer (2010), o câncer de mama é o segundo tipo mais freqüente no mundo depois do de pulmão, e o mais comum entre as mulheres, respondendo por 22% dos casos novos a cada ano. No Brasil, as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas, muito provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estádios avançados, sendo que quanto mais rápido o diagnóstico, melhor o prognóstico. Na população mundial, a sobrevida média após cinco anos é de 61% (INCA, 2010).

A incidência do câncer de mama é pequena antes dos 35 anos, mas acima desta faixa etária cresce rápida e progressivamente. Estatísticas indicam aumento dela tanto nos países desenvolvidos quanto nos em desenvolvimento. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), nas décadas de 60 e 70 registrou-se um aumento de 10 vezes nas taxas de incidência ajustadas por idade nos Registros de Câncer de Base Populacional de diversos continentes. O

número de mortes por câncer de mama em 2008 foi 11.860, sendo 11.735 mulheres e 125 homens e a estimativa de novos casos em 2010 é de 49.240 (INCA, 2010).

Para a prevenção do câncer de mama é importante atenção ao controle da obesidade, com dieta equilibrada e prática de exercícios físicos, evitar o consumo de bebidas alcoólicas, exposição a radiações ionizantes em idade inferior aos 35 anos e quanto a detecção precoce, não se deve utilizar o auto-exame da mama isoladamente, mas sim, junto com exame físico realizado por profissional da saúde qualificado, que pode detectar tumor de até 1 centímetro, se superficial, e deve ser feito anualmente por mulheres de 40 a 49 anos. Mulheres com história familiar de câncer de mama, especialmente se uma ou mais parentes de primeiro grau (mãe ou irmãs) foram acometidas antes dos 50 anos, mulheres que tiveram a primeira menstruação precoce ou menopausa tardia (após os 50 anos), as que tiveram a primeira gravidez após os 30 anos ou que não tiveram filhos constituem grupo de risco. A mamografia consiste no raio X da mama e detecta lesões milimétricas, devendo ser feitas por mulheres entre 50 e 69 anos, mas a lei 11.664/2008 que entrou em vigor em 29 de abril de 2009 estabelece o direito das mulheres a partir dos 40 anos terem a mamografia feita pelo Sistema Único de Saúde (INCA, 2010).

Segundo reportagem da revista *Breast Cancer* (2009) o grupo de risco ou de maior incidência de acometimento pelo câncer de mama é composto por mulheres com idade superior a 60 anos, brancas, que carregam os genes mutantes BRCA-1 e BRCA-2, que possuem casos na família com parentesco em primeiro grau (mãe, irmã ou filha) e que tiveram durante a vida maior exposição ao estrogênio, por menstruação precoce e terapia de reposição hormonal.

Segundo Cantinelli *et al.* (2006), a cirurgia para o câncer de mama, um dos tratamentos para tumores primários, requer a excisão de qualquer tumor invasivo “em bloco”, com alguns centímetros de tecido normal. Por volta dos anos 1870, somente 4% das mulheres sobreviviam três anos após uma cirurgia de câncer de mama. Com a técnica de William Halsted de

mastectomia radical, no final do século XIX, na qual a mama inteira era retirada, além de músculos da parede torácica e dos linfonodos axilares sentinelas (que podem ser acometidos e de onde as células cancerígenas podem se espalhar), o número de mulheres que sobreviviam três anos sem metástases passou para 46,5%. Essa técnica predominou por mais de meio século e passou por algumas modificações. Nos últimos 20 anos houve outro grande impacto: para várias mulheres com tumores iniciais, a mastectomia pôde ser evitada, e uma cirurgia conservadora, seguida por radioterapia e tratamento sistêmico, passou a ser uma opção, com resultados de sobrevida similares. De qualquer forma, a mastectomia radical ainda é aconselhável em alguns casos (Cantinelli, Camacho, Smaletz, Gonsales, Braguittoni & Reno Jr., 2006). Possíveis complicações derivadas da cirurgia são a parestesia, linfedema e erisipela no braço quando é realizada a dissecação dos linfonodos axilares (Barros, 2008).

A radioterapia é um tratamento locorregional complementar para diminuir a recidiva ipsilateral (Cantinelli et al., 2006) e que pode ter como efeitos colaterais a pneumonite e toxicidade cutânea (Barros, 2008). Existem também os tratamentos sistêmicos, que diminuem a chance de recidiva à distância, ou seja, as metástases: a *hormonoterapia*, para pacientes que têm tumores que expressam os receptores hormonais de estrógeno e/ou progesterona; a *imunoterapia*, com o anticorpo anti-Her2-*neu* que age contra o fator de crescimento epitelial Her2-*neu* e a *quimioterapia*, mais modesta, indicada para pacientes com alta chance de recidiva, seja pelo tamanho do tumor ou pelo número de linfonodos acometidos, e, principalmente, nas pacientes com receptores hormonais negativos (Cantinelli et al., 2006). Alguns possíveis efeitos colaterais da quimioterapia são a síndrome leucemia-mielodisplasia, disfunção cardíaca, neuropatia, infertilidade e menopausa precoce (Barros, 2008), além de náuseas ou vômitos e alopecia (Cantinelli et al., 2006).

O tamoxifeno é um agente de quimioprevenção primária na hormonoterapia, atuando como modulador seletivo do receptor de estrogênio (SERM), que se liga ao receptor de estrogênio e impede, de forma competitiva, a ação do estrogênio no tecido mamário e propicia também, o aumento da SHBG (globulina carreadora de hormônios sexuais), com conseqüente diminuição dos estrogênios livres (Oliveira, Aldrighi & Rinaldi, 2006). O Sistema Único de Saúde fornece para as pacientes o tamoxifeno nos 5 anos posteriores a cirurgia.

Dentre os efeitos colaterais hormonais do tamoxifeno estão a atrofia vaginal e diminuição do desejo; entre os fatores não-hormonais apontados, estão a fadiga e náusea, elaborações psicológicas como infertilidade, medo da morte, ruína financeira e responsabilidades familiares, que podem resultar em mudanças na questão do desejo e do orgasmo. O tratamento para o câncer de mama pode fazer com que a mulher passe a viver em função do tratamento, com muitas interferências na vida sexual, com a sensação que a vida lhe está sendo roubada. Aspectos psicológicos, como reações de ajustamento ou mesmo depressão e ansiedade, têm forte impacto sobre a sexualidade, especialmente no contexto de casais que ainda não tiveram filhos e ainda estão em idade reprodutiva. O medo de abandono também é um fator significativo, a partir do pensamento de que essas mulheres podem estar privando seus parceiros de atividade sexual, mesmo entre as mais velhas (Cantinelli *et al.*, 2006).

Outros efeitos colaterais mais comumente observados ao tamoxifeno, segundo Facina *et al.* (2003), são “fogachos (15%), náuseas e vômitos (10%), alterações menstruais, nervosismo, depressão, aumento de peso, tromboembolismo e alterações visuais (catarata e retinopatia), endometriais (pólipo, hiperplasia e carcinoma) e hepáticas (esteatonecrose e elevação de aminotransferases)”. O raloxifeno também é um SERM, mas com comportamento clínico e biológico distinto do tamoxifeno porque, apesar de exercer as mesmas propriedades benéficas do tamoxifeno sobre o tecido mamário, não apresenta efeitos colaterais como o estímulo

endometrial, eventos tromboembólicos e catarata, ao mesmo tempo em que mostrou prevenir o surgimento de novos cânceres mamários, assim como impedir o crescimento de cânceres pré-existentes quando da sua administração, apesar de não ter a eficiência do tamoxifeno na proteção contra os cânceres não invasivos (Oliveira, Aldrighi & Rinaldi, 2006).

Barros (2008) preconiza que bom senso e pragmatismo são fundamentais para um bom acompanhamento das mulheres que passaram por um tratamento de câncer de mama e o seguimento humanizado está fundamentado no tripé (1) personalização do médico, elemento de referência para a paciente, (2) individualização da paciente, com rotina de follow-up estabelecida de acordo com as características pessoais e (3) atenção integral, sabendo escutar e valorizar aspectos biológicos e psicológicos relevantes, informar e orientar com mensagem realista e otimista, não se esquecendo de assuntos íntimos que se não aflorarem naturalmente, devem ser provocados. Quanto às consultas, essas devem ocorrer de 3 em 3 meses no primeiro ano, de 6 em 6 meses até o terceiro e anualmente a seguir, dando atenção a fatores como assistência durante o climatério, cuidado com exames para osteoporose e ginecológicos especiais para as mulheres que utilizam o tamoxifeno. A detecção precoce de recidivas locorregionais reduz a chance de metastatização e a pesquisa para elas consiste na mamografia solicitada pós seis meses da cirurgia conservadora da mama e a partir daí anualmente, em conjunto com a ultra-sonografia; exame físico para mastectomia radical e em mamas reconstituídas, a mamografia anual (Barros, 2008).

1.3 O câncer de mama e a imagem corporal

Segundo Schilder (1999), a imagem corporal é, além de uma construção cognitiva, uma reflexão dos desejos, atitudes emocionais e interação com os outros e eventos diários. Esse autor fala ainda do fenômeno do membro fantasma e suas sensações tácticas e cinestésicas, em que mesmo depois da perda do membro, a maioria das pessoas sente dor, tem vontade de coçar, acha que pode movimentá-lo e por segundos pode esquecer que não tem o membro. Mulheres que perdem a mama podem relatar essa sensação de membro fantasma.

Para Cash e Pruzinsky (1990) a imagem corporal é uma experiência subjetiva que se refere às percepções, aos pensamentos e aos sentimentos sobre o corpo e suas experiências, é multifacetada – suas mudanças podem ocorrer em muitas dimensões, determinada socialmente, não é fixa nem estática. As experiências da imagem corporal relatam como percebemos a nós mesmos, influenciam o processamento de informações, o modo como vemos o mundo (sugestionando-nos a ver o que esperamos ver) e o comportamento, particularmente nas relações interpessoais.

A mama é a metonímia do feminino e, dentro de uma espiral de complexidade, o seu acometimento expõe as pacientes a uma série de questões: o seu posicionamento como mulher, atraente e feminina, ou a mãe que amamenta (Cantinelli *et al.*, 2006). Melhor nível socioeconômico e de escolaridade, relação marital estável e cirurgia com conservação mamária estão associados a melhores taxas de qualidade de vida (QV) inclusive a sexual (Huguet, 2005). Além disso, Cantinelli *et al.* (2006) traz que a imagem corporal tem impacto sobre a auto-estima e a sexualidade e, entender a oncopsiquiatria das neoplasias mamárias é uma maneira de entender

o universo feminino. Os significados atribuídos à saúde e à doença, a enfermidade consiste em uma experiência e, assim sendo, é resultado de uma interpretação (Tavares & Trad, 2005).

De acordo com Ferreira e Mamede (2003), diante da confirmação do diagnóstico, a mulher passa a ter o medo do câncer propriamente dito, fazendo com que a cirurgia seja um mal necessário, e da mutilação de um órgão que representa a maternidade, a estética e a sexualidade feminina, o que é traumático e produz mudança radical e abrupta na aparência. Essas mulheres representam um corpo mutilado, experimentam dores fantasmas no princípio, sentimentos de tristeza, impotência, estranheza e preocupação com a evolução de seu pós-operatório, ao mesmo tempo em que percebem que esse corpo necessita de cuidados e não mais pode cuidar. Assim, a auto-imagem corporal deve ser ajustada a essa nova situação pós-cirurgia, em que surgem questões relativas à reelaboração da auto-estima e da imagem corporal, sendo que a cirurgia plástica é vista como possibilidade de um corpo perfeito já não existente (Ferreira & Mamede, 2003).

1.4 O câncer de mama e a sexualidade

Para Macieira e Maluf (2008) a vivência da sexualidade carrega o senso de identidade pessoal, a forma de relacionamento e troca afetiva que se troca com o outro, além da capacidade física de dar e receber prazer sexual. Em pacientes com câncer, a disfunção é um problema relativamente comum, e pode estar associado ao tipo de câncer, ao tratamento, à fadiga e as mudanças na imagem corporal, à depressão e angústia acerca da cura, sobrevida, família e finanças. Para a OMS, a saúde integra aspectos somáticos, emocionais e intelectuais, enriquece a personalidade humana, a comunicação e o amor. É a capacidade de desfrutar o comportamento

sexual de acordo com a ética pessoal e social, sem medo, vergonha, culpas, tabus ou outras barreiras psicológicas.

As disfunções sexuais segundo o DSM-IV (Associação Americana de Psiquiatria, 1994) podem ocorrer desde o início da vida sexual do indivíduo (disfunção primária) ou depois de determinado evento (disfunção secundária), por exemplo, o tratamento de câncer. O diagnóstico deve ser feito por meio de entrevista, para a coleta de dados como o histórico de vida do indivíduo, focando na sua história sexual, além de exames físicos e psiquiátricos cuidadosos. Segundo o DSM-IV, os tratamentos para o câncer como a cirurgia, a radioterapia e a quimioterapia possuem efeitos colaterais que, por sua vez, podem ser causadores de disfunções sexuais. No paciente com câncer, três aspectos da sexualidade humana podem estar comprometidos: imagem corporal causando assim, decréscimo na auto-estima, na autopercepção ou na atividade sexual; habilidade reprodutiva comprometendo a fertilidade da paciente e funcionamento sexual que pode sofrer efeitos colaterais do tratamento ou da cirurgia (Macieira & Maluf, 2008).

