



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E AMBIENTE
MESTRADO ACADÊMICO

IGOR MARCELO CASTRO E SILVA

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE
MULHERES PORTADORAS DE CÂNCER DE MAMA**

SÃO LUÍS-MA

2018

Igor Marcelo Castro e Silva

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA A SAÚDE DE
MULHERES PORTADORAS DE CÂNCER DE MAMA**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente, Universidade Federal do Maranhão, como requisito final para obtenção do título de Mestre em Saúde e Ambiente

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Eloisa da Graça do Rosário Gonçalves

SÃO LUÍS-MA

2018

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Marcelo Castro e Silva, Igor.

Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde de
mulheres portadoras de câncer de mama / Igor Marcelo
Castro e Silva. - 2018.

76 f.

Orientador(a): Eloisa da Graça do Rosário Gonçalves.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em
Saúde e Ambiente/ccbs, Universidade Federal do Maranhão,
São Luís, 2018.

1. Câncer de mama. 2. Qualidade de vida. 3.
Qualidade de vida relacionada à saúde. 4. Quimioterapia.
I. da Graça do Rosário Gonçalves, Eloisa. II. Título.

Igor Marcelo Castro e Silva

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA A SAÚDE DE
MULHERES PORTADORAS DE CÂNCER DE MAMA**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do
Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente,
Universidade Federal do Maranhão, como requisito final
para obtenção do título de Mestre em Saúde e Ambiente

Data da Aprovação: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Eloisa da Graça do Rosário Gonçalves (Orientadora)
Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. Fernando José Guedes da Silva Junior
Universidade Federal do Piauí

Profa. Dra. Andrea Marques da Silva Pires
Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. Antônio Rafael da Silva
Universidade Federal do Maranhão

Profa. Dra. Maria dos Remédios Freitas Carvalho Branco
Universidade Federal do Maranhão

A meus pais, Walter e Liene

A minha avó Isa e mãe Elisa (*in memoriam*)

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me ensinar que sou capaz de lutar, conquistar, vencer, cair, perder, enfim, viver com maestria;

A meus pais, que não descansam por seus filhos, sempre vigiando, orando, orientando na melhor conduta e caminho;

A minha avó Isa e mãe Elisa (*in memoriam*), que todos os dias, quando neste plano, ofertavam amor, carinho, fé;

A minhas irmãs, pela paciência, confiança, incentivos depositados em mim;

A minha afilhada Juliana, pelo constante encorajamento, afeto, suporte;

A meus sobrinhos e irmão, pela torcida constante;

A Andrea e Melina, pelo companheirismo, carinho, autenticidade e amizade;

A Dudu e Roberta, que não mediram esforços em me entender e compreender minhas ausências nessa fase;

A Walquíria, Amália e Elayne, pelo convívio diário, divisão de alegrias e angústias;

Aos meus colegas de classe, alocados no momento certo, na turma exata, no viver sensato;

A Lawerton, pelo apoio, atenção, divisão de planos e sonhos;

A Lucas Teobaldo, incansavelmente ao meu lado;

A Marcus Vinícius, que me concedeu a honra de sua convivência neste mestrado;

A Jandesson Coqueiro, por me aturar e sempre está nos momentos de alegria e desespero;

A minha orientadora, profa Eloísa, a quem passei a admirar mais e mais. Coesa, sensata, incentivadora, surpreendente;

Aos professores que desempenharam com dedicação as aulas ministradas;

A todas as mulheres que permitiram adentrar em seu contexto de vida, sua intimidade em um momento tão delicado;

A todos aqueles que se fizeram presente de uma maneira ou de outra e jamais deixaram de acreditar no meu caminhar.

"Quem não compreende
um olhar, tampouco
compreenderá uma longa
explicação."

Mário Quintana

RESUMO

Introdução: O câncer de mama é uma das doenças mais temidas entre as mulheres no mundo, possuindo um expressivo impacto social, principalmente, quanto ao que o diagnóstico e terapêutica acarretam na qualidade de vida.

Objetivo: Avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico em uma unidade de referência oncológica no município de São Luís, Maranhão. **Materiais e métodos:** Estudo transversal. Foram avaliadas 57 mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico, sendo coletados dados de prontuários e realizada entrevista no momento do ato infusional. Realizou-se aplicação dos instrumentos de qualidade de vida, *European Organization for Research and Treatment of Cancer Breast Cancer-Specific Quality of Life Questionnaire* (EORTC QLQ C30 e BR-23). Os dados foram analisados estatisticamente pelo *software* Statistica 7.0, teste ANOVA *one-way*, teste de Shapiro-Wilk e análise de Levene, com nível de significância de 0,05. **Resultados:** A média de idade das mulheres foi de 52,54 anos ($\pm 10,371$), casadas, provenientes da capital, donas de casa, brancas, residentes em casa própria, com escolaridade condizente com o ensino médio, católicas, sedentárias, realizaram intervenção cirúrgica radical, em uso de antraciclinas associadas a ciclofosfamida. As funções física e cognitiva detiveram os maiores escores no QLQ C30. A função e satisfação sexual tiveram os maiores escores no QLQ C23. A qualidade de vida geral (QVG) foi considerada razoável a satisfatória. Observou-se relação estatisticamente significativa entre as médias de QVG e o estadiamento. Os valores da QVG aumentaram proporcionalmente aos escores das funções emocional e social, assim como dados da QVG são inversamente proporcionais aos valores de constipação, perda de apetite, náusea e vômito, dor. Menores valores de QVG e perspectivas futuras relacionaram-se com maiores valores de sintomas relacionados à mama, sintomas relacionados ao braço e aos efeitos colaterais. **Conclusão:** A qualidade de vida como indicador de saúde proporciona ao profissional de saúde a ciência da real situação da paciente, podendo gerir a readaptação físico-social da mulher com câncer de mama

Palavras chave: Câncer de mama; Qualidade de vida; Qualidade de vida relacionada à saúde; Quimioterapia

ABSTRACT

Introduction: Breast cancer is one of the most feared diseases among women, having a significant social impact, especially, as to what the diagnosis and treatment entail in the quality of life of these patients. Goal: to evaluate quality of life related to the health of women with breast cancer undergoing chemotherapy at a unit of reference in cancer in the municipality of São Luís, capital of the State of Maranhão. **Methodology:** Descriptive, cross-sectional research. Case series: It was evaluated 57 women with breast cancer under chemotherapy treatment. It was collected clinical data and performed the interview at the time of infusion. The interview comprised of the application of the quality of life instruments, *European Organization for Research and Treatment of Breast Cancer-Specific Quality of Life Questionnaire* (EORTC QLQ C30 and BR-23). The data were statistically analyzed by the software Statistica 7.0, applying the ANOVA one-way test, Shapiro-Wilk test and Levene's test, with a significance level of 0.05. **Results:** the average age of the women is 52.54 ($\pm 10,371$), married, from the capital, housewives, white, own their houses, have been to high school, catholic, sedentary, have undergone radical surgical intervention, use anthracycline associated to cyclophosphamide. Physical function and cognitive function detained the higher scores in the EORTC QLQ C30. Sexual function and satisfaction had the greatest scores in the EORTC QLQ C23. The overall Quality of Life (QOL) was considered to be reasonable satisfactory. We observed a statistically significant relationship between the averages of QOL and staging. The values of QOL increase proportionally to the emotional and social functions scores. On the other hand, QOL data are inversely proportional to the values of constipation, loss of appetite, nausea and vomiting, and pain. It was evidenced that the lower QOL values and future prospects, the greater the values of breast-related symptoms, arm-related symptoms, and side effects. **Conclusion:** The quality of life as an indicator of health provides the health care professional the awareness of the real situation of the patient, who can then manage the physical and social readaptation of the woman with breast cancer.

Key-words: Breast cancer; Quality of life; Quality of life related to health; Chemotherapy

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-Characterização sociodemográfica de mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico, São Luís, Maranhão, Brasil, 2016	36
Tabela 2-Characterização clínica de mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico, São Luís, Maranhão, Brasil, 2016	37
Tabela 3-Valores médios, mínimo e máximo dos escores obtidos para os domínios de Medida Global de Saúde, Escalas funcionais, Escalas de Sintomas do questionário C30 e itens BR23	38
Tabela 4-Médias dos escores da Medida de Saúde Global (QVG) para as variáveis clínicas de mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico, São Luís, Maranhão, Brasil, 2016	39

LISTA DE FIGURAS

Figura 1-Análise de Componentes Principais (PCA) entre os valores de QVG e as medidas das Escalas funcionais	40
Figura 2- Análise de Componentes Principais (PCA) entre os valores de QVG e as medidas das Escalas de sintomas	41
Figura 3-Análise de Componentes Principais (PCA) entre os valores de QVG e as medidas dos itens BR-23	42

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Estadiamento TNM do câncer de mama	21
Quadro 2- Estadio do câncer de mama.....	21
Quadro 3- Principais protocolos quimioterápicos utilizados no tratamento para o câncer de mama.....	25
Quadro 4 - Perguntas do EORTC QLQ-C30 e B23 com questões correspondentes, número de itens, variação de cada item e escore	34

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVO GERAL	15
2.1 Objetivos específicos	15
3 REVISÃO DE LITERATURA	16
3.1 Câncer de mama: abordagem inicial	16
3.1.1 Epidemiologia.....	17
3.1.2 Fatores de risco.....	18
3.1.3 Estadiamento clínico-patológico.....	20
3.1.4 Diagnóstico	22
3.1.5 Tratamento.....	23
3.2 Qualidade de vida e câncer de mama	25
4 MATERIAIS E MÉTODOS	31
4.1 Desenho de estudo	31
4.2 Local de estudo	31
4.3 População alvo	31
4.4 Critérios de inclusão	32
4.5 Critérios de exclusão	32
4.6 Período de estudo- Coleta de dados	32
4.7 Coleta de dados- Procedimentos	32
4.8 Coleta de Dados- Instrumentos	32
4.9 Cálculo dos escores dos questionários	33
4.10 Cálculo da amostra e análise estatística	35
4.11 Aspectos éticos	35
5 RESULTADOS	36
6 DISCUSSÃO	43
7 CONCLUSÃO	51
REFERÊNCIAS	52
APÊNDICES	63
ANEXOS	68

1 INTRODUÇÃO

No decorrer da história, constatou-se que, no século XIX e XX, ocorreram inúmeras e expressivas inovações tecnológicas e científicas que modificaram a civilização ocidental, gerando mudanças ímpares nas condições de vida das populações (COSTA, 2010).

Grande parte da transição a uma melhora na qualidade de vida, deveu-se, principalmente, aos desenvolvimentos das ciências da saúde. A Revolução Pausteriana, demonstrando a existência de microorganismos causadores de doença e a possibilidade de vacinas e soros, o nascimento da epidemiologia, baseada no estudo do cólera em Londres, realizado pelo médico inglês John Snow, a elucidação da estrutura do ácido desoxirribonucleico (DNA), entre outras descobertas e invenções, contribuíram para o aumento da expectativa de vida e, com esta, o aumento da prevalência das doenças crônicas(WATSON & CRICK, 2003; SCLiar, 2007).

Acerca das doenças crônicas, na atualidade, o câncer encontra-se com uma elevada incidência e mortalidade a nível nacional e mundial. Configura-se como a segunda causa de morte por doença na maioria dos países desenvolvidos e em desenvolvimento, sendo mais frequentes, os casos de câncer de pulmão, cólon e mama feminina (NOBRE, 2016).

O câncer de mama acomete com maior frequência tanto mulheres do mundo ocidental, quanto oriental. Comprometendo grupos etários economicamente ativos e mulheres em idade fértil, constitui-se fato de relevância na saúde pública. Paralelamente, observa-se que o diagnóstico precoce em ascensão, resultante da associação das campanhas de prevenção e tecnologia de ponta utilizadas no contexto do câncer, assim como, das terapêuticas com maior especificidade, permitiu a essas mulheres, o aumento da sobrevida global e livre de doença (GARCIA, 2014).

O câncer de mama, estando em tratamento ou não, em sua essência, denota considerável ameaça, carregando consigo o preconceito, a discriminação e a solidão (PAIVA, 2006). Assim, o aumento da expectativa de vida das mulheres com câncer de mama não garante permanência de boa qualidade de vida. Com todos os avanços inerentes ao tratamento antineoplásico, este,

contudo, provoca toxicidade, excitando a exaustão aguda e crônica em função da citotoxicidade dos seus agentes. Aliado ao contexto, pode originar diminuição nas capacidades fisiológicas, cognitivas e sociais, contribuindo para uma piora da qualidade de vida e sobrevida da paciente.

A escolha em desenvolver este tema, então, surgiu, a partir da prática clínica diária, após detectar a persistência de algumas pacientes e a desistência de outras no continuar do tratamento quimioterápico. Suscitou-se saber como esses grupos seguiam o seu cotidiano no aspecto holístico da medicina.

Nesse caminhar, enfatiza-se um progressivo interesse científico em estudar e compreender as condições de vida na prática oncológica, pois é sabido que as medidas de qualidade de vida podem guiar estratégias de combate de fatores que potencializam o desconforto e o sofrimento, com o fito de diminuí-los ou enfrentá-los. Não é possível imaginar o aumento da sobrevida de uma mulher com neoplasia da mama sem que a mesma tenha qualidade de vida no pré, intra e pós tratamento (SAWADA et al., 2009; SALES et al., 2011; MAJEWSKI et al., 2012).

Compreender os domínios da avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde do paciente oncológico, proporciona o desenrolar de intervenções que auxiliam a mulher com câncer de mama a definir sobre o continuar ou não de seu tratamento.

É imprescindível haver estudos específicos com determinados grupos. Afinal, tão importante quanto o tratamento é ser expectador atento dos efeitos que esse produz nas pacientes.

2 OBJETIVO GERAL

Avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico em uma unidade de referência oncológica no município de São Luís, estado do Maranhão

2.1 Objetivos específicos

Caracterizar os aspectos clínicos e sociodemográficos de mulheres com câncer de mama em tratamento oncológico;

Reconhecer os domínios afetados na qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres com câncer de mama.

Verificar variáveis sociodemográficas e clínicas com a qualidade de vida em mulheres com câncer de mama em vigência de quimioterapia;

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Câncer de mama: abordagem inicial

O câncer decorre de uma ou diversas mutações genéticas. Caracteriza-se por ser uma doença cujo desenvolvimento celular perde sua capacidade normal de crescimento, multiplicando-se e proliferando de maneira desordenada local ou à distância, podendo conduzir à morte (NCCN, 2010; AMERICAN CANCER SOCIETY, 2016).

O câncer representa a doença de maior crescimento na sociedade industrializada. Dentre essa amplitude oncológica, o câncer de mama é uma das doenças mais receadas entre as mulheres, sobretudo, no grupo etário após os 35 anos, onde sua incidência cresce de maneira progressiva e devastadora (NICOLUSSI, 2011).

O câncer de mama é uma condição multifatorial, associada a causas genéticas, hormonais, reprodução, histórico familiar, idade, raça, hábitos de vida, infecções e exposição a agentes carcinogênicos externos (TOLENTINO, 2016).

A maior incidência do câncer de mama associa-se a países desenvolvidos e em desenvolvimento, mas não aos de extrema pobreza. No Brasil, para o biênio 2016-2017, a estimativa foi 57.960 novos casos de câncer de mama, com risco estimado de 56,20 casos a cada 100 mil mulheres (INCA, 2015).

Considerado uma das formas de câncer de melhor prognóstico, o câncer de mama, quando do diagnóstico precoce e tratado adequadamente e em tempo hábil, possui, ainda assim, taxa de mortalidade elevada no Brasil, cerca de 14 óbitos a cada 100 mil mulheres em 2013 (TOLENTINO, 2016).

O câncer de mama, em si, é algo estigmatizante, cercada de medos e mitos. Neste entendimento, o diagnóstico e tratamento do câncer de mama são fatores estressantes para a mulher. Reconhecer e gerir o enfrentamento são essenciais na adaptação a doença e ajustamento emocional (TEIXEIRA; PIRES, 2009; MEZZOMO; ABAID, 2012; BRANDÃO; MENA MATOS, 2015).

3.1.1 Epidemiologia

O câncer, há algumas décadas, vem atingindo milhões de pessoas em todo o mundo, não havendo distinção entre os sujeitos, abrangendo tanto países desenvolvidos quanto em desenvolvimento, gerando impacto na vida dos doentes e de todos os que o cercam, desde a primeira notícia do diagnóstico, até a escolha e prosseguimento da terapêutica.

A magnitude do câncer é comumente descrita por meio de análise combinada de dados de incidência, prevalência e mortalidade, uma vez que há diferenças estabelecidas entre os tipos de câncer em decorrência da letalidade e da sobrevida. Nota-se, expressivamente, que a relação entre a incidência e mortalidade para o câncer vem alterando nos últimos anos, provavelmente pelo avanço dos métodos propedêuticos e terapêuticos (BUSTAMANTE-TEIXEIRA; GUERRA, 2013).

Conforme o Instituto Nacional de Câncer (2015), o câncer é, sem dúvidas, um problema de saúde pública, principalmente, entre os países em desenvolvimento, onde é esperado que o impacto do câncer na população corresponda a 80% dos mais de 20 milhões de casos novos estimados para 2025.

O projeto Globocan/larc, em 2012, apontou que os tipos de câncer mais incidentes no mundo foram pulmão (1,8 milhão), mama (1,7 milhão), intestino (1,4 milhão) e próstata (1,1 milhão). Nos homens, os mais frequentes foram pulmão (16,7%), próstata (15,0%), intestino (10,0%), estômago (8,5%) e fígado (7,5%). Em mulheres, as maiores frequências encontradas foram mama (25,2%), intestino (9,2%), pulmão (8,7%), colo do útero (7,9%) e estômago (4,8%) (TORRE et al, 2015).

O perfil epidemiológico observado coincide com o da América Latina e do Caribe, para o biênio 2016-2017, onde os cânceres de mama (58 mil) em mulheres foram os mais esperados. Subtraindo os casos de câncer de pele não melanoma, os tipos estimados com maior frequência, em homens, foram próstata (28,6%), pulmão (8,1%), intestino (7,8%), estômago (6,0%) e cavidade oral (5,2%). Nas mulheres, os cânceres de mama (28,1%), intestino (8,6%), colo

do útero (7,9%), pulmão (5,3%) e estômago (3,7%) firmaram-se entre os principais (INCA, 2015).

Nacionalmente, o INCA (2015), para o biênio 2016-2017, estimou a ocorrência de cerca de 600 mil casos novos de câncer na população brasileira. Com exceção do câncer de pele não melanoma (180 mil casos novos, aproximadamente), estimou-se por volta 420 mil casos novos de câncer, esperando-se 57.960 casos novos de câncer de mama, sendo 11.960 para a região nordeste. Em se tratando do estado do Maranhão e sua capital, São Luís, estimou-se 650 e 240 casos novos.

As neoplasias malignas representam a segunda causa de óbito no Brasil, sendo superadas, apenas, pelas doenças cardiovasculares. Entre as regiões do país, as entidades nosológicas supra citadas são a segunda causa de óbitos na região sudeste e sul, terceira causa, no nordeste e centro-oeste e a quarta na região norte (BUSTAMANTE-TEIXEIRA; GUERRA, 2013).

O câncer de mama comporta-se, mundialmente, como o segundo em morbidade e mortalidade em mulheres. No Brasil, as taxas de mortalidade por câncer de mama mantém-se elevadas e em ascensão, chegando, no ano de 2016, a 15.593 mortes, fato este, possivelmente, ligado ao diagnóstico tardio e em estágios avançados (SCHEIBLER et al, 2016).

3.1.2 Fatores de risco

O câncer de mama é uma condição multifatorial, complexa e heterogênea, na qual a recidiva e progressão são causas da maioria das morbidades pela doença (DEVITA, 2011; SILVA et al, 2013). A heterogeneidade se aplica tanto à história natural do câncer quanto à manifestação de sintomas e fatores causais.

O risco do câncer de mama em uma população é diretamente proporcional à dependência das características biológicas e comportamentais dos seres que a compõem, assim como das condições ambientais, sociais, políticas e econômicas que os cercam (WHO, 1992).

Dentre os principais fatores de risco elencados, atualmente, para a ocorrência do câncer de mama, observa-se que estão ligados diretamente a

idade, aspectos endócrinos e genéticos. Destacam-se: idade avançada, nuliparidade, menarca precoce (até os 11 anos de idade), menopausa tardia (acima de 55 anos), primeira gestação após os 28 anos, uso de contraceptivos por período acima de cinco anos, terapia de reposição hormonal, história familiar e pessoal positivas, hábitos de vida e influências ambientais (SILVA; RIUL, 2011).

A idade mantém-se como um dos mais notáveis fatores de risco. As taxas de incidência aumentam significativamente até os 50 anos e, posteriormente, esse aumento ocorre de forma vagarosa. Determinada mudança no comportamento da taxa é conhecida na literatura como *Clemmesen's hook* e tem sido atribuída ao início da menopausa (SILVA et al, 2013). A exposição prolongada ao estrogênio associa-se ao maior risco de câncer de mama, enquanto o inverso, não, constituindo em fator de proteção.

Em se tratando de história familiar e pessoal infere-se: um ou mais parentes de primeiro grau com câncer de mama antes dos 50 anos, um ou mais parentes de primeiro grau com câncer de mama bilateral ou câncer ovariano em qualquer idade, parente com câncer de mama masculina, câncer de mama ou doença mamária benigna prévios (SILVA; RIUL, 2011).

Os hábitos de vida com maior probabilidade de fomentar o desenvolvimento do câncer de mama são a obesidade, uso regular de álcool acima de 60 gramas por dia, tabagismo. No fator ambiental, tem-se a exposição prévia às radiações ionizantes, sendo diretamente proporcional à dosagem da radiação e inversamente proporcional à idade da mulher na época da exposição (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Enfatiza-se, no tocante aos fatores ambientais, que a exposição ao cádmio pode estar associada ao câncer de mama feminino, como demonstra McElroy et al (2006), quando comprovaram, após estudo em mulheres não expostas ocupacionalmente ao cádmio, que as mulheres no quartil mais elevado do cádmio urinário tinham o dobro de risco de câncer de mama em relação aquelas no quartil mais baixo, após ajuste para os fatores de risco. O cádmio pode levar, diretamente, à transformação celular de células da mama em um fenótipo de câncer.

A maioria dos cânceres de mama é decorrente de mutações adquiridas, uma vez que a proporção de câncer de mama herdados na

população é pequena. Desta feita, a indução do câncer de mama, em sua grande maioria, resulta de interações entre fatores do hospedeiro, inserindo-se genética e carcinógenos ambientais (BARRETT, 2010).

3.1.3 Estadiamento clínico-patológico

O estadiamento do câncer de mama possui papel essencial em todas as fases do tratamento, assim como, o real prognóstico evolutivo da doença. O processo de estadiamento engloba conceitos que integram a visão objetiva e coesa da paciente, dos dados clínicos e patológicos obtidos. Estratificar as pacientes por estágio vislumbra ao profissional de saúde organizá-los conforme o prognóstico, de acordo com os dados estabelecidos por estudos observacionais e ensaios clínicos realizados (SILVA et al, 2013).

Atualmente, o câncer de mama é estadiado baseado no Sistema TNM, recomendado pelo *American Joint Committee on Cancer and International Union for Cancer Control* (AJCC- UICC). O sistema TNM classifica os tumores segundo os atributos histológicos que influenciam diretamente no prognóstico: tamanho do tumor (T), presença e extensão do acometimento linfonodal locorregional (N) e presença ou ausência de metástases (M) (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2017).

A determinação do tamanho do tumor, da invasão linfática e metastização presente ou ausente, estabelece o estadio atual da doença, como explicitado nos quadros 01 e 02.

Quadro 01- Estadiamento TNM do câncer de mama

Tumor primário (T)	
Tis	Carcinoma intraductal, carcinoma lobular <i>in situ</i>
T1	Tumor menor ou igual a 2cm em sua maior dimensão
T1a	Tumor até 0,5cm
T1b	Tumor de 0,6cm a 1cm
T1c	Tumor de 1,1 a 2cm
T2	Tumor de 2,1 a 5cm
T3	Tumor acima de 5cm
T4	Tumor de qualquer diâmetro com invasão direta da pele ou caixa torácica
T4a	Extensão a parede torácica
T4b	Edema (incluindo <i>peau d'orange</i>) ou ulceração de pele da mama ou nódulos cutâneos satélites restritos à própria mama.
T4c	Associação de T4a e T4b
T4d	Carcinoma inflamatório
Linfonodo (N)	
Nx	Os linfonodos não podem ser avaliados (remoção cirúrgica prévia)
N0	Ausência de metástases para linfonodos
N1	Acometimento de linfonodos axilares ipsilaterais móveis
N2	Acometimento de linfonodos axilares ipsilaterais fixos
N3	Acometimento de linfonodos de cadeia mamária interna ipsilateral
Metástase(M)	
M0	Sem metástase
M1	Metástase à distância

Fonte: Adaptado do AJCC Cancer Staging Manual. 7th ed. New York, NY: Springer, 2010

Quadro 02- Estadio do câncer de mama

Estadio	T	N	M
0	Tis	N0	M0
I	T1	N0	M0
IIA	T0	N1	M0
	T1	N1	M0
	T2	N0	M0
IIB	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
IIIA	T0	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N1-2	M0
IIIB	T4	N1-3	M0
	T1-4	N3	M0
IV	T1-4	N1-3	M1

Fonte: Adaptado do AJCC Cancer Staging Manual. 7th ed. New York, NY: Springer, 2010

A revisão periódica do estadiamento é de suma importância para verificar a eficácia dos programas de detecção precoce, terapêutica e mortalidade, além de ser um preditor de sobrevida do paciente (BARBOSA, 2014).

3.1.4 Diagnóstico

O diagnóstico do câncer de mama engloba a história e o exame físico, mamografia digital bilateral, ultrassonografia e exames laboratoriais.

Na grande maioria dos casos, os sintomas do câncer de mama são descobertos pela paciente, através do autoexame. Dentre as manifestações clínicas mais frequentes, enumera-se a presença de nódulo mamário, espessamento de pele, descarga papilar atípica e dor (COSTA, 2010).