Quando uma mulher passa por uma mastectomia, seu ideal de corpo perfeito sofre um “corte” em sua harmonia, tornando-se imperfeito. Essa visão de imperfeição pode causar problemas relacionados à sexualidade, podendo estar ou não associados diretamente com a cirurgia em questão. Mulheres que passam pela quimioterapia e por mudanças hormonais, correm mais o risco de apresentarem alguma disfunção sexual após o tratamento. Após a mastectomia, quando a reconstrução mamária é feita pode diminuir os efeitos negativos do câncer de mama como o bem-estar sexual psicossocial da mulher. As mulheres são mais felizes e ativas sexualmente (Macieira & Maluf, 2008).

As mulheres não relataram nenhuma dificuldade de seus parceiros em responder sexualmente, mas seus parceiros falaram que seu desejo sexual tinha diminuído e do estresse causado pelo medo de perder sua parceira. Eles foram unânimes em dizer que a mudança na aparência da sua esposa não era importante, e sim a sobrevivência e a boa saúde, eram aspectos mais relevantes. O exercício da conjugalidade é uma das formas de vivenciar a sexualidade. O estresse físico e emocional, a dor, a insegurança e o medo decorrentes do diagnóstico ou do tratamento do câncer podem desorganizar o casal. O tratamento deve trabalhar a reestruturação e reabilitação da integridade conjugal, e tratar problemas ligados a sexualidade como: depressão, falha do desejo, diminuição da libido, dificuldade de orgasmo ou, ainda, o estranhamento do corpo em virtude das mudanças corporais. O câncer ou seus tratamentos podem causar disfunções sexuais posteriores. Diante da situação do câncer e ameaça de morte, é possível que considerem a sexualidade um item de importância menor. Ao reassegurar que a atratividade e o desejo ainda estão presentes, a vivência da sexualidade satisfatória pode trazer de volta a confirmação afetiva, a cumplicidade e o prazer, que darão sabor à reestruturação da vida, auxiliando-a (Macieira & Maluf, 2008).

Segundo Cantinelli *et al.* (2006), fatores que podem diminuir o ajustamento sexual são a diminuição da função ovariana por quimioterapia, pela ooforectomia (retirada de um ou ambos os ovários – principalmente em mulheres com câncer metastático) ou mulheres menopausadas que descontinuem a terapia hormonal após o diagnóstico de câncer de mama e ainda utilizam o tamoxifeno.

1.5 A resiliência e o câncer de mama

A resiliência pode ser definida como a capacidade de o indivíduo, ou a família, enfrentar as adversidades, ser transformado por elas, mas conseguir superá-las, ou ainda como a habilidade de voltar rapidamente para seu estado usual de saúde ou de espírito depois de passar por dificuldades. Ela é um processo de superação, invulnerabilidade. O indivíduo resiliente tem habilidade para reconhecer a dor, perceber seu sentido e tolerá-la até resolver os conflitos de forma construtiva, e esperança quanto ao futuro enquanto submetidas ao sofrimento (Pinheiro, 2004).

Os ambientes facilitadores de resiliência são estruturas coerentes e flexíveis caracterizadas pelo respeito, reconhecimento, garantia de privacidade, tolerância às mudanças, limites de comportamento definidos e realistas, apresentam comunicação aberta, tolerância aos conflitos, busca de reconciliação, sentido de comunidade e empatia. A resiliência inclui as bases constitucionais e ambientais e varia de acordo com as circunstâncias, sendo o resultado de fatores internos e externos e tem como fator importante o apego seguro, com irmãos, parentes, outras pessoas ou mesmo a instituição. A resiliência se desenvolve ao longo da vida a partir do binômio fatores de risco X fatores de proteção (Pinheiro, 2004).

O ajustamento entre a paciente de câncer de mama e seu parceiro é inteiramente inter-relacionado. Em 31,57% das pacientes, há relatos de depressão ou indícios de depressão, havendo em 15,78% dos casos, tentativa de suicídio, o que mostra a importância do tratamento das comorbidades psíquicas. O marido ou o companheiro tem um papel importante e singular no processo do câncer de mama, sendo o provedor de suporte instrumental e prático, ou afetivo-emocional. Muitas vezes, eles conseguem desempenhar bem essa função, mas há uma

significativa diminuição nesse suporte emocional. Parte dessas dificuldades pode estar relacionada às tensões por eles passadas, como: solidão, incertezas, modificações nos padrões de comunicação com a parceira, confusão sobre o que contar para os filhos, dificuldade relacionadas ao aumento de suas atividades no lar e temor em relação ao impacto da doença de sua esposa sobre a família. Os sintomas de angústia e esperança explicam a maioria das mudanças adaptativas em mulheres e nos níveis de adaptação dos adultos. No caso das mulheres solteiras, elas temem que possam ser rejeitadas por um parceiro em potencial. Elas são notadamente mais tristes e abaladas do que as casadas. Elas apresentam a preocupação de como informar ao novo parceiro sobre o seu diagnóstico de câncer e sua aparência física alterada. Já a maioria das mulheres casadas, relata que seus parceiros proviam todo o suporte instrumental necessário, no entanto, se sentiam parcialmente responsáveis por qualquer diminuição na atividade sexual. (Macieira & Maluf, 2008).

1.6 A psico-oncologia

A psico-oncologia é uma área da psicologia da saúde, aplicada aos cuidados com o paciente com câncer, sua família e os profissionais da saúde envolvidos no tratamento. Desde a antiguidade o câncer está associado a estados emocionais e já havia a idéia da psicossomática. Com o desenvolvimento científico e tecnológico houve a aproximação mente e corpo e a descoberta da inter-relação do sistema nervoso central com o sistema imunológico, sendo que elementos de ordem psicológica influem nesse complexo, que também passou a incluir o sistema endócrino. Hoje se acredita que as emoções podem estar envolvidas no desenvolvimento do

câncer como fator que contribui para a baixa do funcionamento do sistema imunológico (Veit & Carvalho, 2008).

Como já dito anteriormente, a visão do câncer como doença crônica levou ao surgimento de uma nova área de intervenção psicológica necessária para ajudar o paciente a lidar com a doença e em 2005 foi assinado o decreto 741 ratificando a obrigatoriedade de suporte psicológico ao paciente com câncer. Com o reconhecimento que o desenvolvimento do câncer, a adesão aos tratamentos e a reabilitação estavam ligados a fatores psicológicos e sociais, tornou-se necessário o desenvolvimento de técnicas de intervenção especiais para melhorar a qualidade de vida desses pacientes. A psico-oncologia é uma área de interface entre psicologia e medicina que se ocupa da assistência ao paciente com câncer, do seu contexto familiar social e de aspectos médico-administrativos, com a atuação de uma equipe multidisciplinar atuando de forma integrada e abrangente (Veit & Carvalho, 2008).

Saber da existência de um câncer é altamente ansiogênico. A mulher portadora de câncer de mama passa por vários lutos ao longo do processo pela existência da possibilidade de ter câncer, o diagnóstico, o tratamento cirúrgico, a perda da imagem corporal e correlatos, as possíveis limitações que terá em consequência da cirurgia e os tratamentos que seguem a ela (Maluf, Mori & Barros, 2005).

Scheier & Helgeson (2006), citando os estudos de Bardwell, Natarajan, Dimsdale, Rock, Mortimer, Hollenbach & Pierce (2006), trazem que as variáveis da doença em si, como o estágio do câncer, quão recentes foram o diagnóstico e o tratamento, não têm relação direta sobre os sintomas depressivos, pois fatores psicológicos como otimismo, suporte social e as respostas subjetivas ao tratamento e aos níveis da dor, as limitações físicas e os sintomas são muito mais determinantes. Cada paciente pode responder à doença de uma forma, de acordo com fatores como resiliência e histórias de vida, se estão enfrentando outros traumas ou se possuem o suporte

social necessário; por isso, as intervenções psicossociais devem levar em conta não as características da doença, mas as variáveis psicossociais de determinado grupo de pacientes, sendo que intervenções cognitivo-comportamentais podem ser de grande valia para pacientes pessimistas em relação à doença (Scheier & Helgeson, 2006). Hoje se considera que a saúde e a doença refletem a relação entre os fatores biológico, psicológico e social e a equipe de saúde passou a se preocupar com a qualidade de vida do paciente, seu bem-estar físico, psicológico e social, possibilitados pelos avanços das modalidades de tratamento (Abreu & Roso, 2003).

É também de inteira responsabilidade do profissional da psico-oncologia saber lidar com aspectos da vivencia sexual, sem preconceitos ou avaliações preconcebidas, para assim estabelecer uma comunicação curativa com seus pacientes. Por isso, deve-se incluir nos históricos perguntas acerca da sexualidade, mudanças de padrão de comportamento sexual, visando o acompanhamento e orientação, facilitando o encaminhamento a tratamentos especializados (Macieira & Maluf, 2008).

1.7 Alguns estudos Brasileiros sobre Câncer de Mama – Adaptação e Propriedades Psicométricas

Quanto a estudos com traduções, adaptações e validações realizados com instrumentos de medida no Brasil para a avaliação psicológica para pacientes com câncer de mama, temos como exemplos:

- escala mini-mac que mede o ajustamento mental de pacientes com câncer, originalmente em inglês, que depois de adaptada e validada teve redução de cinco para dois

fatores: “preocupação ansiôgena” e “desamparo/desesperança” (Gandini, Martins & Pedrosa, 2008);

- validação fatorial da Escala BSI – “Brief Symptom Inventory” que avalia sintomas físicos, ansiedade, depressão (Martins, Gandini & Costa, 2000);

- o inventário de depressão de Beck que nunca havia sido antes validado para a amostra de mulheres com câncer de mama, o qual obteve bons índices de fidedignidade (Gandini, Martins & Pedrosa, 2007);

1.8 O Body Image after Breast Cancer Questionnaire – BIBCQ (Questionário de Imagem Corporal após o Câncer de Mama - QICCM)

O instrumento a ser utilizado neste estudo de validação é a versão traduzida e adaptada do *Body Image After Breast Cancer Questionnaire*, desenvolvido e validado por Baxter et al. (2006), na Universidade de Toronto, Canadá, e traduzido e adaptado para o português em estudo piloto conduzido por Souza e Lopes (2007), com amostra da cidade de Uberlândia, MG, no Hospital de Câncer do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia.

O questionário *Body Image After Breast Cancer* visa a avaliação da imagem corporal depois do câncer de mama, com 6 escalas com domínios da auto-imagem (Anexo 1): a escala de vulnerabilidade, composta por 12 itens, engloba sentimentos de suscetibilidade do corpo a doenças e ao câncer; a escala de estigma corporal, composta por 16 itens, refere-se à necessidade de manter o corpo escondido; a escala de limitação, composta por 8 itens, refere-se a sentimentos de competência e habilidade; a escala de preocupações com o corpo, composta por 6 itens, diz respeito à satisfação com a forma do corpo e aparência; a escala de transparência, composta por 6

itens, inclui preocupações com a obviedade das mudanças relacionadas à aparência causadas pelo câncer e, por último, a escala de preocupação com o braço, composta por 5 itens, que engloba itens sobre a aparência e os sintomas relacionados com o braço (Baxter *et al.*, 2006).

Os itens do questionário foram gerados através de entrevistas com 81 pacientes e juízes para incluir todas as dimensões da imagem corporal em doentes, o que gerou um protótipo de questionário com 216 itens completado por 360 mulheres. Com métodos de redução de item e análise fatorial os autores chegaram ao questionário final composto por 45 itens comuns e 8 itens específicos foram desenvolvidos. Os itens foram divididos em 2 grupos, um de medida de frequência e um de concordância (Baxter *et al.*, 2006).

O questionário é auto-respondido e cada item é respondido através de escala tipo Likert de 5 pontos, sendo de intensidade para as afirmações de tipo 1 (discordo totalmente, discordo, nem concordo nem discordo, concordo e concordo totalmente) e de frequência para as afirmações de tipo 2 (nunca/ quase nunca, raramente, às vezes, geralmente e nunca/ quase nunca).

O estudo foi conduzido com mulheres atendidas em instituições oncológicas ligadas a Universidade de Toronto com o método de confiabilidade teste-reteste, com intervalo de uma semana, excluindo-se pacientes em quimioterapia, pois hipotetizaram que essas mulheres apresentam mudanças na imagem corporal dentro do período de estudo. Houve também a aplicação do questionário em um grupo controle com mulheres sem diagnóstico de câncer e que só responderam o teste uma vez. Para testar a validade foram formuladas hipóteses com relações entre as medidas obtidas e as reais condições em que as mulheres se encontraram e para a validade de construto foram formuladas hipóteses sobre a relação entre a medida e os conceitos relacionados com aplicação de 7 questionários diferentes, 6 relacionados e 1 não relacionado. Os escores das pacientes nos questionários foram comparados com os escores em medidas psicológicas relacionadas como depressão, auto-estima, qualidade de vida e funcionamento

sexual. Os escores das mulheres submetidas à lumpectomia e mastectomia foram comparados, bem como os escores das mulheres com e sem câncer de mama. As pacientes também receberam um segundo questionário depois de duas semanas para testar a confiabilidade teste-reteste, que foi encontrada para as 6 escalas (de 0,77 a 0,87) (Baxter *et al.*, 2006). Os resultados foram satisfatórios tanto nos resultados de teste-reteste como nos de validade.