O nódulo palpável, geralmente, é identificado pela paciente acometida pelo câncer, fato este que a faz ir em busca de auxílio de profissional de saúde para elucidação diagnóstica. Paralelamente, pode ocorrer um espessamento em área adjacente ao nódulo, o que constitui alteração de consistência, isto é, uma área mais endurecida (CANELLA, 2013).

A descarga papilar fora do período gravídico puerperal, por sua vez, deve ser analisada de maneira criteriosa, nas seguintes nuances: espontaneidade, expressão uni ou bilateral e coloração. Caso tenha as características de ser espontânea, unilateral, de ducto único e sanguinolenta, há fortes indícios de malignidade (CANELLA, 2013).

A mamografia diagnóstica é aquela realizada em mulheres com sinais ou sintomas do câncer de mama. Detém sensibilidade de 88 a 93,1% e especificidade de 85 a 94,2%. A mamografia para rastreamento está indicada para mulheres assintomáticas do ponto de vista do câncer de mama, em idade acima dos 40 anos, anualmente, segundo a Sociedade Brasileira de Mastologia e Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica, o que contraria o que preconiza o Ministério da Saúde, que recomenda mamografia em mulheres acima de 50 anos, bianualmente (LUNA et al, 2013).

A ultrassonografia mamária possui papel essencial no diagnóstico diferencial das lesões, contribuindo na caracterização dessas e em procedimentos intervencionistas (BARROS; OLIVEIRA, 2013)

3.1.5 Tratamento

Expressivas melhorias na abordagem do câncer de mama aconteceram nas últimas décadas, principalmente, no quesito das cirurgias, assim como a individualização do tratamento. Este varia, então, mediante o estadiamento da doença, suas características biológicas, condições clínicas da paciente, como idade, “status” menopausal, comorbidades e preferências (SLEDGE, 2014)

O prognóstico do câncer de mama está intimamente ligado ao estadiamento da doença, assim como as características do tumor. O tratamento potencialmente curativo está diretamente relacionado à precocidade do diagnóstico. Quando da existência de metástases, o objetivo da terapêutica é prolongar a sobrevida e melhorar a qualidade de vida (MORAN, 2014; SLEDGE, 2014)

As modalidades de tratamento do câncer de mama podem ser divididas em: local (realização de cirurgia e radioterapia) e sistêmico (realização de quimioterapia, hormonioterapia e terapia biológica), sempre de maneira individualizada (MORAN, 2014).

O tratamento cirúrgico do câncer de mama tem o objetivo de assegurar a otimização do controle locorregional, de informações prognósticas, de seguimento terapêutico e mínima amputação. Nesta linha de orientação, há diversas opções, com todas indicações individualizadas, tendo em vista o estadiamento clínico, planejamento oncoplástico, fatores prognósticos, idade, condições clínicas, opinião do paciente, tratamento neoadjuvante (BARROS; OLIVEIRA, 2013).

Classificam-se as cirurgias para o câncer de mama em dois tipos: cirurgias ablativas de todo o corpo glandular mamário e as com retirada parcial do órgão, com a alcinha de cirurgias conservadoras da mama.

A mastectomia radical, classicamente, foi descrita por Halsted (1984) há mais de um século, incluindo a retirada total da mama, dos dois músculos peitorais e de todos os linfonodos axilares. A sua indicação permanece correta dentro dos parâmetros oncológicos, contudo, é rara em dias atuais.

As formas de mastectomia radical modificadas de Patey (preserva músculo peitoral maior) e as de Madden-Auchincloss (preserva os dois músculos peitorais, maior e menor) são as técnicas radicais mais empregadas na atualidade para pacientes com tumores localmente avançados, com medição entre três e quatro centímetros, após quimioterapia neoadjuvante (BARROS; OLIVEIRA, 2013).

A ressecção segmentar da mama visa a remoção da área tumoral com margens cirúrgicas planejadas de dois centímetros para cada lado. Tal procedimento cirúrgico é seguido de dissecação linfonodal completa e radioterapia, possuindo os mesmos resultados oncológicos, se comparada a mastectomia, restringindo-se ao estadiamento inicial II ou III após quimioterapia neoadjuvante (VERONESI et al, 1981; BARROS, TEIXEIRA et al., 2002).

Em se tratando da radioterapia, explicita-se que a mesma, ao ser indicada pós mastectomia ou cirurgia conservadora, tem o objetivo de erradicação da doença subclínica na parede torácica e nos linfáticos regionais das pacientes. As indicações clássicas da radioterapia pós mastectomia estão relacionadas ao tamanho do tumor (maior do que cinco centímetros ou que invadam a pele ou músculo), presença de mais de três linfonodos positivos ou linfonodos com extravasamento extracapsular (RECHT et al., 2001).

Dentre as modalidades terapêuticas, a quimioterapia é conceituada como o tratamento que utiliza agentes químicos aptos a interferir na capacidade morfofuncional celular. Atuando de forma específica ou não em uma determinada fase do ciclo celular, esses são usados, geralmente, alternados com intervalos entre as doses, que são administradas conforme cálculo baseado na superfície corporal dos pacientes (BRASIL, 2008; BONASSA, 2012; ELIAS, 2014).

A administração da quimioterapia pode ocorrer de forma neoadjuvante, adjuvante e paliativa. A quimioterapia adjuvante é definida pelo uso do quimioterápico posteriormente ao principal tratamento, contribuindo para a diminuição do risco de metástases. A quimioterapia neoadjuvante é indicada antes do tratamento principal, sendo rotineiramente utilizada para a diminuição do volume tumoral, testando *in vivo* a efetividade do quimioterápico. Em relação

a quimioterapia paliativa, objetiva-se o controle de sintomas da doença metastatizada (BRASIL, 2008; ELIAS, 2014).

Em se tratando dos esquemas de quimioterapia comumente utilizados no tratamento do câncer de mama, tem-se como mencionado no quadro 3.

Quadro 3- Principais protocolos quimioterápicos utilizados no tratamento para o câncer de mama

Regime	Drogas/Doses	Potencial Emetogênico	Fonte
AC-T	Doxorrubicina: 60 mg/m ² Ciclofosfamida: 600 mg/m ² Docetaxel: 100 mg/m ²	Alto	BEAR et al, 2003
T-EC	Paclitaxel: 175 mg/m ² Epirrubicina: 90 mg/m ² . Ciclofosfamida: 600 mg/m ²	Alto	EARL et al, 2009
FEC	Fluoruracila: 500 mg/m ² Epirrubicina: 100 mg/m ² Ciclofosfamida: 500 mg/m ² .	Alto	BONNETERRE et al, 2005
CMF	Fluoruracila: 600 mg/m ² Metotrexato: 40 mg/m ² Ciclofosfamida: 100 mg/m ²	Moderado	TANCINI et al, 1983;
ACTH	Doxorrubicina: 60 mg/m ² Ciclofosfamida: 600 mg/m ² Paclitaxel : 175 mg/m ²	Alto	ROMOND et al, 2005
Capecitabina	Capecitabina 2000mg/m ²	Alto	BLUM et al, 1999
Trastuzumabe e Paclitaxel	Trastuzumabe: 4 mg/kg dose de ataque; então 6 mg/kg Paclitaxel: 90 mg/m ²	Baixo	JOHN et al, 2012
Trastuzumabe	Trastuzumabe: 4 mg/kg dose de ataque; então 6 mg/kg	Mínimo	BASELGA et al,2005
Docetaxel + Trastuzumabe + Pertuzumabe	Trastuzumabe: 8 mg/kg IV dose de ataque no D1 e dose de manutenção de 6 mg/kg IV . Pertuzumabe: 840 mg dose de ataque no D1 e dose de manutenção de 420 mg Docetaxel: 75 - 100 mg/m ² IV no D1.	Baixo	GIANNI et al,2012

Fonte: Elaborado pelo autor

3.2 Qualidade de vida e câncer de mama

A noção da qualidade de vida é tão antiga quanto à civilização e sugere a sua correspondência com a concepção aristotélica de *eudaimonia*, interpretada como vida boa, algo próximo do sentir-se pleno e realizado, o bem maior e supremo. Esse conceito incluía também, a noção de viver bem (*euzoia*) e de fazer o bem (*eupraxia*). Para Aristóteles, a felicidade poderia ser alcançada com a prática das virtudes e levaria à vida boa (KIMURA; FERREIRA, 2004, p. 60).

O termo denominado qualidade de vida, atualmente, analisando o citado por Kimura e Ferreira (2004), é uma nova maneira de expressar uma idéia longínqua e que pertence ao mesmo universo semântico e ideológico de conceitos como: vida boa, bem estar e felicidade (BENEVIDES, 2011).

“ Quanto mais aprimorada a democracia, mais ampla é a noção de qualidade de vida, o grau de bem-estar da sociedade e de igual acesso a bens materiais e culturais” (MATOS, 1998. p.3).

Definir, então, qualidade de vida e estabelecer sua avaliação não é tarefa simplória, visto a heterogeneidade das variáveis envolvidas, uma vez que o conceito está imerso em múltiplas concepções e varia conforme determinantes históricos e culturais, com mudanças dos estados emocionais, cotidianos, ecológicos e, sobretudo, de indivíduo para indivíduo (MAKLUF, DIAS, BARRA, 2006; BARBOSA, 2014).

Na década de 90, a Organização Mundial da Saúde (OMS) conceituou a qualidade de vida como “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHO, 1997).

A partir desse conceito, os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença passaram a ser vistos como multifatoriais, originando o interesse pela qualidade de vida como uma concepção global de avaliação da saúde. Mediante essa mudança de padrão, a otimização da qualidade de vida passou a ser um dos resultados esperados das práticas assistenciais e das políticas públicas voltadas para a promoção da saúde e prevenção de doenças (SEIDL; ZANNON, 2004; BARBOSA, 2014).

Minayo et al (2000) propõem, também, que a

qualidade de vida, em seu amplo aspecto, é uma noção intermitente humana que envolve o grau de satisfação na vida familiar, amorosa, social e ambiental, e à própria estética existencial. É reflexo dos conhecimentos, experiências e valores individuais e coletivos, que variam em espaços, épocas e história diferentes, e por isso, é marcada pela relatividade cultural. Assim, qualidade de vida diz respeito ao padrão que a própria sociedade define e se mobiliza para conquistar, consciente ou inconscientemente, e ao conjunto das políticas públicas e sociais que induzem e norteiam o desenvolvimento humano, as mudanças positivas no modo, nas condições e estilos de vida.

A compreensão da importância da qualidade de vida vem avançando conforme a observação da longevidade humana, onde existe maior exposição a

doenças e males. Nesta perspectiva, surge o conceito de qualidade de vida relacionada à saúde.

A qualidade de vida relacionada com a saúde representa, então, as respostas individuais aos efeitos da doença, englobando a dimensão física, psicológica, social e espiritual, assim como a avaliação da eficácia dos serviços de saúde (AGUIAR, 2010).

A qualidade de vida relacionada à saúde “refere-se ao impacto da enfermidade ou do agravamento ou das intervenções terapêuticas na percepção individual, neste contexto de qualidade de vida. Isto é, percepção da mudança do estado de saúde pelo indivíduo e o impacto, dessa mudança, na sua qualidade de vida” (WHOQOL, 1997).

A versão inglesa do conceito de “*health related quality of life*”, citado por Gianchello (1996), é semelhante ao conceito brasileiro, referindo-se ao valor atribuído à duração da vida quando modificada pela percepção de limitações físicas, psicológicas, funções sociais e oportunidades influenciadas pela doença, tratamento e outros agravos, tornando-se o principal indicador para a pesquisa avaliativa sobre o resultado de intervenções.

A avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde consiste, *a priori*, em um importante indicador de saúde por ser sensível e, por vezes, específico, no vaticínio da mortalidade, da sobrevivência, da melhora da função e na determinação da efetividade do tratamento de doenças crônicas (WEDDING et al, 2007).

Na oncologia, a qualidade de vida engloba a percepção subjetiva do ser doente no que diz respeito à sua incapacidade e à satisfação com seu nível atual de organização funcional, fazendo com que se considere bem ou não, comparativamente ao que percebe como possível ou ideal. Determinado feito leva à crença que a doença impõe fatores fisiológicos, pessoais, sociais, interferindo na perspectiva do doente em relação ao seu tratamento e cura (LIMA; BORGES, 2009; BENEVIDES, 2011).

O diagnóstico de câncer de mama, por sua vez, é vivenciado como um momento de angústia, sofrimento e ansiedade. Durante o tratamento, a mulher vivencia perdas, sejam físicas, financeiras e sintomas adversos, como,

depressão, diminuição da autoestima, gerando adaptações às mudanças físicas, psicológicas, sociais, familiares e emocionais ocasionadas pela doença (VENÂNCIO, 2004; LOTTI et al, 2008).

Levando em voga a alta incidência e a desestruturação que o diagnóstico e a terapêutica do câncer de mama estabelecem na vida da mulher, maior relevância tem sido dada às pesquisas de medidas de qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres com câncer de mama nas últimas décadas.

Corroborando a importância da avaliação da qualidade de vida relacionada a saúde no contexto da indicação da continuidade do tratamento, Conde et al. (2006) explicitam que a qualidade de vida é um importante parâmetro a ser considerado, auxiliando médicos e pacientes a decidir com relação à terapia mais adequada.

No câncer de mama, tem-se, assim que a repercussão psicológica do diagnóstico se estabelece com parâmetros extremos, afinal, reflete mudanças no estilo de vida, condições sociais, econômicas, físicas e sexuais. O entendimento, então, dos significados que representem a vivência das mulheres com câncer de mama, é abstruso, comparando-se a um luto. Maluf (2005) relata que o luto se dá pela possibilidade dessa mulher entrar em contato com o íntimo e o confrontar com a nova realidade, adjetivando como um processo doloroso, acompanhado de tristeza, quiçá, depressão.

Sawada et al. (2009), inferem que o início da avaliação da qualidade de vida na oncologia deu-se na década de 40, com um trabalho que desenvolveu uma escala para avaliar função física e condições de desempenho do paciente.

A avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde é realizada por instrumentos construídos para esse fim, abordando aspectos, como funções físicas, emocionais, sociais. Além desse âmbito, há a ampliação para os sintomas, incapacidades ou limitações oriundas da enfermidade e tratamento (SEIDL; ZANNON, 2004). A utilização de questionários de qualidade de vida satisfaz diferentes objetivos na prática clínica, principalmente, na percepção de risco e manejo da doença (MONTAZERI, 2008).

Há três correntes que orientam o constructo dos instrumentos, hoje, existentes, a saber:

o funcionalismo, que define um estado normal para certa idade e função social e seu desvio, ou morbidade, caracterizado por indicadores individuais de capacidade de execução de atividades; a

teoria do bem-estar, que explora as reações subjetivas das experiências de vida, buscando a competência do indivíduo para minimizar sofrimentos e aumentar a satisfação pessoal e de seu entorno e a teoria da utilidade, de base econômica, que pressupõe a escolha dos indivíduos ao compararem um determinado estado de saúde a outro” (MINAYO et al, 2000, p. 13).

Atualmente, há vários instrumentos, específicos ou genéricos, com o objetivo de avaliar a qualidade de vida em pacientes com câncer de mama. Contudo, há ausência de consenso na literatura sobre quais são os melhores instrumentos e que momento seja ideal para realização da avaliação, por se tratar de um construto multidimensional, subjetivo, alterando-se com o tempo, cultura e percepção (SANTOS et al, 2011; BARBOSA, 2014).

Existem sete instrumentos específicos disponíveis na literatura para o estudo da qualidade de vida no câncer de mama, sendo: *Functional Assessment of Cancer Therapy Breast* (FACT-B), *Breast Cancer Chemotherapy Questionnaire* (BCCQ), *European Organization for Research and Treatment of Cancer Breast Cancer-Specific Quality of Life Questionnaire* (EORTC QLQ-BR23), *Interdisciplinary Group for Cancer Care Evaluation* (GIVIO), *Functional Assessment of Cancer Therapy –Breast plus Arm Morbidity* (FACT-B+4), *Quality of Life Instruments–Breast Cancer Version* (QOL) e *Breast Cancer Chemotherapy Questionnaire* (BCQ) (CONDE, 2006; MAKLUF; DIAS; BARRA, 2006).

Makluf, et al. (2006) explicitam que os instrumentos mais utilizados são o EORTC QLQ-C30, seguido do FACT-B e o SF-36. O questionário EORTC QLQ-C30 e BR-23 é um instrumento de direito autoral pertencente à Organização Européia de Pesquisa e Tratamento do Câncer (EORTC), que foi traduzido e validado em 81 idiomas. Autoexplicativo, é composto por 30 perguntas, sendo dividido em três dimensões: qualidade de vida geral, escalas funcionais (denominadas função física, função emocional, função cognitiva, função geral e função social) e escala de sintomas (nomeadas fadiga, dor, dispnéia, insônia, perda de apetite, náusea e vômito, constipação, diarreia e dificuldade financeira). O questionário BR23, módulo específico para pacientes que tiveram câncer de mama, é composto por 23 questões divididas em duas dimensões: escalas funcionais (imagem corporal, perspectiva futura, função sexual e satisfação sexual) e escalas de sintomas (efeitos da quimioterapia,

preocupação com queda de cabelo, sintomas na mama e sintomas no braço) (ALEGRANCE, 2006).

O instrumento foi validado e traduzido para a língua portuguesa em uma população de mulheres com câncer de mama atendidas numa instituição pública de saúde. A versão brasileira do EORTC apresentou excelentes índices de reprodutibilidade e confiabilidade, além de ter sido considerado de fácil aplicação e compreensão, comportando-se como satisfatório na avaliação da qualidade de vida de brasileiras com câncer de mama (MICHELS, LATORRE, MACIEL, 2013).

A avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde se firma na compreensão das necessidades humanas fundamentais, materiais e espirituais e tem no disposto da promoção da saúde seu alicerce. Quando percebida focalmente, qualidade de vida relacionada à saúde coloca sua centralidade na maestria de viver sem comorbidades, de superar as dificuldades dos estados nosológicos, assim como os percalços que o tratamento pode vir a trazer.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Desenho de estudo

Adotou-se um estudo descritivo e analítico de corte transversal, visto que teve o objetivo de examinar um tema, firmando correlações e associações entre as variáveis estudadas em um curto intervalo de tempo (HULLEY et al., 2015)

4.2 Local de estudo

A pesquisa foi desenvolvida na unidade de quimioterapia de um hospital público especializado em oncologia, referência a todos os municípios maranhenses. Trata-se de um hospital estadual, localizado no município de São Luís, estado do Maranhão.

A estrutura física dispõe de unidade de atendimento quimioterápico ambulatorial com 18 poltronas, 78 leitos de internação clínica e cirúrgica, uma unidade de terapia intensiva e semi intensiva, centro cirúrgico com cinco salas, consultórios de atendimento ambulatorial, serviço de pronto atendimento em período integral.

Detém equipe interdisciplinar formada por fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, psicólogos, assistente sociais, enfermeiros, farmacêutico, técnicos de enfermagem, médicos, capelão, para atendimento intra hospitalar e ambulatorial.

4.3 População e Amostra de estudo

A população alvo caracterizou-se por mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico, atendidas no setor de Oncologia Clínica. A amostra foi não probabilística, por conveniência.

4.4 Critérios de inclusão

Mulheres portadoras de câncer de mama em tratamento quimioterápico exclusivo, em qualquer fase da doença, com idade igual ou superior a 18 anos e que concordassem em participar do estudo.

4.5 Critérios de exclusão

Mulheres portadoras de câncer de mama em tratamento quimioterápico exclusivo que discordassem em participar do estudo.

4.6 Período de coleta de dados

Maio a novembro de 2016

4.7 Coleta de dados - Instrumentos

Foram utilizados o instrumento de características sócio demográficas, clínicas e terapêuticas, questionário *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 30* (EORTC QLQ-C30) e *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 23* (QLQ-BR23), traduzido e validado no Brasil por Brabo (2006).

4.8 Coleta de Dados- Procedimentos

Selecionou-se pacientes dentro dos critérios de elegibilidade, em três visitas por semana à sala de aplicação de quimioterapia do local de estudo, de forma individualizada, mantendo a privacidade de cada participante. Após explicação da pesquisa, do convite para participação da pesquisa e da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, coletou-se os dados da paciente, a partir dos respectivos prontuários, registrando-se no instrumento de características sócio demográficas, clínicas e terapêuticas.

Iniciou-se a entrevista para complementação dos dados que não constavam no prontuário e aplicação dos questionários específicos de qualidade de vida.

4.9 Cálculo dos escores dos questionários

Lançou-se mão do Manual dos Escores do EORTC (FAYERS et al, 2001) para o cálculo dos escores dos domínios do QLQ C30 e QLQ BR23. As médias dos escores foram transformadas, matematicamente, em uma escala de 0 a 100 pontos, mediante orientações do manual, em que zero denota o pior estado de saúde e cem, o melhor estado de saúde. Por sua vez, para a interpretação da escala de sintomas, o valor 0 significou menor qualidade de vida e cem, maior índice de qualidade de vida.

Os índices foram obtidos, matematicamente, por meio da associação de uma ou mais respostas e sua média. Utilizou-se fórmulas com base em transformação linear para gerar os índices supra citados.

O EORTC, estabeleceu um escore bruto (EB) de cada escala, que é formado pelo somatório do valor das alternativas escolhidas em cada questão/item que compõe a escala, e foi dividido pelo número de respostas. Ressalta-se que o valor das alternativas varia de 1 a 4, da questão 1 a 28 e 31 a 53, de 1 a 7 das questões 29 e 30 (FAYERS et al, 2001).

O Cálculo do EB dá-se através das seguintes fórmulas:

$$EB = q1+q2+q3.....qn/n$$

Observa-se que o n é o número total dos itens que compõem a escala ou item individual.

A *posteriori*, tem-se a transformação linear (escore de 0 a 100), que deve seguir os seguintes ítems:

$$\text{Cálculo para as escalas funcionais: } E1 = [1-(EB-1)/\text{variação}] *100$$

$$\text{Cálculo para o escore de Qualidade de Vida Global (QVG): } QVG = [(EB-1)/\text{variação}] *100$$

$$\text{Cálculo para as escalas de sintomas: } E2 = [(EB-1)/\text{variação}]*100$$

Lôbo (2013) apresenta a estrutura dos instrumentos EORTC QLQ-C30 e BR23 como no quadro 4.

Quadro 4-Perguntas do EORTC QLQ-C30 e B23 com questões correspondentes, número de itens, variação de cada item e escore

Domínios	Questões	Item	Variação	Cálculo Escore
Medida Global de Saúde/QVG	29 e 30	2	6	E2
Escalas Funcionais				
Função Física	1 a 5	5	3	E1
Desempenho de Papéis	6 e 7	2	3	E1
Função Emocional	21 e 24	4	3	E1
Função Cognitiva	20 e 25	2	3	E1
Função Social	26 e 27	2	3	E1
Escala de Sintomas				
Fadiga	10,12 e 18	3	3	E2
Náuseas e vômito	14 e 15	2	3	E2
Dor	9 e 19	2	3	E2
Dispneia	8	1	3	E2
Insônia	11	1	3	E2
Perda de Apetite	13	1	3	E2
Constipação	16	1	3	E2
Diarreia	17	1	3	E2
Dificuldade Financeira	28	1	3	E2
Itens B23				
Efeitos Colaterais	31,32,33,34,36,37,38	7	3	E2
Perda de Cabelo	35	1	3	E2
Imagem Corporal	39,40,41,42	4	3	E1
Perspectivas Futuras	43	1	3	E1
Função Sexual	44,45	2	3	E1
Satisfação Sexual	46	1	3	E1
Sintomas relacionados ao braço	47,48,49	3	3	E2
Sintomas relacionados a mama	50,51,52,53	4	3	E2

Fonte: LÔBO, 2013

4.10 Análise estatística

Todos os dados foram tabelados em Excel e apresentados em tabelas e gráficos descritivos para melhor visualização dos mesmos. Para o cálculo estatístico, empregou-se o *software* Statistica 7.0, considerando um nível de significância de 0,05.

Comparações entre as médias de Medida de Saúde Global (QVG) dentro das variáveis qualitativas (grupo racial, estado civil, naturalidade, religião, ocupação, escolaridade, moradia, estadiamento, realização de cirurgia, comorbidades, alcoolismo, tabagismo, atividade física e esquema de quimioterapia) foram realizadas através do teste ANOVA *one-way*, assumindo os pressupostos de normalidade dos dados (teste de Shapiro-Wilk) e homogeneidade de variância (análise de Levene). Quando os dados de QVG não atendiam a estes pressupostos, os mesmos eram transformados matematicamente para a aplicação da análise. Como pós-teste da ANOVA *one-way*, utilizou-se a análise de múltiplas comparações de Tukey. Correlações entre a QVG e a idade foram avaliadas segundo o teste de Correlação Linear de Pearson, com o teste de pressuposto de normalidade dos resíduos (Shapiro-Wilk). Para verificação de associações entre a QVG e Escalas funcionais, Escalas de sintomas e itens do BR-23 foi utilizada a Análise de Componentes Principais (PCA).

4.11 Aspectos éticos

A presente pesquisa faz parte do Projeto Avaliação da Qualidade de Vida em pacientes com câncer submetidos à quimioterapia, CAAE 27793614.6.0000.5084 , parecer 606.999, com a data de Aprovação Ética do CEP/CONEP em 07/04/2014.