1.9 A análise fatorial

O objetivo da análise fatorial é discernir e quantificar as dimensões latentes numa variedade de tarefas realizadas em testes dentro de uma bateria. Os fatores produzidos pela análise fatorial são entidades matemáticas que podem ser pensadas como eixos classificatórios com respeito aos quais os testes de uma bateria podem ser “plotados” (Kinneer & Gray, 1999). A teoria da medida é a interface ou a sobreposição de números (símbolos matemáticos) e fenômenos naturais, da dedução e da observação sistemática, o teste empírico e a verdade. Só há legitimidade no uso de números para descrever fenômenos naturais se houver isomorfismo entre as propriedades do número e aspectos dos atributos da realidade empírica. A maioria das medidas nas ciências do comportamento salva as propriedades de ordem (um número é diferente e maior que o outro) e de identidade (escala nominal) que se trata apenas de classificação (Pasquali, 1996).

Quanto maior o valor de uma coordenada de um teste em um fator, mais importante é o fator em conta para as correlações entre aquele teste e outros da bateria. O fator tem sua interpretação algébrica equivalente como uma função linear dos escores obtidos por uma pessoa na bateria de testes, há uma correlação entre o fator e os escores reais. Os fatores matemáticos

representam variáveis latentes ou dimensões psicológicas e são extraídos em 4 estágios: (1) a matriz dos coeficientes de correlação é gerada para todas as combinações de variáveis, (2) da matriz de correlação os fatores são extraídos – extração dos principais componentes (PC), (3) os fatores são “rodados” para maximizar as relações entre as variáveis e alguns dos fatores e (4) os escores de cada sujeito em cada fator que emerge da análise é calculado.

1.10 Objetivos da pesquisa

O presente estudo teve como objetivo avaliar as propriedades psicométricas (validade e fidedignidade) da versão brasileira do questionário canadense *Body Image After Breast Cancer* (Baxter *et al.*, 2006). O interesse é que se possa ter um instrumento que avalie a imagem corporal numa população brasileira específica como essa de mulheres acometidas de câncer de mama.

2. METODOLOGIA

2.1 Descrição da amostra

A amostra foi composta de 268 mulheres, na faixa etária de 28 a 80 anos, com 6 mulheres por item válido (no caso, 44 itens), dentro de faixa aceitável para que a amostra seja satisfatória para obtenção de dados estatísticos e de confiabilidade necessários para o estudo.

A amostra é da cidade de Uberlândia e região com mulheres que atualmente fazem tratamento adjuvante, neoadjuvante ou paliativo no Hospital do Câncer ou Ambulatório de Ginecologia, ambos setores do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia. O critério de inclusão foi o diagnóstico de câncer de mama e ter passado pela cirurgia de retirada do

tumor, seja com a retirada total da mama, sem reconstituição; cirurgia para retirada total da mama com reconstituição ou cirurgia para retirada de parte da mama.

A faixa etária das mulheres da amostra variou de 28 a 80 anos, o nível de escolaridade baixo, sendo que 41,4 % eram analfabetas ou possuíam ensino fundamental incompleto; 14,9% o ensino fundamental completo; 9,3% o ensino médio incompleto; 17,9% o ensino médio completo; 1,9% o ensino superior incompleto e 13,4% o ensino superior completo, com suas frequências mostradas na tabela 1 a seguir:

Tabela 1 – Nível de Escolaridade da amostra

		Frequência	Percentual	Percentual Válido	Percentual Acumulado
Válido	Ensino fundamental incompleto	111	41,4	41,9	41,9
	Ensino fundamental completo	40	14,9	15,1	57,0
	Ensino médio incompleto	25	9,3	9,4	66,4
	Ensino médio completo	48	17,9	18,1	84,5
	Ensino superior incompleto	5	1,9	1,9	86,4
	Ensino superior completo	36	13,4	13,6	100,0
	Total	265	98,9	100,0	
Em branco		3	1,1		
Total		268	100,0		

Na tabela 2 temos as frequências e percentuais da amostra de acordo com o estado civil das mulheres, sendo que a grande maioria das mulheres possui companheiros:

Tabela 2 – Estado civil da amostra

		Frequência	Percentual	Percentual Válido	Percentual Acumulado
Válido	Solteira	42	15,7	15,7	15,7
	União estável	16	6,0	6,0	21,6
	Casada	133	49,6	49,6	71,3
	Divorcia da	35	13,1	13,1	84,3
	Viúva	42	15,7	15,7	100,0
	Total	268	100,0	100,0	

Para as mulheres casadas ou em união estável, o tempo de união variou de 2 a 60 anos.

A seguir, nas tabela 3, as mulheres foram agrupadas de acordo com a cirurgia a que foram submetidas, dependendo da extensão da mesma e da quantidade de tecido mamário retirado. Temos dois grandes grupos com cirurgia para retirada total ou parcial da mama, associada ao não com a retirada dos linfonodos axilares e reconstituição com prótese de silicone logo depois da mastectomia (essa comumente feita em hospitais particulares, pois quando o SUS oferece a reconstituição, ela acontece cinco anos depois da retirada total da mama):

Tabela 3 – Tipo de cirurgia da amostra

		Frequência	Percentual	Percentual Válido	Percentual Acumulado
Válido	Cirurgia para retirada total da mama e gânglios da axila	118	44,0	44,5	44,5
	cirurgia para retirada total da mama com reconstituição	10	3,7	3,8	48,3
	Cirurgia para retirada total da mama sem gânglios da axila	1	,4	,4	48,7
	Cirurgia para retirada de parte da mama	30	11,2	11,3	60,0
	Cirurgia para retirada da parte da mama e gânglios da axila	106	39,6	40,0	100,0
	Total	265	98,9	100,0	
Em branco		3	1,1		
Total		268	100,0		

A seguir, na tabela 4, as mulheres foram divididas de acordo com o tratamento a que estavam sendo submetidas no momento da aplicação do questionário. Na quarta e na quinta linha encontra-se as mulheres em tratamento combinado e na sexta, mulheres que já fizeram todos os tratamentos e que já tinham sido submetidas à cirurgia há mais de 5 anos e se encontravam em follow-up médico periódico.

Tabela 4 – Tipo de tratamento da amostra

		Frequência	Percentual	Percentual Válido	Percentual Acumulado
Válido	Quimioterapia	43	16,0	16,0	16,0
	Radioterapia	21	7,8	7,8	23,9
	Hormonoterapia (tamoxifeno)	148	55,2	55,2	79,1
	Radioterapia e tamoxifeno	7	2,6	2,6	81,7
	Quimioterapia e radioterapia	14	5,2	5,2	86,9
	Nenhum tratamento	35	13,1	13,1	100,0
	Total	268	100,0	100,0	

Material

O questionário traduzido (Souza & Lopes, 2007) (Anexo 2) é precedido por um formulário de informações demográficas, elaborado pelos presentes pesquisadores, composto por um conjunto de questões aplicadas antes do questionário propriamente dito no qual foram coletadas variáveis sociodemográficas, incluindo idade, escolaridade, tipo de relação marital, tipo de cirurgia a que foi submetida e tipo de tratamento atualmente em uso. Essas variáveis ajudam a compreender melhor as características da amostra estudada, bem como obtenção de possíveis dados adicionais com a análise estatística mais avançada.

O questionário propriamente dito foi resultado de um estudo para tradução e adaptação com 50 mulheres no ano de 2007, no qual 1 item foi eliminado por ser muito ambíguo e as mulheres também contribuíram para o vocabulário ficar de mais fácil compreensão. Para a

análise dos dados, foi utilizado o Software *Statistical Package for Social Science* (versão 12) (Nie, Hull & Bent. 1968).

2.2 Procedimento

Antes de as mulheres responderem o questionário, elas liam e preenchiam o Termo de consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 3) que esclarece sobre a natureza da pesquisa e a liberdade da entrevistada participar ou não e retirar seu consentimento se e quando desejar. O Questionário de Imagem Corporal Após o Câncer de Mama (QICACM) foi então respondido por mulheres que tenham passado por intervenção cirúrgica para retirada do tumor da mama, com remoção total ou parcial da mesma, e que esteja em qualquer fase do tratamento adjuvante no Hospital do Câncer. As mulheres estavam na fase do pós-cirúrgico e o tempo passado deste variou de alguns dias a cinco anos. Elas foram abordadas de forma direta, com explicações acerca do que se tratava a pesquisa e o questionário, os itens do Termo de Consentimento e então a pergunta se gostariam de participar e contribuir para a pesquisa.

O questionário foi auto-preenchido ou preenchido pela própria pesquisadora caso a participante não conseguisse fazê-lo, garantindo o sigilo a entrevistada e total liberdade para participação, como consta no Termo de Consentimento. Os princípios éticos da pesquisa que envolve seres humanos foram obedecidos, segundo a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (1996). O parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia, de análise final nº. 245/09 e protocolo registro CEP/UFU 067/09, se encontra no anexo 4. As participantes foram convidadas a participar do estudo através de abordagem direta,

pelos pesquisadores ou pela secretária, nos locais acima citados, tendo sido obtida autorização prévia dos responsáveis por cada serviço.

Os locais de aplicação foram as dependências do próprio Hospital do Câncer ou do Ambulatório de Ginecologia. A aplicação durava em média 20 minutos e se a entrevistada voluntariamente quisesse contar sua experiência com mais detalhes, era realizada na própria sala de espera para consulta e para a devolutiva, com duração um pouco maior. No termo de consentimento constava o número de telefone de contato para que pudessem tirar qualquer dúvida ou mesmo retirar o consentimento se assim desejassem.

As mulheres que participaram da pesquisa estavam em tratamento adjuvante ou acompanhamento no Hospital do Câncer ou Ambulatório de Ginecologia, concordaram com os termos da pesquisa expressos no termo de consentimento livre e esclarecido e tinham um nível cognitivo satisfatório para compreender e responder as perguntas, não podendo estar sob efeito de medicação ou alguma outra substância que cause confusão mental e comprometa as respostas. As mulheres que não preencheram esses requisitos foram automaticamente excluídas da pesquisa e o questionário foi apenas arquivado e os dados não foram utilizados.

3 Resultados

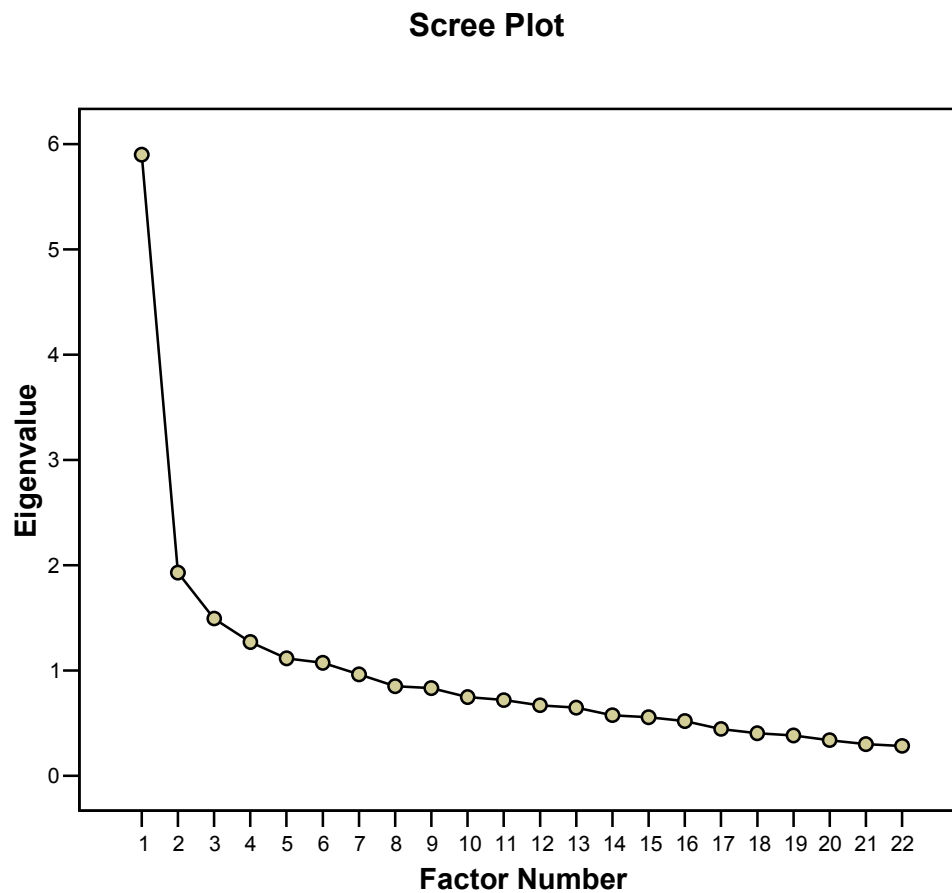
Uma vez que o questionário é dividido em duas escalas diferentes, uma de concordância (escala Likert de 5 pontos com 1- discordo totalmente, 2- discordo, 3- nem discordo nem concordo, 4- concordo, 5- concordo totalmente) e outra de frequência (1- nunca/ quase nunca, 2- raramente, 3- as vezes, 4- geralmente, 5- sempre/ quase sempre), a análise fatorial foi feita em duas partes, com cada uma das escalas em separado.