5 RESULTADOS

Foram entrevistadas 57 mulheres que compareceram a unidade de quimioterapia, no período de maio a novembro de 2016. Quanto a caracterização sociodemográfica, a média de idade foi de 52,54 anos ($\pm 10,371$), a maioria das pacientes eram casadas (59,6%), provenientes da capital (50,9%), donas de casa (73,7%), brancas (52,6%), residentes em casa própria (77,2%), com escolaridade condizente com o ensino médio (49,1%), católicas (54,4%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica de mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico, São Luís, Maranhão, Brasil, 2016

Variável	Mínimo/Máximo	Média \pm Desvio padrão
Idade (n = 57)	32/75	52,74 \pm 10,371
Etnia/cor	N	%
Branco	30	52,6
Pardo	15	26,3
Negro	12	21,1
Estado civil		
Casada	34	59,6
Solteira	14	24,6
Viúva	5	8,8
Divorciada	4	7,0
Procedência		
São Luís	29	50,9
Outro município	27	47,4
Outro estado	1	1,8
Religião		
Católica	31	54,4
Protestante	21	36,8
Candomblé	1	1,8
Não respondeu	4	7,0
Ocupação		
Do lar	42	73,7
Formação técnica/ Especializada	10	17,5
Superior	3	5,3
Desempregada	2	3,5
Escolaridade		
Não alfabetizada	1	1,8
Ensino fundamental completo	6	10,5
Ensino fundamental incompleto	9	15,8
Ensino médio completo	28	49,1
Ensino médio incompleto	3	5,3
Superior completo	10	17,5
Moradia		
Própria	44	77,2
Familiares	9	15,8
Alugada	4	7,0

Fonte: Elaborado pelo autor

Em se tratando dos hábitos de vida, 34 mulheres afirmaram que eram sedentárias, 56 não faziam uso de bebida alcoólica, 38 nunca fumaram. Cinquenta e duas mulheres encontravam-se em estadiamento III e IV. Trinta e uma mulheres realizaram intervenção cirúrgica, sendo que 20 passaram por cirurgias radicais e 11 pelo tratamento conservador. Observou-se que 22 mulheres estavam em uso do esquema AC, cinco do paclitaxel e sete de anticorpo monoclonal herceptin (Tabela 2).

Tabela 2 - Caracterização clínica de mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico, São Luís, Maranhão, Brasil, 2016

Variável	N	%
Estadiamento		
II	5	8,7
III	29	50,9
IV	23	40,4
Cirurgia		
Mastectomia	20	35,1
Quadrantectomia	11	19,3
Não realizou	26	45,6
Comorbidades		
Hipertensão	21	36,8
Diabetes	2	3,5
Hipertensão + Diabetes mellitus	2	3,5
Nega	32	56,1
Consumo de bebida		
Cerveja	1	1,8
Não	56	98,2
Tabagismo		
Ex-fumante	17	29,8
Fumante	2	3,5
Nunca fumou	38	66,7
Atividade física		
Irregular	19	33,3
Regular	4	7,0
Sedentária	34	59,6
Esquema quimioterapia		
AC	22	38,6
Capecitabina	4	7,0
CMF	1	1,8
Docetaxel	5	8,8
FAC	3	5,3
FEC	5	8,8
Herceptim	7	12,3
Paclitaxel	5	8,8
Perjeta + Herceptim	4	7,0
Zometa + Herceptim	1	1,8

Fonte: Elaborado pelo autor

Na tabela 3, estão representados os dados descritivos referentes aos resultados obtidos nas escalas EORTC QLQ C30 e QLQ BR23.

Tabela 3 - Valores médios, mínimo e máximo dos escores obtidos para os domínios de Medida Global de Saúde, Escalas funcionais, Escalas de Sintomas do questionário C30 e itens BR23

Domínio	Mínimo	Máximo	Média ± Desvio padrão
Medida Global de Saúde (QVG)	30	100	82,11 ± 14,73
Escalas funcionais			
Função física	6,67	100	84,09 ± 22,03
Desempenho de papéis	0	100	66,67 ± 22,93
Função emocional	25	100	71,05 ± 17,19
Função cognitiva	0	100	80,12 ± 21,92
Função social	0	100	73,98 ± 21,13
Escalas de Sintomas			
Fadiga	0	66,66	11,89 ± 15,97
Náusea e vômito	0	83,33	27,19 ± 19,06
Dor	0	100	17,25 ± 25,19
Dispneia	0	100	6,43 ± 20,35
Insônia	0	100	29,82 ± 30,01
Perda de apetite	0	100	12,28 ± 24,09
Constipação	0	100	11,40 ± 25,03
Diarreia	0	100	9,36 ± 20,66
Dificuldade financeira	0	100	40,35 ± 28,69
Itens BR-23			
Efeitos colaterais	4,76	71,43	23,64 ± 11,90
Perda de cabelo	0	100	57,89 ± 24,82
Imagem corporal	0	100	52,49 ± 24,24
Perspectivas futuras	-50	50	17,54 ± 34,71
Função sexual	33,33	100	81,29 ± 18,39
Satisfação sexual	0	100	75,44 ± 34,23
Sintomas relacionados ao braço	0	100	20,08 ± 17,99
Sintomas relacionados a mama	0	75	11,40 ± 14,74

Fonte: Elaborado pelo autor

Em se tratando das funções da escala EORTC QLQ C30, os escores estão em maiores gradações na função física e função cognitiva.

Nas escalas de sintomas, os maiores escores foram dificuldade financeira, insônia e náuseas e vômitos. Ainda em relação aos sintomas, a pesquisa mostrou escores baixos para dispneia e diarreia.

Voltando o olhar as subescalas do EORTC QLQ BR23, notou-se que a função e satisfação sexual tiveram os maiores escores. Estão baixos os escores da perspectiva futura e sintomas relacionados à mama.

Ressalta-se o escore da QVG, 82,11, significando que a qualidade de vida foi considerada razoável a satisfatória pelas mulheres estudadas.

Ao comparar as médias da QVG dentro das variáveis qualitativas estudadas, não se observou diferença estatisticamente entre as variáveis etnia, moradia, idade, religião, naturalidade, escolaridade, cirurgia, comorbidades, tabagismo, atividade física.

Explicita-se relação estatisticamente significativa ($p = 0,00040$) entre as médias de QVG e o estadiamento. Segundo a análise de Tukey, foram encontradas diferenças entre as médias de QVG entre o grupo de estadiamento III e IV ($p = 0,000378$), com a média de QVG do grupo de estadiamento (Tabela 4).

Tabela 4-Médias dos escores da Medida de Saúde Global para as variáveis clínicas de mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico, São Luís, Maranhão, Brasil, 2016

	Variável	Média	DP	p-valor
Estadiamento	II	78,00	13,038	0,00040
	III	87,59	8,724	
	IV	76,09	18,522	
Cirurgia	Mastectomia	81,50	16,311	0,42588
	Quadrantectomia	87,27	9,045	
	Não realizou	80,38	15,357	
Comorbidades	Diabetes	75,00	21,213	0,43691
	Hipertensão	86,19	12,836	
	Hipertensão + Diabetes mellitus	80,00	0,000	
	Nega	80,00	15,862	
Consumo de bebida	Cerveja	30,00	0	0,00018
	Não	83,04	13,062	
Tabagismo	Ex-fumante	82,94	15,315	0,94932
	Fumante	80,00	0,000	
	Nunca fumou	81,84	15,041	
Atividade física	Irregular	86,84	10,569	0,36296
	Regular	92,50	5,000	
	Sedentária	78,24	16,231	
Esquema de quimioterapia	AC	84,55	11,434	0,00008
	Capecitabina	82,50	5,000	
	CMF	90,00	0	
	Docetaxel	92,00	4,472	
	FAC	76,67	11,547	
	FEC	90,00	7,071	
	Herceptim	71,43	14,639	
	Paclitaxel	90,00	7,071	
	Perjeta + Herceptim	52,50	20,616	
	Zometa + Herceptim	100,00	0	

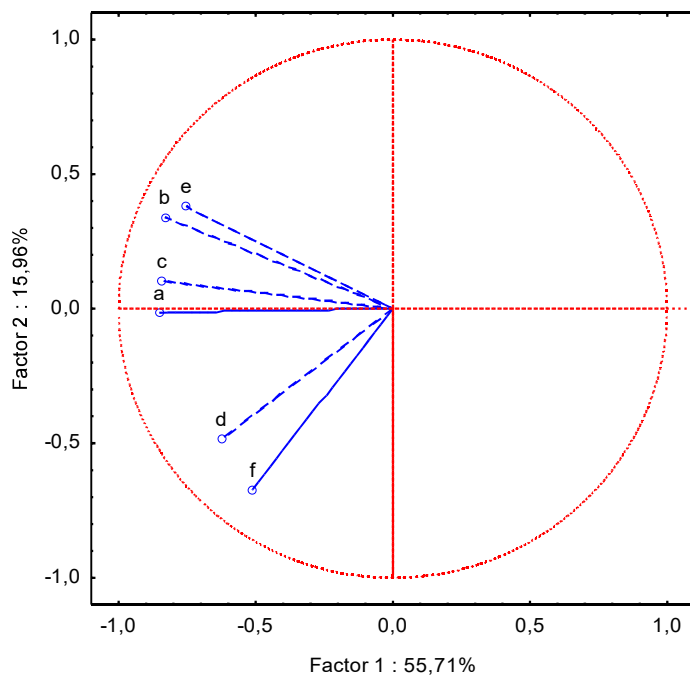
Fonte: Elaborado pelo autor

De acordo com o valor de p encontrado ($p = 0,00018$), foi detectada diferença estatisticamente significativa entre as médias de QVG para o consumo de bebida, com melhor média de QVG em pacientes que não consomem bebida alcoólica em relação as que consomem.

Dentre as médias de QVG para os esquemas de quimioterapia, foi detectada diferença significativa ($p = 0,00008$) (Tabela 4). Seguindo a análise de Tukey, a média de QVG do grupo com esquema de quimioterapia por Perjeta e Herceptim foi inferior a todos os demais grupos.

Em se tratando da comparação e associação entre a QVG e escalas funcionais, observou-se que os valores da QVG aumentam proporcionalmente aos escores das funções emocional e social (Figura 1).

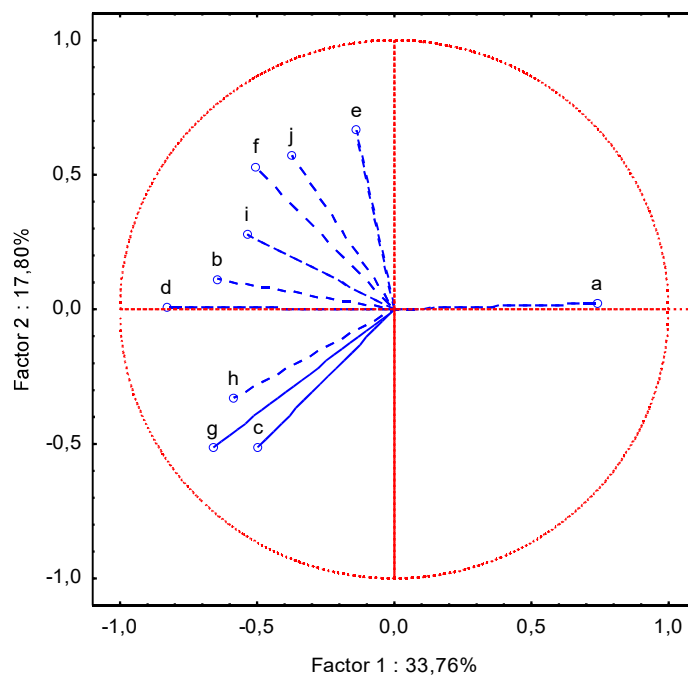
Figura 1-Análise de Componentes Principais entre os valores de QVG e as medidas das Escalas funcionais.



Onde: a = Medida de Saúde Global (QVG); b = função física; c = desempenho de papéis; d = função emocional; e = função cognitiva; f=função social

Relacionando a QVG e escala de sintomas, dados da QVG são inversamente proporcionais aos valores de constipação, perda de apetite, náusea e vômito, dor. As medidas dos escores de constipação aumentam à medida que os valores de escores de diarreia, dificuldade financeira, insônia e QVG diminuem (Figura 2).

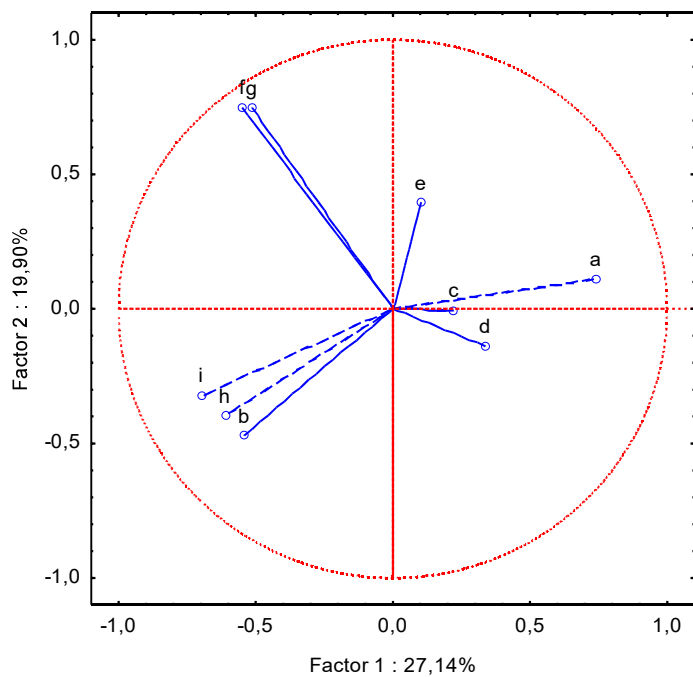
Figura 2- Análise de Componentes Principais entre os valores de QVG e as medidas das Escalas de sintomas.