Resultados da escala de concordância: consiste nos itens 1 a 22, excluindo-se os itens 23 a 27 que são para subgrupos cirúrgicos e respondida com o primeiro tipo de escala Likert descrito acima. O atendimento das condições necessárias para a análise fatorial foram verificadas a partir do índice de adequação da amostra, o Kaiser-Meyer-Olkin, que teve valor igual a 0,845, caracterizado como meritório, e o teste de esfericidade de Bartlett foi significativo ($\chi^2=1683,439$; $p<0,01$) indicando que as correlações entre os itens permitiam a análise fatorial.

Tabela 5: KMO e Teste de Bartlett para escala de concordância

Kaiser-Meyer-Olkin medida de adequação da amostra.		0,845
Teste de esfericidade de Bartlett	Qui-quadrado	1683,439
	df	231
	Significância	0,000

Para estimar o número de componentes da escala procedeu-se a Análise dos Componentes Principais, com rotação Oblimin, que extraiu 6 componentes interpretáveis com valores maiores que 1 (eigenvalues), como pode ser visto no teste gráfico Scree Plot na figura 1:

Figura 1 – Scree Plot para escala de concordância

Ainda utilizando a Análise dos Componentes Principais, com rotação Oblimin que extraiu 6 componentes interpretáveis, temos a tabela 6 com a variância total explicada de cada um dos componentes. A variância total explicada do primeiro fator foi de 26,813 e a soma das variâncias explicadas dos outros 5 fatores juntos foi de 31,268, sendo que cada uma delas ficou pequena, o que pode ser explicado pela pequena quantidade de itens dessa primeira escala.

Tabela 6 – Variância Total Explicada

Componente	Eigenvalues iniciais			Soma da extração das cargas quadradas			Soma da rotação das cargas quadradas (a) Total
	Total	% de	%	Total	% de	%	
		Variância	Acumulada		Variância	Acumulada	
1	5,899	26,813	26,813	5,899	26,813	26,813	2,997
2	1,929	8,767	35,580	1,929	8,767	35,580	3,545
3	1,492	6,783	42,363	1,492	6,783	42,363	1,646
4	1,270	5,775	48,137	1,270	5,775	48,137	3,583
5	1,115	5,068	53,205	1,115	5,068	53,205	3,247
6	1,073	4,875	58,080	1,073	4,875	58,080	1,390
7	0,962	4,372	62,453				
8	0,850	3,864	66,317				
9	0,832	3,783	70,100				
10	0,747	3,394	73,494				
11	0,718	3,263	76,757				
12	0,669	3,040	79,797				
13	0,646	2,938	82,735				
14	0,575	2,612	85,348				
15	0,556	2,527	87,875				
16	0,519	2,358	90,232				
17	0,444	2,017	92,250				
18	0,403	1,832	94,082				
19	0,382	1,738	95,820				
20	0,338	1,534	97,354				
21	0,299	1,360	98,714				
22	0,283	1,286	100,000				

Método de extração: Análise dos Componentes Principais.

a Quando os componentes são correlacionados, a soma das cargas quadradas não podem ser adicionadas para obter a variância total.

Utilizando ainda a Análise dos Componentes Principais, a seguinte matriz padrão foi extraída, sem qualquer critério para índice de saturação, incluindo todos os itens e observando as cargas fatoriais dos mesmos, de acordo com a tabela 7:

Tabela 7 – Matriz padrão

	Componente					
	1	2	3	4	5	6
Questão 1	0,098	-0,044	-0,157	0,820	0,007	-0,166
Questão 2	0,419	0,058	-0,411	-0,101	-0,039	0,306
Questão 3	-0,067	0,115	0,134	0,722	-0,045	0,043
Questão 4	0,079	0,741	-0,018	0,080	0,077	0,077
Questão 5	-0,133	0,462	-0,018	0,206	-0,110	-0,389
Questão 6	0,519	0,259	-0,012	0,043	-0,179	-0,090
Questão 7	0,073	0,715	0,047	-0,165	-0,097	-0,013
Questão 8	0,602	0,035	0,001	0,185	-0,279	-0,195
Questão 9	0,265	0,022	0,118	0,612	0,152	0,026
Questão 10	0,199	0,007	0,512	0,230	-0,167	0,028
Questão 11	0,592	0,008	0,320	0,015	-0,160	0,193
Questão 12	0,054	-0,005	0,861	-0,116	0,084	0,009
Questão 13	0,229	0,628	-0,109	0,187	0,328	0,198
Questão 14	0,058	-0,065	-0,106	0,063	-0,660	0,167
Questão 15	0,377	0,218	-0,119	0,308	-0,186	-0,153
Questão 16	0,665	-0,046	0,154	0,219	-0,162	0,188
Questão 17	0,030	0,283	-0,009	-0,012	-0,018	0,657
Questão 18	-0,271	0,241	0,237	0,428	-0,188	0,262
Questão 19	-0,199	-0,136	-0,045	0,070	0,678	0,191
Questão 20	0,201	0,048	0,118	-0,464	0,338	-0,394
Questão 21	-0,255	0,632	0,037	0,045	-0,259	0,157
Questão 22	-0,166	-0,079	-0,133	0,052	0,704	0,032

Método de extração: Análise dos Componentes Principais. Método de rotação: Oblimin com normalização Kaiser.

a Rotação convergiu em 25 iterações.

A seguir, os resultados foram analisados novamente, agora com a Análise de Eixos Principais, escolhendo-se para isso 2 fatores. A variância total explicada dos dois itens juntos foi de 29,698 como pode ser observado na tabela 8:

Tabela 8 – Variância Total Explicada

Fator	Eigenvalues iniciais			Soma da extração das cargas quadradas			Soma da rotação das cargas quadradas (a)
	Total	% de	%	Total	% de	%	Total
		Variância	Acumulada		Variância	Acumulada	
1	5,899	26,813	26,813	5,250	23,865	23,865	4,101
2	1,929	8,767	35,580	1,283	5,833	29,698	4,070
3	1,492	6,783	42,363				
4	1,270	5,775	48,137				
5	1,115	5,068	53,205				
6	1,073	4,875	58,080				
7	0,962	4,372	62,453				
8	0,850	3,864	66,317				
9	0,832	3,783	70,100				
10	0,747	3,394	73,494				
11	0,718	3,263	76,757				
12	0,669	3,040	79,797				
13	0,646	2,938	82,735				
14	0,575	2,612	85,348				
15	0,556	2,527	87,875				
16	0,519	2,358	90,232				
17	0,444	2,017	92,250				
18	0,403	1,832	94,082				
19	0,382	1,738	95,820				
20	0,338	1,534	97,354				
21	0,299	1,360	98,714				
22	0,283	1,286	100,000				

Método de extração: Análise dos Eixos Principais.

a Quando os componentes são correlacionados, a soma das cargas quadradas não podem ser adicionadas para obter a variância total.

A matriz padrão na tabela 9 foi obtida com a Análise dos Eixos Principais, para análise com 2 fatores, eliminando-se todos os itens com índice de saturação menor que 0,30:

Tabela 9 – Matriz padrão

	Fator	
	1	2
Questão 1	0,382	
Questão 2		
Questão 3	0,535	
Questão 4	0,654	
Questão 5	0,323	
Questão 6		-0,484
Questão 7	0,428	
Questão 8		-0,702
Questão 9	0,325	
Questão 10		-0,440
Questão 11		-0,630
Questão 12		
Questão 13	0,607	
Questão 14		-0,357
Questão 15	0,301	-0,419
Questão 16		-0,703
Questão 17	0,400	
Questão 18	0,555	
Questão 19		0,538
Questão 20	-0,436	
Questão 21	0,652	
Questão 22		0,562

Método de extração: Análise dos Eixos Principais. Método de rotação: Oblimin com normalização Kaiser.

a Rotação convergiu em 12 iterações.

Para o cálculo do Alfa de Cronbach foram excluídos os itens 2 (“a sensação no meu braço do lado da cirurgia é normal”) que diz respeito a uma sensação sinestésica e o item 12 (“eu me sentiria a vontade me trocando num vestiário público”) pois não tiveram o índice de saturação superior a 0,30. Durante as aplicações já se suspeitava que o item 12 seria excluído pois várias mulheres falavam que tinham vergonha de se trocar perto de outras mulheres, não por causa do

câncer, mas por questões culturais. Foi realizado o *recode* dos itens 19, 20 e 22 para que ficassem no mesmo eixo dos itens do mesmo fator para então proceder a análise de confiabilidade, na qual se obteve o Alfa de 0,865. A tabela 10 mostra a estatística total de cada um dos itens válidos:

Tabela 10 - Estatística Total dos itens

Itens	Média da escala se o item for deletado	Escala de variância se item for deletado	Correlação total	Alfa de Cronbach se item for deletado
1. Eu tento esconder o meu corpo.	42,418	169,786	0,450	0,859
3. Eu evito olhar para as cicatrizes da minha cirurgia de mama.	42,513	167,747	0,542	0,856
4. Eu sinto que há uma bomba-relógio dentro de mim.	42,209	166,876	0,516	0,857
5. Eu fico sonolenta durante o dia.	41,597	171,707	0,319	0,865
6. Estou satisfeita com o meu nível de energia física.	41,756	165,322	0,519	0,857
7. Eu sinto que o câncer pode voltar.	41,638	168,338	0,424	0,861
8. Eu estou satisfeita com a forma do meu corpo.	41,790	165,074	0,539	0,856
9. Eu me sinto menos feminina desde o câncer.	42,319	169,661	0,446	0,860
10. Eu gosto do meu corpo.	42,676	178,647	0,414	0,862
11. Eu me sinto bem com minha aparência quando me exercito.	42,167	170,514	0,469	0,859
13. Eu sinto que meu corpo foi invadido quando penso no câncer.	41,665	166,277	0,437	0,860
14. Eu me sinto satisfeita com a aparência do meu braço.	42,133	170,429	0,404	0,861
15. Eu sinto que meu corpo tem me deixado insatisfeita.	41,920	163,990	0,564	0,855
16. Gosto da minha aparência bem do jeito que ela é.	42,201	165,963	0,586	0,855
17. Outras pessoas tiveram que assumir minhas responsabilidades.	41,749	171,853	0,307	0,866
18. Eu estou com medo de tocar as cicatrizes da cirurgia da mama.	42,581	169,840	0,477	0,859
21. Eu sinto que algo está tomando o controle do meu corpo.	42,384	168,779	0,481	0,858
22. Eu estou satisfeita com a forma das minhas nádegas.	42,095	168,292	0,501	0,858
19. Eu estou satisfeita com a aparência dos meus quadris.	42,133	168,780	0,482	0,858
20. Eu evito contato físico próximo como abraçar.	42,479	171,487	0,394	0,861

Não foi observada uma divisão de fatores como no item original, mas um agrupamento diverso, com dois fatores, um com itens com sentido negativo, sendo por nós chamado de “Defectividade”, termo este utilizado pelos autores do instrumento original em um dos fatores, e um agrupamento com sentido positivo, sendo chamado de “Imagem Positiva do Corpo”, com a seguinte configuração mostrada na tabela 11:

Tabela 11 – Fatores da escala de concordância ($\alpha=0,86$)

Escala 1 – Concordância	
Fator 1 - Defectividade	Fator 2 – Imagem positiva do corpo
1. Eu tento esconder o meu corpo.	6. Estou satisfeita com o meu nível de energia física.
3. Eu evito olhar para as cicatrizes da minha cirurgia de mama.	8. Eu estou satisfeita com a forma do meu corpo.
4. Eu sinto que há uma bomba-relógio dentro de mim.	10. Eu gosto do meu corpo.
5. Eu fico sonolenta durante o dia.	11. Eu me sinto bem com minha aparência quando me exercito.
7. Eu sinto que o câncer pode voltar.	14. Eu me sinto satisfeita com a aparência do meu braço.
9. Eu me sinto menos feminina desde o câncer.	15. Eu sinto que meu corpo tem me deixado insatisfeita*.
13. Eu sinto que meu corpo foi invadido quando penso no câncer.	16. Gosto da minha aparência bem do jeito que ela é.
17. Outras pessoas tiveram que assumir minhas responsabilidades.	19. Eu estou satisfeita com a aparência dos meus quadris.
18. Eu estou com medo de tocar as cicatrizes da cirurgia da mama.	22. Eu estou satisfeita com a forma das minhas nádegas.
20. Eu evito contato físico próximo como abraçar.	
21. Eu sinto que algo está tomando o controle do meu corpo.	
Total: 11 itens	Total: 9 itens