Onde: a = Medida de Saúde Global (QVG); b = fadiga; c = náusea e vômito; d = dor; e = dispnéia; f = insônia; g = perda de apetite; h=constipação; i= diarreia; j= dificuldade financeira

Correlacionando as médias de QVG e o BR 23, evidenciou-se que quanto maiores os valores de escore da função sexual, maior da satisfação sexual. Os valores de escore dos sintomas relacionados à mama, sintomas relacionados ao braço e efeitos colaterais são diretamente proporcionais, assim como os escores de QVG e perspectivas futuras, inferindo-se que quanto menores os valores de QVG e perspectivas futuras, maiores os valores de sintomas relacionados à mama, sintomas relacionados ao braço e os efeitos colaterais (Figura 3).

Figura 3-Análise de Componentes Principais entre os valores de QVG e as medidas dos itens BR-23.



Onde: a = Medida de Saúde Global (QVG); b = efeitos colaterais; c = perda de cabelo; d = imagem corporal; e = perspectivas futuras; f = função sexual; g=satisfação sexual; h=sintomas relacionados ao braço; i=sintomas relacionados à mama

6 DISCUSSÃO

Nos últimos anos, verificou-se em todo o mundo, expressivo aumento da incidência do câncer de mama e mortalidade associada à neoplasia ora em tela. O câncer de mama possui, como principal fator de risco, a idade, com aumento significativo até os cinquenta anos (BEREK, 2008). Observou-se, neste estudo, que a faixa etária das pacientes com câncer de mama deteve uma média de idade 52,54 anos ($\pm 10,371$), com variação entre 32 a 75 anos completos, assemelhando-se com Lôbo (2013) e Elias (2014) que apresentaram média de idades de 52 e 50 anos, respectivamente.

Ressalta-se que a elevação do padrão socioeconômico, alimentação rica em gordura animal, com o aumento da ingestão de ácidos graxos e produtores de estrogênio, tabagismo, etilismo estão, também, associados diretamente no desenvolvimento da neoplasia mamária (GOMES; SILVA, 2013). Nas regiões onde o nível de escolaridade é baixo, a mácula ligada ao câncer contribui para que essas pacientes demorem a procurar assistência médica. Fatos, estes, convergem aos dados encontrados neste estudo, os quais evidenciaram que a maioria das pacientes possuíam ensino médio completo, eram provenientes da área urbana e residiam em moradia própria.

Nas variáveis sociodemográficas, Benevides (2011), Lôbo (2013), Wöckel et al (2017) apresentaram, em seus resultados, um aumento da prevalência de câncer de mama em mulheres casadas, o que corrobora com o presente estudo. O fato de ter um companheiro entrelaça-se, possivelmente, a uma rede de apoio social com maior aporte emocional, diminuição do estresse causado pela doença e menor incidência de depressão (SILVA; SANTOS, 2010).

Noventa e sete por cento das pacientes estudadas declararam que possuíam uma religião e acreditavam em Deus. Infere-se que o enfrentamento do diagnóstico de câncer e seus desafios leva muitas pacientes a procurarem conforto nas crenças espirituais, que, em alguns casos, estão associados a resultados psicológicos positivos (TALEGHAN; YEKTA; NASRABADI, 2006; PUCHALSKI, 2012). O conforto religioso e espiritual foram atrelados a níveis mais baixos de angústia, raiva, ansiedade e isolamento social em pacientes oncológicos, bem como melhor ajuste com a doença.

Diversos são os fatores fomentadores para o diagnóstico tardio do câncer de mama como a precária acessibilidade aos serviços médicos, baixa oferta de serviços especializados, dificuldade para realização de diagnóstico, mesmo com a existência de campanhas preventivas (GEBRIM et al, 2014; GONZAGA et al, 2015).

A definição de câncer de mama localmente avançado restringe-se ao estágio III, sendo que sua incidência, em países em desenvolvimento, pode ser de até 50% (ANDRADE et al, 2013). Ao se atentar ao perfil clínico, verificou-se um alto percentual de mulheres em estágio avançado, o que demonstrou, também, Suleiman et al (2017) em seu estudo na cidade de Araguaína, estado do Tocantins. Tais achados podem estar relacionados com a baixa efetividade local e regional das ações de controle e combate ao câncer no decorrer dos anos.

Mesmo com o elevado índice do diagnóstico em fase localmente avançada na população estudada, encontrou-se um considerável percentual de tratamento local curativo (54,4%), possivelmente, pela realização de tratamento prévio, no caso, a quimioterapia. Dentre os esquemas de quimioterapia prévia utilizados, destaca-se AC, docetaxel e FEC, equiparando-se aos resultados de Irrázaval et al (2016) e Sharma et al (2017), mas divergentes aos de Lôbo (2013), em que a modalidade adjuvante foi a mais evidenciada.

A quimioterapia prévia ou neoadjuvante tem o objetivo de redução tumoral para melhor tratamento local, possibilidade de avaliação precisa do prognóstico, assim como testar *in vivo* a sensibilidade do tumor aos efeitos quimioterápicos e tratar as micrometástases existentes, conforme Andrade (2013). Diversos estudos compararam a quimioterapia prévia com a adjuvante no tratamento do câncer de mama nos mais diversos estágios da doença, como o NSABP B-18, EORTC 10902 e ECTO, demonstrando sobrevida global semelhante e maiores números de cirurgias não mutilantes com menor morbidade para o grupo que realizou quimioterapia neoadjuvante (GIANNI et al, 2002; RASTOGI et al, 2008; VAN NES, 2009).

Os esquemas quimioterápicos de maior uso no tratamento do câncer de mama são: antraciclina, taxanos e esquemas sem antraciclina (TESTA; MANO, 2010), o que corrobora com os esquemas de maior utilização no estudo ora em tela. O uso dos antracíclicos resulta em um ganho absoluto de sobrevida

em torno de 4% em relação à ciclofosfamida, metotrexato e 5-fluorouracil (CMF), independente da idade, situação dos linfonodos axilares e tratamento hormonal (EBCTCG, 2005). As desvantagens das antraciclinas envolvem a insuficiência cardíaca, a leucemia não-linfocítica tardia e piora da qualidade de vida, uma vez que o índice emetogênico eleva-se quando do uso de antracíclicos e taxano (FISCHER et al, 1990). Fatos estes, são observados no presente estudo, em que ficou evidenciado piora da qualidade de vida quando do uso do esquema doxorrubicina, ciclofosfamida, paclitaxel em relação aos outros esquemas de quimioterapia.

A avaliação da qualidade de vida tem sido utilizada como uma ferramenta importante na mensuração do impacto da doença no paciente, possibilitando, assim, a criação de indicadores da gravidade e progressão da doença, bem como da influência do tratamento nas condições de saúde do paciente (FRENZEL et al, 2013).

No olhar qualidade de vida, as pacientes estudadas consideraram satisfatória seu estado de saúde e qualidade de vida relacionada à saúde, explicitado pelo escore da qualidade de vida (82,11), o que converge aos achados de Lôbo (2013), Frenzel et al (2013), mas não por Benevides (2011).

A implantação e implementação das avaliações da qualidade de vida em pacientes oncológicos, na vigência do tratamento quimioterápico, tem se mostrado com alto potencial de benefício aos pacientes em questão. Fatos estes se mostram de grande relevância na tomada de decisões, tanto do profissional de saúde quanto à paciente.

Revelou-se, com este estudo, que nas funções da escala EORTC QLQ C30, os escores estão elevados na função física (84,09) e função cognitiva (80,12), correspondendo ao que fora visto por Lôbo (2013), Konstantinidis (2016) e Sharma et al (2017).

Na escala de sintomas, a dificuldade financeira (40,35), insônia (29,82) e náuseas e vômitos (27,19), estão maiores, como demonstra, também, Lôbo (2013) e Konstantinidis (2016) para insônia e Benevides (2011) para insônia e dificuldade financeira, inferindo que, em algum momento, a qualidade de vida das mulheres foi afetada pela queda do rendimento financeiro, insônia e náuseas, e baixos escores para dispneia (6,43), diarreia (9,36), sugerindo que a

maioria das mulheres não apresentou dispneia, diarreia ou não interferiu em seu cotidiano.

González (2008) e Huguet (2009) afirmam que as mulheres relatam um bom desempenho físico, mostrando que, nos domínios físicos, a qualidade de vida não sofreu influência negativa. A grande maioria das mulheres não se autopercebe como deprimida, não apresenta concentração ou memória deficitária, mantendo a função cognitiva equilibrada, indo ao encontro de Alegrance et al. (2010), os quais afirmam que o câncer de mama gera dificuldades para as mulheres enfrentarem as incertezas sociais, ocasionando, por conseguinte, o isolamento, a mudança de papéis no contexto de inter-relacionamento e perda da autonomia.

A insônia é um sintoma frequente em pacientes oncológicos, geralmente acompanhada por dor, ansiedade, depressão e fadiga. O tratamento melhora não somente a fadiga, mas também o humor e a qualidade de vida dos pacientes (IRARRÁZAVAL et al, 2016).

Gozzo et al (2013) relatam a importância, na prática clínica, da valorização das náuseas e vômitos pelos profissionais de saúde, estabelecendo “cuidados individualizados aos usuários”. O manejo dos eventos do tratamento quimioterápico é essencial para o controle salutar das toxicidades gastrointestinais.

A incidência de náuseas e vômitos está intimamente ligada ao potencial emético das drogas quimioterápicas que varia desde muito alto, até potencialmente baixo (MOLASSIOTIS et al, 2008). Dentre os fatores relacionados aos quimioterápicos que influenciam na existência desses eventos, destaca-se a própria droga utilizada, a dose, a associação de drogas, a via e velocidade de administração, assim como o número de ciclos recebidos (JAKOBSEN; HERRSTEDT, 2009).

Em se tratando do potencial emetogênico das drogas mais utilizadas nos protocolos para tratamento do câncer de mama, tem-se: alto para ciclofosfamida (acima de 1500mg/m²) e cisplatina; moderado para ciclofosfamida (abaixo de 1500mg/m²), epirrubina, doxorubicina e baixo para 5-fluoracil, paclitaxel, docetaxel, metotrexate, doxorubicina lipossomal, gencitabina, trastuzumab (MOLASSIOTIS et al, 2008), o que condiz com o encontrado nesta

pesquisa, uma vez que os esquemas mais utilizados foram o AC (38,6%) e os taxanos (docetaxel e paclitaxel, em um percentual de 17,8%).

A perda financeira é vivenciada por grande parcela das pacientes com câncer de mama em quimioterapia. Lotti et al (2008) explicitam que “durante o tratamento, a paciente vivencia perdas, por exemplo, físicas e financeiras, e sintomas adversos, tais como: depressão e diminuição da autoestima, sendo necessárias constantes adaptações às mudanças físicas, psicológicas, sociais, familiares e emocionais ocorridas”.

No que se refere a vida sexual da paciente com câncer de mama, tem-se que mutilação da mama e o tratamento quimioterápico podem trazer entraves à qualidade de vida, assim como à satisfação sexual e recreativa das mulheres (JAHKOLA, 1998). A quimioterapia aliada a cirurgia mamária resulta em uma perda progressiva de atividade sexual, relacionada, principalmente, a problemas de autoimagem e fatores como a perda da lubrificação vaginal, diminuição da libido, secundárias à menopausa induzida pelo tratamento ou idade da paciente (IRARRÁZVAL et al, 2016).

Na presente pesquisa, os escores da função e satisfação sexual tiveram as maiores médias, quando se trata das subescalas do EORTC QLQ C23, sugerindo-se como justificativa possível o menor número de cirurgias ablativas realizadas, a existência de um companheiro fixo à maioria da amostra, assim como, a baixa incidência de sintomas menopáusicos.

O apoio dos companheiros ou companheiras parece ter uma força excepcional na sexualidade da mulher. O desenvolvimento do câncer de mama pode ou enaltecer alguns relacionamentos ou gerar efeitos nefastos em outros, pela dificuldade em se discutirem sentimentos ou pela percepção da mulher de perda da feminilidade (HUGUET et al, 2009).

O câncer de mama é um dos mais temidos, pois há o acometimento da região valorizada do corpo da mulher e que remete a sua identidade e, em muitas culturas, à sexualidade. A mulher doente tende a ser fortemente atingida física, psicológica e socialmente, tanto pela doença em si como pelo tratamento. Negrini (1994) afirma que o aceitar da nova condição, o adaptar-se a nova imagem de seu corpo exige um esforço sobrenatural das mesmas, que, em

grande parcela, não estão preparadas. Diagnosticar em fase avançada leva a mulher ao medo do presente e do que, porventura, há de vir.

A qualidade de vida tende, então, a ser pior em pacientes com estadiamento avançado do câncer de mama. Vianna (2015), Konstantinidis (2016), Chean et al (2016) e Sharma et al (2016) explicitam, em seus estudos, que as pacientes em estadiamento III detiveram piores escores de qualidade de vida em detrimento das pacientes em estadiamento I e II. Seus achados foram semelhantes aos encontrados neste estudo, evidenciando que a qualidade de vida é deteriorada em estadiamentos avançados.

Em relevância, detectou-se, ainda, nesta pesquisa, que os escores de qualidade de vida foram melhores nas mulheres que tinham estadiamento IV em relação ao estadiamento III. A maneira de enfrentamento da doença pode ser uma das razões que levaram as pacientes já sem possibilidades de cura a terem uma melhor qualidade de vida.

No enfrentamento do câncer de mama, Backes (1997), corroborado por Jafári et al (2013), aponta que durante e após o tratamento do câncer de mama, inúmeras iniciativas são postas em prática como o retorno ao trabalho; dedicação a obras sociais; maior proximidade da família e de si própria; atuação como voluntária num grupo de apoio, seja com crianças, idosos, doentes, participação em encontros de Yoga e Musicoterapia.

As mulheres em tratamento, geralmente, estabelecem um vínculo de confiança com um Ser Superior, o que se observou nesta pesquisa na qual 53 (92,4%) mulheres afirmaram seguir uma religião, gerando uma espécie de fio condutor que lhes garantam segurança, tranquilidade e força para superarem o estigma do câncer, aceitando-o e tentando transformá-lo em uma boa perspectiva de vida futura (BITTENCOURT & CADETE, 2002).

Ristevska-Dimitrovska et al (2015) estabelecem que esse enfrentar recai sobre a resiliência. Esta representa a capacidade de uma pessoa proteger sua saúde mental quando confrontada com a adversidade. Por sua vez, a adversidade, por meio de mecanismos de resiliência, pode ser reestruturada e tornar-se uma possibilidade que se pode aprender e mesmo se beneficiar. A resiliência, como um recurso individual estável, tem seu próprio papel na melhoria da qualidade de vida, que deve ser levado em conta (TIAN; HONG, 2014).

A partir da análise da qualidade de vida de pacientes com câncer, sugere-se que deva ocorrer uma seleção de estratégias mais efetivas com o fito de melhora da resiliência. O desenvolvimento contínuo de intervenções individuais ou em grupo que apoiem resultados positivos e mais estilos de enfrentamento funcional parecem se encontrar em pacientes paliativos (ANTONI et al, 2001).

Ao correlacionar as médias de qualidade de vida com a interface BR 23, evidenciou-se que os valores de escore dos sintomas relacionados à mama, sintomas relacionados ao braço e efeitos colaterais são diretamente proporcionais, assim como os escores de qualidade de vida e perspectivas futuras.

É presumível a existência de uma pior qualidade de vida em relação à perspectiva futura quando da doença avançada, da baixa expectativa de vida e depressão convivente (BATCHELOR, 2001). A queda de cabelo, especialmente, nas mulheres, induz a angústia física e psicológica (perda de auto-estima, alteração da imagem corporal, tristeza, irritabilidade e problemas com a sexualidade), embora não seja ameaça à vida.

A condição de doença não pode ser descrita, apenas, por medidas objetivas. Fatores psicossociais como dor, apreensão quanto ao presente e futuro, mobilidade reduzida, dificuldades de relacionamento são importantes e essenciais componentes para o entendimento e descrição da doença. As pesquisas que envolvem qualidade de vida agregam a morbidade clínica causada diretamente pelo estado de doença, as influências da doença e dos tratamentos sobre as atividades diárias e satisfação de viver. Nas últimas décadas, notou-se o aumento do interesse pela monitorização do nível de qualidade de vida, dada sua importância como indicador prognóstico de morbidade e mortalidade (SANTOS, 2005; MORTARI et al, 2010).

Avaliar a qualidade de vida de mulheres em tratamento quimioterápico para o câncer de mama é de substancial importância, ainda mais, na região nordeste do Brasil, área precária em vários âmbitos biopsicossociais.

A percepção e avaliação do bem-estar e da autoeficácia da qualidade de vida não só psicológica, mas também física, social e ambiental da mulher com câncer de mama dá-se, principalmente, através da análise da forma como a paciente se sente e se vê capaz de enfrentar a doença, em detrimento aos

indicadores da doença em si, como estágio ou tipo de cirurgia realizada (DE CASTRO; SALVADOR; MENEGHETTI, 2011)

7 CONCLUSÃO

Analisou-se a qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres com câncer de mama com média de idade de $52 \pm 10,371$ anos, em sua maioria em estadio avançado, casadas, provenientes da capital, donas de casa, brancas, residentes em casa própria, com escolaridade condizente com o ensino médio, católicas, na vigência de quimioterapia.

Os escores da qualidade de vida encontrados foram bons, bem como da função física e cognitiva, concordante com a literatura disponível.

Identificou-se fatores que compunham a construção da qualidade de vida desta população na ocasião da entrevista, sendo elencados como funções sociais, funções emocionais e funções físicas. Destes fatores, as condições sociais e emocionais se apresentaram como mais expressivos estatisticamente para a qualidade de vida.

Encontrou-se relevância estatisticamente significativas entre os sintomas constipação, perda de apetite, náusea e vômito, dor, dificuldade financeira e insônia na piora da qualidade de vida, assim como, o estadiamento, que se relaciona diretamente a qualidade de vida.

A quimioterapia consiste em uma das terapêuticas de maior impacto e sofrimento biopsicossocial destas mulheres, com envolvimento em todo constructo humano.

Faz-se mister o entendimento de que a mensuração da qualidade de vida, atualmente, é necessária na avaliação da saúde de uma população e das possíveis intervenções junto a mesma, sendo implantadas ou implementadas. Fato este envolve a importância da qualidade de vida como indicador ao profissional de saúde, que passa a ter ciência da real situação da paciente, podendo gerir o panorama de readaptação físico-social da mulher ora em tela.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Suzana Sales de. **Qualidade de vida e sobrevida global após 5 anos de tratamento para câncer de mama em hospital de referência no Rio de Janeiro**. 2010. 78f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Escola de Saúde Pública Sérgio Aroucha, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2010.

ALEGRANCE, Fábica Cristina et al. Qualidade de vida e Estratégia de enfrentamento em Mulheres com e sem Linfedema Pós-Câncer de mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, São Paulo, v 56, n 3, p. 341-351, 2010.

AMERICAN CANCER SOCIETY. **Cancer Facts and Figures 2016**. Atlanta, Ga: American Cancer Society; 2016. Disponível em: <<http://www.cancer.org/acs/groups/content/@research/documents/document/acspc-047079.pdf>>. Acessado em : 02/05/2016.

_____. **Stages of Breast Cancer**. Atlanta, Ga: American Cancer Society; 2017. Disponível em : <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/understanding-a-breast-cancer-diagnosis/stages-of-breast-cancer.html>. Acessado em 01/11/2017

ANDRADE, Diocésio Alves Pinto de et al. Quimioterapia neoadjuvante e resposta patológica: coorte retrospectiva. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 446-450, dez. 2013. Disponível em : <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082013000400007&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 20/11/2017.

ANTONI, Michael H. et al. Cognitive-behavioral stress management intervention decreases the prevalence of depression and enhances benefit finding among women under treatment for early-stage breast cancer. **Health Psychology**, v. 20, n. 1, p. 20, 2001. Disponível em <http://psycnet.apa.org/record/2000-14051-003>. Acessado em 01/01/2018

BACKES, Vânia Marli Schubert. A experiência do processo de viver e adoecer para mulheres pós-mastectomizadas. **Texto e Contexto Enfermagem**, Santa Catarina, v. 6, n.1, p. 305-316.1997.

BARBOSA, Priscila Almeida et al. **Avaliação da qualidade de vida e impacto funcional em mulheres com câncer de mama pós intervenção cirúrgica na cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais**. 2014. 141f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)- Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2014.

BARRETT, Julia R. El cadmio y el cáncer de mama: se asocia la exposición con el fenotipo similar al basal. **Salud pública Méx**, Ciudad de Mexico, v. 52, n. 2, p. 170-184, 2010. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342010000200014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 04/11/2017.

BARROS, Carlos Eduardo Ramalho; OLIVEIRA, Jader Cronemberger. Ultrassonografia nas lesões mamárias. In: FIGUEIREDO, Euridice Maria de Almeida; CORREIA, Mauro Monteiro; OLIVEIRA, Alexandre Ferreira. **Tratado de Oncologia**. 1 ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2013. p. 1035-1045.

BARROS Alfredo Carlos; TEIXEIRA, Luis Carlos; NISIDA, Antonio Carlos et al. Prognostics effects of local recurrence after conservative treatment for early infiltrating breast carcinoma. **Tumori**, v. 88, n. 5, p. 376-378, 2002.

BASELGA, José et al. Phase II study of efficacy, safety, and pharmacokinetics of trastuzumab monotherapy administered on a 3-weekly schedule. **Journal of Clinical Oncology**, v. 23, n. 10, p. 2162-2171, 2005.

BATCHELOR, Dallas. Hair and cancer chemotherapy: consequences and nursing care—a literature study. **European Journal of Cancer Care**, v. 10, n. 3, p. 147-163, 2001.

BEAR, Harry D. et al. The effect on tumor response of adding sequential preoperative docetaxel to preoperative doxorubicin and cyclophosphamide: preliminary results from National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project Protocol B-27. **Journal of Clinical Oncology**, v. 21, n. 22, p. 4165-4174, 2003.

BENEVIDES, Júlia Mônica Marcelino. **Qualidade de vida de mulheres pós-tratamento Neoadjuvante e adjuvante de câncer de mama**. 2011. 95f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde), Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2011.

BONASSA, Edva Moreno Aguilar; GATO, Maria Inês Rodrigues **Terapêutica Oncológica para Enfermeiros e Farmacêuticos**. 4 ed. São Paulo: Atheneu, 2012. 538 p.

BONNETERRE, Jacques et al. Epirubicin increases long-term survival in adjuvant chemotherapy of patients with poor-prognosis, node-positive, early breast cancer: 10-year follow-up results of the French Adjuvant Study Group 05 randomized trial. **Journal of Clinical Oncology**, v. 23, n. 12, p. 2686-2693, 2005.

BEREK, Jonathan , et al. **Tratado de Ginecologia**. 14 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998.

BITTENCOURT, Jaqueline Ferreira Ventura; CADETE, Matilde Meire Miranda. Deus é a presença incondicional à mulher com possibilidade de vir a ser mastectomizada. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 6, n. 1/2, p. 73-77, 2002

BLUM, Joanne L. et al. Multicenter phase II study of capecitabine in paclitaxel-refractory metastatic breast cancer. **Journal of Clinical Oncology**, v. 17, n. 2, p. 485-485, 1999.

BRABO, Eloa Pereira. **Validação para o Brasil do questionário de qualidade de vida com pacientes com câncer de pulmão (QLQ – LC13) da Organização Europeia para Pesquisa e Tratamento do Câncer**. 2006. 215f. Dissertação (Mestrado em Clínica Médica). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

BRANDÃO, Tânia; MATOS, Paula Mena. Eficácia das intervenções psicológicas em grupo dirigidas a mulheres com cancro da mama: uma revisão sistemática. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, Lisboa, 2015.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp2015.01.001>

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço**. 3. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2008. 608 p.

BUSTAMANTE-TEIXEIRA, Maria Teresa; GUERRA, Maximiliano Ribeiro. Epidemiologia do Câncer. In: FIGUEIREDO, Euridice Maria de Almeida; CORREIA, Mauro Monteiro; OLIVEIRA, Alexandre Ferreira **Tratado de Oncologia**. 1 ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2013. p.3-12

CANELLA, Ellyete de Oliveira. Métodos diagnósticos por Imagem: Mamografia. In: FIGUEIREDO, Euridice Maria de Almeida; CORREIA, Mauro Monteiro; OLIVEIRA, Alexandre Ferreira. **Tratado de Oncologia**. 1 ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2013. p. 1025-1034.

CHEAN, Dang Chee et al. Health Related Quality of Life (HRQoL) among Breast Cancer Patients Receiving Chemotherapy in Hospital Melaka: Single Centre Experience. **Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP**, v. 17, n. 12, p. 5121, 2016

CONDE, Délio Marques. et al. Qualidade de Vida em mulheres com Câncer de Mama. **Rev. Bras Ginecol Obstet.**, v. 28, n. 3, p. 195-204, 2006.

COSTA, Joana Maria Morgado da. **Qualidade de Vida na Mulher em Quimioterapia por Cancro da Mama: Estudo de Coorte Prospectivo**. 2010. 160 f. Dissertação (Mestrado em Oncologia) - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, 2010. Disponível em: <[https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26920/2/QdV em mulheres com ca da mama em qt Estudo de coorte prospectivo.pdf](https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26920/2/QdV%20em%20mulheres%20com%20ca%20da%20mama%20em%20qt%20Estudo%20de%20coorte%20prospectivo.pdf)>. Acesso em: 23 out. 2016.

DE CASTRO, Elisa Kern; SALVADOR, Carolina; MENEGHETTI, Bruna Machado. Qualidade De Vida, Bem Estar-Psicológico E Autoeficácia Em Mulheres Jovens Com Câncer De Mama. **Revista Interamericana de Psicologia**, v. 45, n. 1, p. 97-106, 2011.

DEVITA, et al. **Cancer principles & practice of oncology**. 9 ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins, 2011.