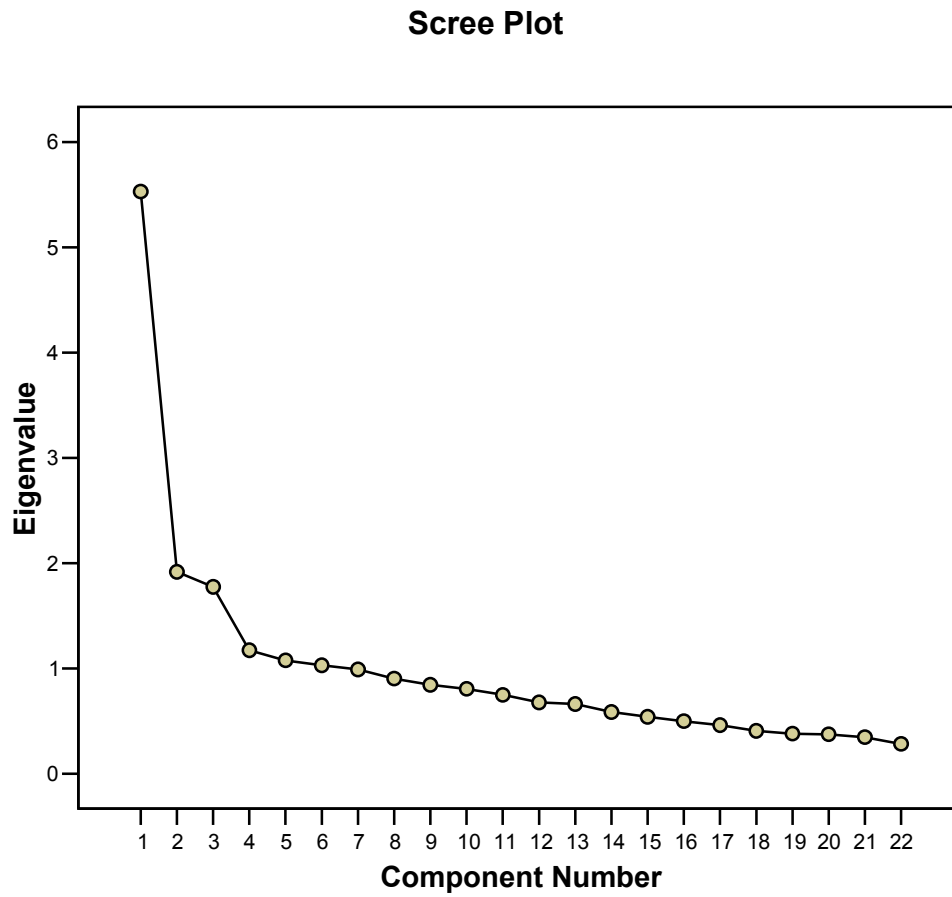
* item carregou em dois fatores, sendo alocado no fator com maior carga, mas teve sinal negativo.

Resultados da escala de frequência: consiste nos itens 28 a 49. Excluindo-se os itens 50 a 52, para subgrupos cirúrgicos específicos. O atendimento das condições necessárias para a análise fatorial foram verificadas a partir do índice de adequação da amostra, o Kaiser-Meyer-Olkin, que teve valor igual a 0,832, caracterizado como meritório, e o teste de esfericidade de Bartlett foi significativo ($\chi^2=1460,526$; $p<0,01$) indicando que as correlações entre os itens permitiam a análise fatorial, como mostrado na tabela 12:

Tabela 12 - KMO e Teste de Bartlett

Kaiser-Meyer-Olkin Medida de adequação da amostra		0,832
Teste de esfericidade de Bartlett	Qui-quadrado	1460,526
	df	231
	Sig.	0,000

Para estimar o número de componentes da escala procedeu-se a Análise dos Componentes Principais, com rotação *Oblimin*, que extraiu 6 componentes interpretáveis com valores maiores que 1 (*eigenvalues*), como no teste gráfico Scree Plot da figura 2:

Figura 2 – Scree Plot para escala de frequência

Ainda utilizando a Análise dos Componentes Principais, com rotação Oblimin que extraiu 6 componentes interpretáveis, temos a tabela 13 com a variância total explicada de cada um dos componentes. A variância total explicada do primeiro fator foi de 25,131 e a soma das variâncias explicadas dos outros 5 fatores juntos foi de 31,268, sendo que cada uma delas ficou pequena, o que pode ser explicado pela pequena quantidade de itens desse segunda escala.

Tabela 13 – Variância total explicada

Componente	Eigenvalues iniciais			Soma da extração das cargas quadradas			Soma da rotação das cargas quadradas (a)
	Total	% de	%	Total	% de	%	Total
		Variância	Acumulada		Variância	Acumulada	
1	5,529	25,131	25,131	5,529	25,131	25,131	3,008
2	1,917	8,714	33,846	1,917	8,714	33,846	2,865
3	1,774	8,065	41,910	1,774	8,065	41,910	3,017
4	1,172	5,328	47,238	1,172	5,328	47,238	2,945
5	1,076	4,891	52,129	1,076	4,891	52,129	2,869
6	1,029	4,676	56,805	1,029	4,676	56,805	1,436
7	0,989	4,495	61,301				
8	0,904	4,107	65,408				
9	0,843	3,833	69,240				
10	0,806	3,662	72,902				
11	0,748	3,400	76,302				
12	0,677	3,076	79,378				
13	0,661	3,006	82,384				
14	0,585	2,660	85,044				
15	0,539	2,452	87,496				
16	0,499	2,268	89,764				
17	0,461	2,097	91,861				
18	0,407	1,851	93,712				
19	0,380	1,727	95,438				
20	0,374	1,700	97,139				
21	0,347	1,576	98,715				
22	0,283	1,285	100,000				

Método de extração: Análise dos Componentes Principais.

a Quando os componentes são correlacionados, a soma das cargas quadradas não podem ser adicionadas para obter a variância total.

Utilizando ainda a Análise dos Componentes Principais, a seguinte matriz padrão foi extraída, sem qualquer critério para índice de saturação, incluindo todos os itens e observando as cargas fatoriais dos mesmos, de acordo com a tabela 14:

Tabela 14 – Matriz Padrão

	Componente					
	1	2	3	4	5	6
Questão 28	-0,173	0,033	0,763	-0,236	-0,090	0,082
Questão 29	-0,144	0,689	-0,087	-0,216	0,011	0,180
Questão 30	-0,034	-0,100	0,685	-0,317	-0,096	0,106
Questão 31	0,107	0,635	0,146	-0,038	0,184	0,098
Questão 32	0,594	0,102	-0,066	-0,089	-0,136	-0,067
Questão 33	0,344	0,179	0,299	0,044	0,080	0,408
Questão 34	0,581	0,048	0,247	0,048	-0,175	-0,058
Questão 35	0,209	0,123	-0,105	-0,352	-0,333	0,219
Questão 36	-0,046	-0,639	0,064	-0,113	0,275	0,267
Questão 37	-0,063	0,025	-0,134	-0,089	0,773	0,053
Questão 38	-0,013	-0,065	0,025	0,149	-0,111	0,873
Questão 39	-0,006	0,705	0,121	-0,013	-0,022	-0,099
Questão 40	-0,112	0,203	0,104	-0,649	0,037	-0,017
Questão 41	0,787	-0,044	-0,097	0,053	0,076	0,112
Questão 42	-0,180	-0,126	0,274	0,346	0,251	-0,105
Questão 43	-0,190	0,101	-0,134	0,649	-0,043	0,107
Questão 44	0,031	0,104	-0,139	-0,428	-0,443	0,106
Questão 45	0,133	0,277	0,622	0,180	0,006	0,005
Questão 46	-0,017	-0,044	0,118	0,038	-0,831	0,110
Questão 47	0,522	-0,170	0,129	-0,341	-0,038	0,006
Questão 48	-0,086	-0,266	-0,163	0,491	0,052	0,095
Questão 49	-0,142	-0,043	-0,705	-0,023	0,131	0,028

Método de extração: Análise dos Componentes Principais. Método de Rotação: Oblimin com Normalização Kaiser.

a Rotação convergiu em 14 iterações.

Os resultados foram analisados novamente, agora com a Análise de Eixos Principais, escolhendo-se 2 fatores, e índice de saturação de 0,30 para reter o item. A variância total explicada dos dois itens ficou igual a 27,652 como pode ser observado na tabela 15:

Tabela 15 – Variância Total Explicada

Fator	Eigenvalues iniciais			Soma da extração das cargas quadradas			Soma da rotação das cargas quadradas (a)
	Total	% de Variância	% Acumulada	Total	% de Variância	% Acumulada	Total
1	5,529	25,131	25,131	4,842	22,011	22,011	4,010
2	1,917	8,714	33,846	1,241	5,642	27,652	3,939
3	1,774	8,065	41,910				
4	1,172	5,328	47,238				
5	1,076	4,891	52,129				
6	1,029	4,676	56,805				
7	,989	4,495	61,301				
8	,904	4,107	65,408				
9	,843	3,833	69,240				
10	,806	3,662	72,902				
11	,748	3,400	76,302				
12	,677	3,076	79,378				
13	,661	3,006	82,384				
14	,585	2,660	85,044				
15	,539	2,452	87,496				
16	,499	2,268	89,764				
17	,461	2,097	91,861				
18	,407	1,851	93,712				
19	,380	1,727	95,438				
20	,374	1,700	97,139				
21	,347	1,576	98,715				
22	,283	1,285	100,000				

Método de extração: Eixos Principais.

a Quando os componentes são correlacionados, a soma das cargas quadradas não podem ser adicionadas para obter a variância total.

A matriz padrão na tabela 16 foi obtida com a Análise dos Eixos Principais, para análise com 2 fatores, eliminando-se todos os itens com índice de saturação menor que 0,30:

Tabela 16 – Matriz Padrão

	Fatores	
	1	2
Questão 28		0,773
Questão 29		0,306
Questão 30		0,617
Questão 31		0,457
Questão 32	0,509	
Questão 33		0,369
Questão 34	0,406	
Questão 35	0,672	
Questão 36		
Questão 37	-0,503	
Questão 38		
Questão 39		0,438
Questão 40		
Questão 41	0,414	
Questão 42	-0,536	
Questão 43	-0,341	
Questão 44	0,629	
Questão 45		0,669
Questão 46	0,576	
Questão 47	0,472	
Questão 48	-0,301	-0,356
Questão 49		-0,644

Método de extração: Eixos Principais. Método de rotação: Oblimin com normalização Kaiser. Rotação convergiu em 8 iterações.

Para o cálculo do Alpha de Cronbach os itens 36 (“eu me sinto sexualmente atraente quando estou nua”), 38 (“eu me preocupo com meu corpo”) e 40 (“eu me sinto brava com meu corpo”) foram excluídos por terem índice de saturação menor que 0,30, todos relacionados com percepções da própria mulher em relação ao corpo. Foi realizado o *recode* dos itens 37, 42, 43,

48, 49 para calcular o Alfa, obtendo-o no valor de 0,848 para a segunda escala de frequência. A tabela 17 mostra a estatística total de cada um dos itens válidos:

Tabela 17 – Estatística Total dos Itens

	Média da escala se o item for deletado	Escala de variância se item for deletado	Correlação total	Alfa de Cronbach se item for deletado
28. Eu sinto que as pessoas estão olhando para o meu busto.	44,142	197,049	0,490	0,838
29. Eu evito intimidade física.	44,363	203,552	0,328	0,845
30. Eu sinto que as pessoas estão olhando para mim.	43,971	195,487	0,521	0,837
31. Eu escondo meu corpo quando troco de roupa.	44,273	201,060	0,365	0,844
32. Eu me preocupo que o câncer esteja se espalhando.	44,036	197,470	0,438	0,840
33. Eu preciso checar/conferir a aparência do meu busto.	44,044	198,396	0,447	0,840
34. Eu penso sobre o câncer de mama.	43,187	195,194	0,531	0,836
35. Estar cansada interfere na minha vida.	43,591	194,267	0,527	0,836
39. Eu prefiro manter meu busto coberto durante intimidade sexual.	44,073	199,372	0,364	0,844
41. Eu preciso checar/conferir sobre minha saúde.	42,346	204,736	0,310	0,846
44. Meu corpo me impede de fazer coisas que eu quero fazer.	43,987	197,963	0,468	0,839
45. Eu acho que meus seios parecem desiguais para os outros.	43,791	197,625	0,410	0,842
46. Dor no braço é um problema pra mim.	43,820	196,394	0,456	0,840
47. Eu me preocupo com pequenas dores.	43,718	195,736	0,467	0,839
37. Inchaço no meu braço é um problema pra mim.	44,383	199,418	0,420	0,841
42. Eu posso participar de atividades normais.	44,330	205,140	0,346	0,844
43. Eu tenho problemas para me concentrar.	43,804	200,716	0,408	0,842
48. Eu me sinto normal.	44,608	199,493	0,518	0,838
49. Eu sinto que as pessoas podem perceber que meus seios não são normais.	43,987	195,151	0,506	0,837

Também na segunda escala não foi observado um agrupamento de itens em fatores como no instrumento original, mas um agrupamento diverso, com dois fatores, um aqui chamado de “Preocupação com a doença e capacidade física”, pois estão relacionados a preocupações relacionadas com sintomas e sinais do corpo, e um agrupamento aqui chamado de “Percepção de defectividade pelo outro”, pois são itens relacionados a como as mulheres acham que os outros a vêem, e não como os itens excluídos com carga inferior a 0,30. A divisão dos itens da escala de frequência ficou da seguinte forma, como mostrado na tabela 18:

Tabela 18 – Fatores da escala de frequência ($\alpha=0,848$)

Escala 2 – Frequência	
Fator 1 – Preocupação com a doença e capacidade física	Fator 2 – Percepção de defectividade pelo outro
32. Eu me preocupo que o câncer esteja se espalhando.	28. Eu sinto que as pessoas estão olhando para o meu busto.
34. Eu penso sobre o câncer de mama.	29. Eu evito intimidade física.
35. Estar cansada interfere na minha vida.	30. Eu sinto que as pessoas estão olhando para mim.
37. Inchaço no meu braço é um problema pra mim.	31. Eu escondo meu corpo quando troco de roupa.
41. Eu preciso checar/conferir sobre minha saúde.	33. Eu preciso checar/conferir a aparência do meu busto.
42. Eu posso participar de atividades normais.	39. Eu prefiro manter meu busto coberto durante intimidade sexual.
43. Eu tenho problemas para me concentrar.	45. Eu acho que meus seios parecem desiguais para os outros.
44. Meu corpo me impede de fazer coisas que eu quero fazer.	48. Eu me sinto normal.*
46. Dor no braço é um problema pra mim.	49. Eu sinto que as pessoas podem perceber que meus seios não são normais.
47. Eu me preocupo com pequenas dores.	
Total: 10 itens	Total: 9 itens

* item carregou em dois fatores, sendo alocado no fator com maior carga, mas teve sinal negativo.

4 Discussão

Como é de se esperar em adaptações transculturais, os instrumentos passam por modificações perdendo a configuração da estrutura original. As diferenças culturais e, por conseguinte, de amostras, refletem em resultados diversos em países diferentes entre si, mas coerente com as características de cada cultura. Segundo Baxter et al (2006) a validação desse questionário estaria ainda em andamento, quando da publicação do mesmo na revista *The Breast Journal*, e testes posteriores seriam necessários, pois embora população do Canadá apresentasse diversidade, uma validação transcultural seria necessária para outras amostras. Para o pesquisador avaliar qualquer variável com um instrumento que foi feito originalmente para uma população diferente, espera-se que esse instrumento seja, primeiramente, submetido a uma adaptação e a uma avaliação de validade e fidedignidade para verificar se ele pode ser utilizado e com que grau de confiança isso pode ser feito. A imagem corporal, em especial, demanda cuidado por ser uma variável definida culturalmente sendo que o conceito de belo, bom e saudável varia de população para população e ao longo da história.

Nesse estudo foi utilizada a análise fatorial para agrupar os itens em fatores, e a análise de confiabilidade extraindo o Alfa de Cronbach, diferente do que foi feito no estudo original. A construção da escala pelos autores canadenses foi feita através de 6 sub-escalas que foram criadas a partir de entrevistas semi-estruturadas com 81 pacientes, juízes e medidas pré-existentes para garantir que todas as dimensões fossem incluídas. Os escores obtidos nas escalas do questionário foram comparados com os escores obtidos com outros instrumentos que mediam as mesmas variáveis estudadas para observar a equivalência dos resultados. A partir disso foi encontrada a versão final com 45 itens gerais e 8 itens específicos para subgrupos cirúrgicos, os quais foram

divididos em duas grandes escalas, ambas completadas por escalas Likert de 5 pontos. A primeira parte do questionário – de questões do tipo 1 – foi uma escala de concordância (de discordo totalmente a concordo plenamente) e a segunda parte – de questões do tipo 2 – foi uma escala de frequência (de nunca a sempre). Os autores decidiram por essa distribuição de itens do questionário por acharem que os itens suscitariam essas duas formas de resposta, mas sem um critério definido para isso.

Os escores das mulheres nesse questionário foram comparados a escores obtidos em instrumentos que mediam dimensões como depressão, auto-estima, qualidade de vida e funcionamento sexual. A validade foi medida através do acesso a medidas com diferentes grupos de mulheres para analisar a diferença de escores, comparando os escores das mulheres que foram submetidas a lumpectomia e mastectomia e a um grupo controle, além de realizar teste-reteste com as pacientes com 2 semanas de intervalo.

Nesse estudo brasileiro para validação e fidedignidade foram utilizadas medidas diferentes, submetendo o questionário a uma análise fatorial para verificar se existiam realmente as 6 dimensões das sub-escalas – vulnerabilidade, estigma corporal, limitações, preocupação com o corpo, transparência/obviedade e preocupações com o braço. Para a medida da validade e confiabilidade das escalas de concordância e frequência, retirou-se o Alfa de Cronbach de cada uma delas, respeitando todos os aspectos da estrutura original. Foi dado um tratamento separado para cada uma das duas partes do questionário uma vez que os autores decidiram dividi-lo e isso foi respeitado, embora durante o presente estudo, a impressão acerca das respostas das mulheres é que elas poderiam ter sido dadas apenas em termos de “nunca”, “sempre”, “geralmente”, utilizando a escala de frequência para todos os itens.

Ao proceder a análise fatorial não foi possível verificar a divisão das 6 sub-escalas e dimensões como no questionário original. Apesar de os gráficos Scree Plot terem mostrado 6

fatores, os itens não apresentaram a divisão original e respondiam por uma porcentagem muito pequena da variância, motivo pelo qual se optou por pedir somente dois fatores para a análise dos eixos principais. Assim, foram obtidos os itens divididos em dois fatores para a escala de concordância – Defectividade e Imagem Positiva do Corpo; e dois para a escala de frequência – Preocupação com a Doença e Capacidade Física e Percepção de Defectividade pelo Outro. Quanto ao índice de confiabilidade, pelo Alfa de Cronbach, foram bastante satisfatórios nas duas escalas, 0,86 na primeira e 0,84 na segunda, uma vez que o mínimo desejável para o Alpha seja 0,70.

Vale lembrar que além de os métodos utilizados para a validação dessa versão do questionário terem sido diferentes, a amostra também tem suas particularidades. A amostra canadense tem todas as características de uma população de país desenvolvido e a do Brasil, de um país em desenvolvimento, o que se evidencia especialmente pelo nível de escolaridade das mulheres que participaram desse estudo. De qualquer forma, para qualquer amostra que se deseje aplicar um instrumento assim, deve-se primeiro adaptar e validar de acordo com as características dela. Na tradução e a adaptação um item foi descartado, o número 18 do questionário original que dizia “I feel that part of me must remain hidden.” (“eu sinto que parte de mim deve continuar escondida”). As pacientes entrevistadas acharam esse item muito vago e sem sentido. Agora na validação, foram excluídos 5 itens devido as cargas fatoriais.

Durante a aplicação dos questionários foi possível observar muitos outros aspectos qualitativos, a respeito das mulheres acometidas pelo câncer de mama. São muitas as variáveis envolvidas no bem-estar físico e psicológico delas e muitas são passíveis de avaliação e interessantes de ser observadas. Schover, Yetman, Tuason, Meisler, Esselstyn, Hermann, Grundfest-Broniatowski, & Dowden (1995) realizaram um estudo sobre imagem corporal pobre, problemas conjugais, insatisfação sexual, baixo nível de escolaridade e tratamento com

quimioterapia como preditivos de angústia psicossocial. Foi utilizada nesse estudo uma amostra composta por mulheres que haviam feito lumpectomia – com preservação do busto, ou mastectomia total com reconstituição. É importante observar nessas pesquisas o uso de comparações entre subgrupos cirúrgicos e os vários domínios que se pode explorar. A saúde psicológica da mulher, a satisfação no relacionamento, a vida sexual pré-mórbida e o impacto da menopausa prematura (ou não) e severa causada pelos tratamentos podem ser mais determinantes para a satisfação sexual que a extensão da cirurgia e da perda da mama (Schover, 2010). O instrumento de avaliação desse estudo ou qualquer outro não poderão ser utilizados sem a observância de todas as vicissitudes e implicações da doença em várias esferas da vida da mulher.

Silva e Santos (2009) realizaram um estudo com um grupo diferente de mulheres: as que se encontravam no período pós-tratamento quimio e radioterápico, de 12 a 44 meses após da realização da cirurgia, avaliando os estressores relacionados ao câncer – físicos, psicológicos e sociais – que ainda estavam presentes na vida dessas mulheres, além é claro, dos estressores concorrentes ao câncer. Essas mulheres haviam finalizado as terapêuticas cirúrgicas quimio e radioterápicas, mas ainda se encontravam em tratamento de hormonoterapia. Fica também a idéia de pesquisar mulheres que já tenham terminado todos os tratamentos, inclusive o hormonoterápico, ao fim de 5 anos após a cirurgia e início deste. Esse estudo contou predominantemente com mulheres dentro desses 5 anos de follow-up após o diagnóstico e cirurgia, sendo que apenas 13,1% delas não estavam fazendo nenhum tipo de tratamento.

5 Conclusão e considerações finais

O questionário se mostrou um bom instrumento cuja construção foi bastante cuidadosa e embasada por outros instrumentos de medida semelhantes. Fica a sugestão de estudos posteriores com o mesmo instrumento para outras amostras e talvez com métodos diferentes, como por exemplo, replicando o estudo com uma única escala, de concordância ou frequência, submetendo todos os itens juntos à análise estatística e então observar qual seria a estrutura fatorial resultante.

O objetivo desse estudo foi contribuir mais para as investigações relacionadas ao câncer de mama oferecendo mais um instrumento de avaliação, validado para o português brasileiro, que já pode ser utilizado por outros estudiosos da área, replicando o que já foi realizado ou desenvolvendo outros estudos desse ponto em diante. Esse questionário, como pode ser visto em sua versão final no anexo 5, pode ainda ser submetido a análises posteriores com metodologias diferentes. Uma sugestão para isso seria a mencionada acima, unindo todos os itens em uma única escala, de concordância ou frequência, e não mais deixá-los divididos em duas escalas separadas.

Os resultados foram considerados satisfatórios pelo fato de os Alphas de Cronbach para as duas escalas terem sido maiores de 0,70, a divisão dos itens em quatro fatores apresentou um estrutura coerente em relação ao que avaliam e não houve a perda de muitos itens. Os objetivos foram alcançados, mas, além disso, coletar dados entrevistando todas as mulheres que enfrentaram o câncer de mama e conhecer um pouco de cada história de cada uma foi acima de tudo uma lição de vida, ou melhor dizendo, de luta pela vida.

6 Referências

- Abreu, C. N. & Roso, M. (Orgs.)(2003). *Psicoterapias Cognitivas e Construtivista – Novas Fronteiras da Prática Clínica*. Porto Alegre: Artmed.
- Associação Americana de Psiquiatria (1994). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 4ª edição (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM). Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Bardwell, W. A., Natarajan, L., Dimsdale, J. E., Rock, C. L., Mortimer, J. E., Hollenbach, K., Pierce, J. P. (2006). Objective cancer-related variables are not associated with depressive symptoms in women treated for early-stage breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 24: 2420-2427.
- Barros, A. C. S. D. (2008). Câncer de Mama. In Carvalho, V. A., Franco, M. H. P., Kovács, M. J., Liberato, R. P., Macieira, R. C., Veit, M. T., Gomes, M. J. B. & Barros, L. H. C. (Orgs.) *Temas em Psico-oncologia*. Sao Paulo: Summus.
- Baxter, N. N., Goodwin, P. J., McLeod, R. S., Dion, R., Devins, G. & Bombardier, C. (2006). Reliability and Validity of the Body Image After Breast Cancer Questionnaire. *The Breast Journal*, 12 (3); 221-232.
- Breast Cancer Magazine (2009). Breast Cancer – Relatório #6. Revisado por Harvey Simon (editor-chefe) e David Zieve (diretor médico).
- Camacho, R. S.; Smaletz, O.; Gonsales, B. K.; Braguittoni, E & Rennó JR, (2006). A oncopsiquiatria no câncer de mama – considerações a respeito de questões do feminino. *Psiquiatria Clínica*, 33 (3); 124-133.
- Cash, T. F. & Pruzinsky, T. (1990). *Body images: development, deviance and change*. New York: The Guilford Press.
- Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Resolução 196/96.
- Facina, G.; Baracat, E. C.; Lima, G. R. & Gebrim, L. H. (2003). Efeitos de diferentes doses de tamoxifeno sobre a proliferação celular do epitélio mamário. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 25 (3).
- Ferreira, M. L. S. M. & Mamede, M. V. (2003). Representação do corpo na relação consigo mesma após mastectomia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11 (3).

- Gandini, R. C.; Martins, M. C. F.; Ribeiro, M. P. & Santos, D. T. G. (2007). Inventário de Depressão de Beck – BDI: validação fatorial para mulheres com câncer. *Psico-USF*, 12 (1), 23-31.
- Gandini, R. C.; Martins, M. C. F. & Pedrosa, E. C. M. (2008). Mini-mac - escala de ajustamento mental para o câncer: estrutura fatorial. *Psicologia em Estudo*, 13 (1).
- Hair Jr., J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. L., & Black, W. C. (2005). *Análise multivariada de dados* (5ª. Ed.). Porto Alegre: Bookman.
- Harman, H.H. (1976). *Modern factor analysis*. Chicago: University of Chicago Press.
- Huguet, P. R. (2005). *Qualidade de vida e aspectos da sexualidade de mulheres tratadas de câncer de mama*. Dissertação de mestrado, UNICAMP.
- Instituto Nacional de Câncer, em www.inca.gov.br, acessado em 25/07/2010.
- Kinnear, P. R. & Gray, C. D. (1999). *SPSS for Windows Made Simple. 3rd edition*. Surrey: Psychology Press LTDA.
- Kayser, H.F. (1958). The varimax criterion for analytic rotation in factor analysis. *Psychometrika*, 23, p. 187-200.
- Macieira, R. C. & Maluf, M. F. (2008). Sexualidade e Câncer. In Carvalho, V. A., Franco, M. H. P., Kovács, M. J., Liberato, R. P., Macieira, R. C., Veit, M. T., Gomes, M. J. B. & Barros, L. H. C. (Orgs.) *Temas em Psico-oncologia*. Sao Paulo: Summus.
- Maluf, M. F. M., Mori, L.J. & Barros, A. S. D. (2005) O impacto psicológico do câncer de mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*; 51(2): 149-154.
- Martins, M. C. F., Gandini, R. C. & Costa, G. N. (2000). Validação fatorial da Escala BSI – Brief Symptom Inventory. *Anais do Seminário de Iniciação Científica da Universidade Federal de Uberlândia*.
- Nie, N. H.; Hull, C. H. & Bent, D. H. (1968). *Statistical Package for Social Science* (version 12) [computer software]. Universidade de Chicago, Statistical Product and Service Solutions.
- Oliveira, V. M.; Aldrighi, J. M. & Rinaldi, J. F. (2006). Quimioprevenção do câncer de mama. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 52(6).
- Pasquali, L. (1996). *Teoria e métodos de medida em ciências do comportamento*. Brasília: Inep.
- Pasquali, L. (1997). *Psicometria: teoria e aplicações*. Brasília: Editora da UnB.
- Pasquali, L. (2003). *Psicometria - Teoria dos testes na Psicologia e na Educação*. Rio de Janeiro: Vozes.

- Pasquali, L. (2005). *Análise fatorial para pesquisadores*. Brasília: Laboratório de Pesquisa em Avaliação e Medida – LabPAM.
- Pinheiros, D. P. N. (2004). A Resiliência em Discussão. *Psicologia em Estudo*, 9(1): 67-75.
- Scheier, M. F. & Helgeson, V. S. (2006) Really, Disease Doesn't Matter? A Commentary on Correlates of Depressive Symptoms in Women Treated for Early-Stage Breast Cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 24(16): 2407-2408.
- Schover, L. R., Yetman, R. J., Tuason, L. J., Meisler, E., Esselstyn, C. B., Hermann, R. E., Grundfest-Broniatowski, S. & Dowden, R. V. (1995). Partial Mastectomy and Breast Reconstruction – A Comparison of their Effects on Psychosocial Adjustment, Body Image and Sexuality. *Cancer*, 75(1), 54-64.
- Schover, L. R. (2010). The Impact of Breast Cancer on Sexuality, Body Image and Intimate Relationships. *A Cancer Journal for Clinicians*, 41(2), 112-120.
- Silder, P. (1999). *A imagem do corpo: as energias construtivas da psique*. 3 ed. São Paulo: Martins Fontes.
- Silva, G. & Santos, M. A. (2009). O Universo Pós-tratamento do Câncer de Mama *In Investigação Científica em Psicologia: Aplicações Atuais em Saúde*. São Paulo: Vetor Editora.
- Souza, J. D. S. *Carcinogênese*. Acessado em 3 de outubro de 2007 no site www.ufv.br.
- Souza, V. C. & Lopes, E. J. (2007). *Estudo da adaptação e das propriedades psicométricas do Questionário "Body Image after Breast Cancer"*. Monografia de Especialização não publicada, Universidade Federal de Uberlândia, MG, Brasil.
- Tavares, J. S. C. & Trad, L. A. B. (2005). Metáforas e significados do câncer de mama na perspectiva de cinco famílias afetadas. *Cadernos de Saúde Pública*; 21(2).
- Veit M. T. & Carvalho, V. A. (2008). Psico-oncologia: conceituação, definições, abrangência de campo. *In Carvalho, V. A., Franco, M. H. P., Kovács, M. J., Liberato, R. P., Macieira, R. C., Veit, M. T., Gomes, M. J. B. & Barros, L. H. C. (Orgs.) Temas em Psico-oncologia*. São Paulo: Summus.

ANEXOS

ANEXO 1: Sistema de escores para sub-escalas do Body Image after Breast Cancer Questionnaire (Questionário Imagem Corporal depois do Cancer de Mama – QICCM).

QICCM escalas e escores.

O QICCM é constituído de seis escalas. As seguintes fórmulas são usadas para os escores do QICCM na maior parte das situações. Para o uso de grupos cirúrgicos homogêneos, o escore para a escala pode incluir um ou dois seios especificamente, e essas fórmulas também são usadas.

Escala de Vulnerabilidade

#4. Eu sinto que há uma bomba-relógio dentro de mim.

#7. Eu sinto que o câncer pode voltar.

#13. Eu sinto que meu corpo foi invadido.

#15. Eu sinto que meu corpo tem me desapontado.

#21. Eu sinto que algo está tomando o controle do meu corpo.

#32. Eu me preocupo que o câncer esteja se espalhando.

#34. Eu penso sobre o câncer de mama.

#38. Eu me preocupo com meu corpo.

#40. Eu me sinto brava com meu corpo.

#41. Eu preciso me reassegurar sobre minha saúde.

#47. Eu me preocupo com pequenas dores.

#51. Eu penso sobre meus seios.**

Escore de Vulnerabilidade

Escore comum = #4 + #7 + #13 + #15 + #21 + #32 + #34 + #38 + #40 + #41 + #47

Escala de Estigma Corporal

- #1. Eu tento esconder o meu corpo.
- #3. Eu evito olhar para as cicatrizes da minha cirurgia de mama.
- #9. Eu me sinto menos feminina desde o câncer.
- #12. Eu me sentiria à vontade me trocando num vestiário público.
- #18. Eu estou com medo de tocar as cicatrizes da cirurgia da mama.
- #20. Eu evito contato físico próximo como abraçar.
- #23. Eu me sinto confortável ao olhar minha mastectomia.*
- #24. Eu estou satisfeita com a posição do meu mamilo.**
- #25. Eu estou satisfeita com o tamanho do meu seio.**
- #26. Eu me sinto à vontade quando outras pessoas vêem meus seios.**
- #27. A aparência do meu seio poderia perturbar outras pessoas.**
- #29. Eu evito intimidade física.
- #31. Eu escondo meu corpo quando troco de roupa.
- #36. Eu me sinto sexualmente atraente quando estou nua.
- #39. Eu prefiro manter meu colo coberto durante intimidade sexual.

Escore de Estigma Corporal

Escore comum = #1 + #3 + #9 + #18 + #20 + #29 + #31 + #39 - #12 - #36 + #12

Escala de Limitações

- #5. Eu fico sonolenta durante o dia.

- #6. Estou satisfeita com o meu nível de energia.
- #17. Outras pessoas tiveram que assumir minhas responsabilidades.
- #35. Estar cansada interfere na minha vida.
- #42. Eu posso participar de atividades normais.
- #43. Eu tenho problemas para me concentrar.
- #44. Meu corpo me impede de fazer coisas que eu quero fazer.
- #48. Eu me sinto normal.

Escores de Limitação

Escore comum = #5 + #17 + #35 + #43 + #44 - #6 - #42 - #48 + #18

Escala de Preocupação com o Corpo

- #8. Eu estou satisfeita com a forma do meu corpo.
- #10. Eu gosto do meu corpo.
- #11. Eu me sinto bem com minha aparência quando me exercito.
- #16. Gosto da minha aparência do jeito que ela é.
- #19. Eu estou satisfeita com a aparência dos meus quadris.
- #22. Eu estou satisfeita com a forma das minhas nádegas.

Escore de Preocupação com o Corpo

Escore comum = #35 - #8 - #10 - #11 - #16 - #19 - #22

Escala de Transparência/ Obviedade

- #28. Eu sinto que as pessoas estão olhando para o meu colo.
- #30. Eu sinto que as pessoas estão olhando para mim.
- #33. Eu preciso me reassegurar sobre a aparência do meu busto.

#45. Eu acho que meus seios parecem desiguais para os outros.

#49. Eu sinto que as pessoas podem perceber que meus seios não são normais.

#50. Eu me preocupo se a minha prótese ou enchimento vai escorregar.*

Escore de Transparência/ Obviedade

Escore comum = #28 + #30 + #33 + #45 + #49

Escala de Preocupação com o Braço

#2. A sensação no meu braço é normal.

#14. Eu me sinto satisfeita com a aparência do meu braço.

#37. Inchaço no meu braço é um problema pra mim.

#46. Dor no braço é um problema pra mim.

#52. Meu seio dói ao tocar.**

Escore de Preocupação com o Braço

Escore comum = #37 + #46 - #2 - #14 + #12

*Item para um seio em específico (opcional)

**Item para dois seios em específico (opcional)

ANEXO 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Validade e Fidedignidade do Questionário *Body Image After Breast Cancer* Versão Brasileira

Você está sendo convidada a participar desse trabalho cujo objetivo é avaliar a auto-imagem que é muito interessante para entender como a mulher se sente diante do diagnóstico e da intervenção médica. Assim, pretendemos desenvolver o projeto de pesquisa intitulado Validação e Análise Estatística do Questionário Imagem Corporal depois do Câncer de Mama. Nosso objetivo é fazer um estudo da validação e análise estatística desse questionário para mulheres brasileiras que tiveram diagnóstico de câncer de mama. A aplicação do questionário leva, em média, 15 minutos e não traz nenhum prejuízo para a participante e muito no ajudará na validação desse instrumento de avaliação da auto-imagem relacionada ao tipo de intervenção médica a qual a mulher foi submetida.

Fica assegurado a participante (1) participar da pesquisa de livre e espontânea vontade; (2) caso participe, o horário de aplicação será combinado de acordo com a disponibilidade da participante; (3) Ter a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, no que será prontamente atendida; e (4) Caso a participante deseje receber resposta a qualquer dúvida, será atendida prontamente, ainda que possa afetar sua vontade de continuar participando.

Estamos a disposição para quaisquer esclarecimentos e agradecemos profundamente pela sua colaboração.

Assinatura da participante: _____

Data: _____ Fone: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

Assinatura do coordenador: _____

Endereço e telefone de contato dos pesquisadores:

Coordenador: Prof. Dr. Ederaldo José Lopes: Avenida Pará nº 1720, Bloco C. Telefone: 3218-2235.

Pesquisadora: Vanessa Cristina de Souza

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – Universidade Federal de Uberlândia: Av. João Naves de Ávila, nº 2160. Bloco J – Campus Santa Mônica. Telefone: 3239-4531.

ANEXO 3 – Questionário utilizado no estudo (traduzido e adaptado)

Dados pessoais (não precisa colocar o nome):

Idade: _____

Escolaridade:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental incompleto | <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental completo |
| <input type="checkbox"/> Ensino Médio incompleto | <input type="checkbox"/> Ensino Médio completo |
| <input type="checkbox"/> Ensino Superior incompleto | <input type="checkbox"/> Ensino Superior completo |

Estado civil:

- Solteira Amasiada Casada Divorciada Viúva

Se está casada ou amasiada, há quanto tempo? _____

Cirurgia para retirada total da mama Sim Não

Cirurgia para retirada total da mama com reconstituição Sim Não

Cirurgia para retirada de parte da mama Sim Não

Cirurgia para retirada de parte da mama a gânglios na Sim Não

axila

Tipo de tratamento feito atualmente:

Quimioterapia	() Sim () Não	
Radioterapia	() Sim () Não	
Hormonoterapia (tamoxifeno)	() Sim () Não	Quanto tempo?

Instruções

Questionário da Imagem corporal depois do Câncer de Mama (QICDCM)

INSTRUÇÕES – POR FAVOR, LEIA ATENTAMENTE

As próximas páginas contêm afirmações sobre como as pessoas podem pensar, sentir ou se comportar depois de desenvolverem câncer de mama. Pedimos para você indicar como cada afirmação diz respeito a você ao longo do último mês. Não há resposta certa ou errada; apenas dê a resposta que é verdadeira para você durante o último mês.

Suas respostas são confidenciais, portanto não escreva seu nome em nenhuma das páginas. Utilizando as escalas com números correspondentes a cada resposta, indique suas respostas escrevendo-as à esquerda das afirmações.

É importante que você responda todos os itens. Por favor, seja muito honesta.

AFIRMAÇÕES DE TIPO 1

RESPOSTAS

1- Discordo totalmente

- 2- Discordo
- 3- Nem discordo nem concordo
- 4- Concordo
- 5- Concordo totalmente

- ___ 1. Eu tento esconder o meu corpo.
- ___ 2. A sensação no meu braço do lado da cirurgia é normal.
- ___ 3. Eu evito olhar para as cicatrizes da minha cirurgia de mama.
- ___ 4. Eu sinto que há uma bomba-relógio dentro de mim.
- ___ 5. Eu fico sonolenta durante o dia.
- ___ 6. Estou satisfeita com o meu nível de energia física.
- ___ 7. Eu sinto que o câncer pode voltar.
- ___ 8. Eu estou satisfeita com a forma do meu corpo.
- ___ 9. Eu me sinto menos feminina desde o câncer.
- ___ 10. Eu gosto do meu corpo.
- ___ 11. Eu me sinto bem com minha aparência quando me exercito.
- ___ 12. Eu me sentiria à vontade me trocando num vestiário público.
- ___ 13. Eu sinto que meu corpo foi invadido quando penso no câncer.
- ___ 14. Eu me sinto satisfeita com a aparência do meu braço.
- ___ 15. Eu sinto que meu corpo tem me deixado insatisfeita.
- ___ 16. Gosto da minha aparência bem do jeito que ela é.
- ___ 17. Outras pessoas tiveram que assumir minhas responsabilidades.
- ___ 18. Eu estou com medo de tocar as cicatrizes da cirurgia da mama.
- ___ 19. Eu estou satisfeita com a aparência dos meus quadris.

- ___ 20. Eu evito contato físico próximo como abraçar.
- ___ 21. Eu sinto que algo está tomando o controle do meu corpo.
- ___ 22. Eu estou satisfeita com a forma das minhas nádegas.

*As seguintes questões dizem respeito aos seus sentimentos a respeito ao seu seio ou ao lugar da mastectomia. Se você não tem uma/duas mama(s) (se fez uma mastectomia sem reconstituição da mama), por favor, responda a pergunta 23. Se você está com duas mamas (se teve uma lumpectomia, uma mastectomia com reconstituição da mama ou tratamento não-cirúrgico para sua mama), por favor, pule a questão 23 e responda as questões 24 a 27.

Mulheres que perderam um ou dois seios devem responder o seguinte item.

- ___ 23. Eu me sinto confortável ao olhar minha mastectomia.*

Mulheres que não perderam o seio devem responder os seguintes itens.

- ___ 24. Eu estou satisfeita com a posição do meu mamilo.*
- ___ 25. Eu estou satisfeita com o tamanho do meu seio.*
- ___ 26. Eu me sinto à vontade quando outras pessoas vêem meus seios.*
- ___ 27. A aparência do meu seio poderia perturbar outras pessoas.*

AFIRMAÇÕES DE TIPO 2

RESPOSTAS

- 1- Nunca/ quase nunca
- 2- Raramente
- 3- Às vezes

4- Geralmente

5- Sempre/ quase sempre

- ___ 28. Eu sinto que as pessoas estão olhando para o meu busto.
- ___ 29. Eu evito intimidade física.
- ___ 30. Eu sinto que as pessoas estão olhando para mim.
- ___ 31. Eu escondo meu corpo quando troco de roupa.
- ___ 32. Eu me preocupo que o câncer esteja se espalhando.
- ___ 33. Eu preciso checar/conferir a aparência do meu busto.
- ___ 34. Eu penso sobre o câncer de mama.
- ___ 35. Estar cansada interfere na minha vida.
- ___ 36. Eu me sinto sexualmente atraente quando estou nua.
- ___ 37. Inchaço no meu braço é um problema pra mim.
- ___ 38. Eu me preocupo com meu corpo.
- ___ 39. Eu prefiro manter meu busto coberto durante intimidade sexual.
- ___ 40. Eu me sinto brava com meu corpo.
- ___ 41. Eu preciso checar/conferir sobre minha saúde.
- ___ 42. Eu posso participar de atividades normais.
- ___ 43. Eu tenho problemas para me concentrar.
- ___ 44. Meu corpo me impede de fazer coisas que eu quero fazer.
- ___ 45. Eu acho que meus seios parecem desiguais para os outros.
- ___ 46. Dor no braço é um problema pra mim.
- ___ 47. Eu me preocupo com pequenas dores.
- ___ 48. Eu me sinto normal.

___ 49. Eu sinto que as pessoas podem perceber que meus seios não são normais.

As seguintes perguntas dizem respeito ao seu seio ou ao lugar da mastectomia. Se você não tem uma/duas mama(s) (se você teve uma mastectomia sem reconstituição), por favor, responda a questão 50. Se você está com duas mamas (se teve uma lumpectomia, uma mastectomia com reconstituição da mama, ou tratamento não-cirúrgico para sua mama), por favor, pule a questão 50 e responda as questões 51 e 52.

Mulheres que perderam uma ou duas mamas devem responder o seguinte item:

___ 50. Eu me preocupo se a minha prótese ou enchimento vai escorregar.*

Mulheres que não perderam a mama devem responder os seguintes itens:

___ 51. Eu penso sobre meus seios.*

___ 52. Meu seio dói ao tocar.*

**Indicam itens opcionais específicos para subgrupos cirúrgicos, excluídos em comparações gerais.*

Obrigada pela colaboração!

ANEXO 4: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UFU



Universidade Federal de Uberlândia
 Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP
 Avenida João Naves de Ávila, nº. 2160 - Bloco J - Campus Santa Mônica - Uberlândia-MG -
 CEP 38400-089 - FONE/FAX (34) 3236-4131
 e-mail: cep@propp.ufu.br; www.comissoes.propp.ufu.br

ANÁLISE FINAL Nº. 245/09 DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA PARA O PROTOCOLO REGISTRO
 CEP/UFU 087/09

Projeto Pesquisa: Validação e análise estatística do questionário body image after breast cancer traduzido e adaptado para o português.

Pesquisador Responsável: Ederaldo José Lopes

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 198/98, o CEP manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

O protocolo não apresenta problemas de ética nas condutas de pesquisa com seres humanos, nos limites da redação e da metodologia apresentadas.

O CEP/UFU lembra que:

- a- segundo a Resolução 198/98, o pesquisador deverá arquivar por 5 anos o relatório da pesquisa e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, assinados pelo sujeito de pesquisa.
- b- poderá, por escolha aleatória, visitar o pesquisador para conferência do relatório e documentação pertinente ao projeto.
- c- a aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFU dá-se em decorrência do atendimento a Resolução 198/98/CNS, não implicando na qualidade científica do mesmo.

Data de entrega do relatório final: Dezembro de 2009..

SITUAÇÃO: PROTOCOLO DE PESQUISA APROVADO

O CEP/UFU LEMBRA QUE QUALQUER MUDANÇA NO PROTOCOLO DEVE SER INFORMADA IMEDIATAMENTE AO CEP PARA FINS DE ANÁLISE E APROVAÇÃO DA MESMA.

Uberlândia, 17 de junho de 2009.

Prof. Dra. Sandra Terezinha de Farias Furtado
 Coordenadora do CEP/UFU

Orientações ao pesquisador

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 - Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.c).
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.3.x), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa (Item V.3) que requeiram ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4). É papel de o pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA - junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res.251/97, Item III.2.e). O prazo para entrega de relatório é de 120 dias após o término da execução prevista no cronograma do projeto, conforme norma.

ANEXO 5 – Versão final validada**Instruções****Questionário da Imagem corporal depois do Câncer de Mama (QICCM)**

INSTRUÇÕES – POR FAVOR, LEIA ATENTAMENTE

As próximas páginas contêm afirmações sobre como as pessoas podem pensar, sentir ou se comportar depois de desenvolverem câncer de mama. Pedimos para você indicar como cada afirmação diz respeito a você ao longo do último mês. Não há resposta certa ou errada; apenas dê a resposta que é verdadeira para você durante o último mês.

Suas respostas são confidenciais, portanto não escreva seu nome em nenhuma das páginas. Utilizando as escalas com números correspondentes a cada resposta, indique suas respostas escrevendo-as à esquerda das afirmações.

É importante que você responda todos os itens. Por favor, seja muito honesta.

AFIRMAÇÕES DE TIPO 1

RESPOSTAS

- 1- Discordo totalmente
- 2- Discordo
- 3- Nem discordo nem concordo
- 4- Concordo
- 5- Concordo totalmente

- ___ 1. Eu tento esconder o meu corpo.
- ___ 2. Eu evito olhar para as cicatrizes da minha cirurgia de mama.
- ___ 3. Eu sinto que há uma bomba-relógio dentro de mim.
- ___ 4. Eu fico sonolenta durante o dia.
- ___ 5. Estou satisfeita com o meu nível de energia física.
- ___ 6. Eu sinto que o câncer pode voltar.
- ___ 7. Eu estou satisfeita com a forma do meu corpo.
- ___ 8. Eu me sinto menos feminina desde o câncer.
- ___ 9. Eu gosto do meu corpo.
- ___ 10. Eu me sinto bem com minha aparência quando me exercito.
- ___ 11. Eu sinto que meu corpo foi invadido quando penso no câncer.
- ___ 12. Eu me sinto satisfeita com a aparência do meu braço.
- ___ 13. Eu sinto que meu corpo tem me deixado insatisfeita.
- ___ 14. Gosto da minha aparência bem do jeito que ela é.
- ___ 15. Outras pessoas tiveram que assumir minhas responsabilidades.
- ___ 16. Eu estou com medo de tocar as cicatrizes da cirurgia da mama.
- ___ 17. Eu estou satisfeita com a aparência dos meus quadris.
- ___ 18. Eu evito contato físico próximo como abraçar.
- ___ 19. Eu sinto que algo está tomando o controle do meu corpo.
- ___ 20. Eu estou satisfeita com a forma das minhas nádegas.

*As seguintes questões dizem respeito aos seus sentimentos a respeito ao seu seio ou ao lugar da mastectomia. Se você não tem uma/duas mama(s) (se fez uma mastectomia sem reconstituição da mama), por favor, responda a pergunta 23. Se você está com duas mamas (se teve uma

lumpectomia, uma mastectomia com reconstituição da mama ou tratamento não-cirúrgico para sua mama), por favor, pule a questão 23 e responda as questões 24 a 27.

Mulheres que perderam um ou dois seios devem responder o seguinte item.

___ 21. Eu me sinto confortável ao olhar minha mastectomia.*

Mulheres que não perderam o seio devem responder os seguintes itens.

___ 22. Eu estou satisfeita com a posição do meu mamilo.*

___ 23. Eu estou satisfeita com o tamanho do meu seio.*

___ 24. Eu me sinto à vontade quando outras pessoas vêem meus seios.*

___ 25. A aparência do meu seio poderia perturbar outras pessoas.*

AFIRMAÇÕES DE TIPO 2

RESPOSTAS

- 1- Nunca/ quase nunca
- 2- Raramente
- 3- Às vezes
- 4- Geralmente
- 5- Sempre/ quase sempre

___ 26. Eu sinto que as pessoas estão olhando para o meu busto.

___ 27. Eu evito intimidade física.

___ 28. Eu sinto que as pessoas estão olhando para mim.

___ 29. Eu escondo meu corpo quando troco de roupa.

- ___ 30. Eu me preocupo que o câncer esteja se espalhando.
- ___ 31. Eu preciso checar/conferir a aparência do meu busto.
- ___ 32. Eu penso sobre o câncer de mama.
- ___ 33. Estar cansada interfere na minha vida.
- ___ 34. Inchaço no meu braço é um problema pra mim.
- ___ 35. Eu prefiro manter meu busto coberto durante intimidade sexual.
- ___ 36. Eu preciso checar/conferir sobre minha saúde.
- ___ 37. Eu posso participar de atividades normais.
- ___ 38. Eu tenho problemas para me concentrar.
- ___ 39. Meu corpo me impede de fazer coisas que eu quero fazer.
- ___ 40. Eu acho que meus seios parecem desiguais para os outros.
- ___ 41. Dor no braço é um problema pra mim.
- ___ 42. Eu me preocupo com pequenas dores.
- ___ 43. Eu me sinto normal.
- ___ 44. Eu sinto que as pessoas podem perceber que meus seios não são normais.

As seguintes perguntas dizem respeito ao seu seio ou ao lugar da mastectomia. Se você não tem uma/duas mama(s) (se você teve uma mastectomia sem reconstituição), por favor, responda a questão 50. Se você está com duas mamas (se teve uma lumpectomia, uma mastectomia com reconstituição da mama, ou tratamento não-cirúrgico para sua mama), por favor, pule a questão 50 e responda as questões 51 e 52.

Mulheres que perderam uma ou duas mamas devem responder o seguinte item:

- ___ 45. Eu me preocupo se a minha prótese ou enchimento vai escorregar.*

Mulheres que não perderam a mama devem responder os seguintes itens:

___ 46. Eu penso sobre meus seios.*

___ 47. Meu seio dói ao tocar.*

**Indicam itens opcionais específicos para subgrupos cirúrgicos, excluídos em comparações gerais.*

Obrigada pela colaboração!