EARL, Helena M et al. Neo-tAnGo: A neoadjuvant randomized phase III trial of epirubicin/cyclophosphamide and paclitaxel±gemcitabine in the treatment of women with high-risk early breast cancer (EBC): First report of the primary endpoint, pathological complete response (pCR). **Journal of Clinical Oncology**, v. 27, n. 15, p. 522-522, 2009.

EARLY BREAST CANCER TRIALISTS' COLLABORATIVE GROUP (EBCTCG) . Effects of chemotherapy and hormonal therapy for early breast cancer on recurrence and 15-year survival: an overview of the randomised trials. **The Lancet**, v. 365, n. 9472, p. 1687-1717, 2005.

ELIAS, Thais Cristina. **Efeito da quimioterapia na capacidade funcional de mulheres com câncer ginecológico, câncer de mama e doença trofoblástica gestacional no serviço de onco-ginecologia de um hospital público**. 2014. 120f. Dissertação (Mestrado em Atenção a Saúde) - Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, Minas Gerais, 2014.

FAYERS, Peter M et al . **The EORTC- QLQ C30 Scoring Manual**. 3 ed., 2001

FISHER, Bernard et al. Two months of doxorubicin-cyclophosphamide with and without interval reinduction therapy compared with 6 months of cyclophosphamide, methotrexate, and fluorouracil in positive-node breast cancer patients with tamoxifen-nonresponsive tumors: results from the National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project B-15. **Journal of Clinical Oncology**, v. 8, n. 9, p. 1483-1496, 1990.

FRENZEL, Aline Porciúncula; PASTORE, Carla Aberici; GONZÁLEZ, Maria Cristina. The influence of body composition on quality of life of patients with breast cancer. **Nutrición Hospitalaria**, v.28, n.5, p.1475-1482, 2013.

GARCIA, Sabrina Nunes. **Qualidade de vida de mulheres com neoplasia mamária em tratamento quimioterápico**. 2014. 104 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2014. Disponível em: <[http://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/37387/r - d - sabrina_nunes_garcia.pdf?sequence=1&isallowed=y](http://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/37387/r-d-sabrina_nunes_garcia.pdf?sequence=1&isallowed=y)>. Acesso em: 23 out. 2016.

GEBRIM, Luis Henrique et al. Avaliação do tempo de início do tratamento, estadiamento histopatológico e positividade dos biomarcadores (RE, RP, HER-2) em 3.566 pacientes tratadas pelo SUS no período de 2012 a 2014, no Hospital Pérola Byington. **Revista Brasileira de Mastologia**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 65-69, 2014

GIANCHELLO, Aida L. Health outcomes research in Hispanics/Latinos. **Journal of Medical Systems**, v 21, n 5, p. 235-254, 1996.

GIANNI, Lucca. First report of European Cooperative Trial in operable breast cancer (ECTO): effect of primary systemic therapy (PST) on local-regional disease. **Proc Am Soc Clin Oncol.**, p,34a, 2002.

GIANNI, Lucca et al. Efficacy and safety of neoadjuvant pertuzumab and trastuzumab in women with locally advanced, inflammatory, or early HER2-positive breast cancer (NeoSphere): a randomised multicentre, open-label, phase 2 trial. **Lancet Oncology**, v. 13, p.25-32, 2012

GOMES, Nathália Silva; SILVA, Sueli Riul da. Avaliação da autoestima de mulheres submetidas à cirurgia oncológica mamária. **Texto & Contexto Enfermagem**, Curitiba, v. 22, n. 2, 2013.

GONZAGA, Carolina Maciel Reis et al. Temporal trends in female breast cancer mortality in Brazil and correlations with social inequalities: ecological time-series study. **BMC public health**, v. 15, n. 1, p. 96, 2015

GONZÁLEZ, Marlen Izquierdo. et al. Calidad de Vida em Grupo de Mujeres Cubanas com Cancer de Mama. **Rev. Haban Ciénc méd la Habana.** v VII, n 2. Abr-jun, 2008.

GOZZO, Thaís de Oliveira et al . Náuseas, vômitos e qualidade de vida de mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 34, n. 3, p. 110-116, Set. 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000300014&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 26/11/2017

HALSTED, William S. The results of operations for the cure of cancer of the breast performed at the Johns Hopkins Hospital from June, 1889, to January, 1894. **Ann Surg**, v 20, p.497-555, 1894

HUGUET, Priscilla Ribeiro et al. Qualidade de Vida e Sexualidade de Mulheres Tratadas de Câncer de Mama. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v 31, n2, p. 311-7, 2009.

HULLEY, Stephen B. et al. **Delineando a pesquisa clínica-4**. São Paulo: Artmed Editora, 2015

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Estimativa 2016**: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – Rio de Janeiro: INCA, 2015.

IRARRÁZAVAL, Maria Elisa et al. Calidad de vida en pacientes chilenas sobrevivientes de câncer de mama. **Revista Médica de Chile**, v. 144, n. 12, p. 1567-1576, 2016.

JAFARI, Najmeh et al. Spiritual therapy to improve the spiritual well-being of Iranian women with breast cancer: a randomized controlled trial. **Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine**, v. 1, 2013.

JAHKOLA Tiina. Self-perceptions of women after early breast cancer surgery. **Eur J Surg Oncol**. v. 24, n 1, p. 9-14, 1998.

JAKOBSEN, Jan Nyrop; HERRSTEDT, Jorn. Prevention of chemotherapy-induced nausea and vomiting in elderly cancer patients. **Crit Rev Oncol Hematol.**, v.71, p.214–21,2009.

JOHN, Matthias et al. Weekly paclitaxel plus trastuzumab in metastatic breast cancer pretreated with anthracyclines-a phase II multipractice study. **BMC cancer**, v. 12, n. 1, p. 165, 2012.

KIMURA, Miako; FERREIRA, Karine Azevedo São Leão. Avaliação da qualidade de vida em indivíduos com dor. In: Leão Eliseth Ribeiro et al. **Dor: 5º sinal vital: reflexões e intervenções de enfermagem**. Curitiba, p. 60-73, 2004.

KONSTANTINIDIS, Theodosia. et al. Quality of life of patients with advanced cancer treated in a regional hospital in Greece. **Hippokratia**, v. 20, n. 2, p. 139, 2016.

LIMA, Thayana Oshiro de; BORGES, Georgia Cristian. Avaliação da qualidade de vida com câncer pelo centro de tratamento de câncer de Dourados. **Intebio**, Dourados, Mato Grosso do Sul, v. 3, n.2, 2009.

LÔBO, Sâmia Aguiar. **Qualidade de Vida de Mulheres com câncer de mama em quimioterapia**. 2013. 56f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza. 2013

LOTTI, Renata Cardoso Baracho et al. Impacto do tratamento de câncer de mama na qualidade de vida. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 54, n. 4, p. 367-71, 2008.

LUNA, Marconi; PETRELI, Andrea; CANELLA, Ellyete de Oliveira; LUNA, Cristiano. Classificação do Bi-Rads em Mamografia, Ultrassonografia e Ressonância Magnética. In: FIGUEIREDO, Euridice Maria de Almeida; CORREIA, Mauro Monteiro; OLIVEIRA, Alexandre Ferreira. **Tratado de Oncologia**.1 ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2013. Cap. 109. p. 1063-1079.

- MAJEWSKI, Juliana Machado et al. Qualidade de vida em mulheres submetidas à mastectomia comparada com aquelas que se submeteram à cirurgia conservadora: uma revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.3, p. 707-16, 2012.
- MALUF, Maria Fernandes de Matos. et al. O Impacto Psicológico do Câncer de Mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 51, n. 2, p. 149-154, 2005.
- MATOS, Olgária. **As formas modernas do atraso**. Folha de S. Paulo, Primeiro Caderno, 27 de setembro, p. 3, 1998.
- MAKLUF, Ana Silvia Diniz; DIAS, Rosângela Corrêa; BARRA, Alexandre de Almeida. Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer de mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 52, p. 49-58, 2006.
- MCELROY, Jane A et al. Cadmium exposure and breast cancer risk. **Journal Natl Cancer Inst.**, v. 98, P. 869-73,2006
- MEZZOMO, Natacha Regina; ABAID, Josiane Lieberknecht Wathier. O câncer de mama na percepção de mulheres mastectomizadas. **Psicologia em Pesquisa**, Juiz de Fora, v. 6, n. 1, p. 40-49, 2012.
- MICHELS, Fernanda Alessandra Silva et al. Validity, reliability and understanding of the EORTC-C30 and EORTC-BR23, quality of life questionnaires specific for breast cancer. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 352-363, 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2013000200352&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 04/11/17.
- MINAYO, Maria Cecilia de Sousa et al. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 5, n 1, p.7-18, 2000.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional do Câncer. **Ações de enfermagem para o controle do câncer**. 3 ed. Rio de Janeiro: INCA; 2008.
- MOLASSIOTIS, Alexander et al. A prospective observational study of chemotherapy-related nausea and vomiting in routine practice in a UK cancer center. **Support Care Cancer**. v 16, n. 2, p.201-8, 2008.
- MONTAZERI, Ali et al. Qualidade de vida em pacientes com câncer de mama antes e depois do diagnóstico: um estudo de acompanhamento por um período de dezoito meses. **BMC Câncer**, v.8, p 330, 2008
- MORAN, Meena S. et al. Society of Surgical Oncology-American Society for Radiation Oncology consensus guideline on margins for breast-conserving surgery with whole breast irradiation in stage I and II invasive breast cancer. **Ann Surg Oncol**, v. 21, p. 704-716, 2014.

MORTARI, Daiana Moreira et al. Qualidade de vida de indivíduos com doença renal crônica terminal submetidos à hemodiálise. **Revista Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 156-160, 2010.

NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK (NCCN). **Clinical practice guidelines in Oncology Breast Cancer**. 2010 Disponível em: http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/PDF/breast.pdf. Acesso em 20/10/2016

NEGRINI, Marise Regina. **Relacionamento Terapêutico Enfermeiro-Paciente Junto a Mulheres Mastectomizadas**. 1994. 96f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1994.

NOBRE, Renata Malta Barros et al. Perfil clínico-epidemiológico das neoplasias ocorridas no período de 2005-2012 no Estado do Paraná. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, Santa Cruz do Sul, 2016. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/8189/5189>>. Acesso em: 23 out. 2016.

NICOLUSSI, Adriana Cristina; SAWADA, Namie Okino. Qualidade de vida de pacientes com câncer de mama em terapia adjuvante. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 4, p. 759, 2011.

PAIVA, Sheila Mara Machado. **Avaliação da Qualidade de Vida de Pacientes Oncológicos em Tratamento Quimioterápico Adjuvante**. 2006. 111f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006

PUCHALSKI, Christina M. Spirituality in the cancer trajectory. **Annals of Oncology**, v. 23, n. suppl_3, p. 49-55, 2012.

RASTOGI, Priva et al. Preoperative chemotherapy: updates of national surgical adjuvant breast and bowel project protocols B-18 and B-27. **Journal of Clinical Oncology**, v. 26, n. 5, p. 778-785, 2008.

RECHT, Abram et al. Postmastectomy radiotherapy: clinical practice guidelines of the American Society of Clinical Oncology. **J. Clin. Oncol.**, v. 19, p. 539-69, 2001

RISTEVSKA-DIMITROVSKA, Gordana et al. Resilience and Quality of Life in Breast Cancer Patients. **Open access Macedonian journal of medical sciences**, v. 3, n. 4, p. 727, 2015.

ROMOND, Edward H et al. Trastuzumab plus adjuvant chemotherapy for operable HER2-positive breast cancer. **New England Journal of Medicine**, v. 353, n. 16, p. 1673-1684, 2005.

SALES, Catarina Aparecida et al. Qualidade de vida sob a ótica de pessoas em tratamento antineoplásico: uma análise fenomenológica. **Revista Eletrônica Enfermagem**, v.13, n.2, p. 250-8, 2. trim. 2011. Disponível em <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/12654>. Acesso em 04/11/2017

SANTOS, Míria Conceição Lavinhas et al. Qualidade de vida relacionada à saúde e comorbidade em pacientes mastectomizadas. **Northeast Network Nursing Journal**, v. 12, n. 4, 2011.

SANTOS, Paulo Roberto. Correlação entre marcadores laboratoriais e nível de qualidade de vida em renais crônicos hemodialisados. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 27, n. 2, p. 70-5, 2005.

SAWADA, Namie Okino et al. Avaliação da qualidade de vida de pacientes com câncer submetidos a quimioterapia. **Revista da Escola de Enfermagem- USP**, São Paulo, v.43, n.3, p. 581-7, 2009.

SCHEIBLER, Juliana et al. Qualidade de vida, estado nutricional e consumo alimentar de mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 29, n.4, p. 544-553, 2016

SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. **Physis**, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100003&lng=en&nrm=iso. Acesso em 23/10/2016.

SEIDL, Eliane Maria Fleury; ZANNON, Célia Maria Lana da Costa. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, 2004

SHARMA, Neelam et al. Factors affecting quality of life in breast cancer patients: A descriptive and cross-sectional study with review of literature. **Journal of Mid-life Health**, v. 8, n. 2, p. 75, 2017.

SILVA, Carlos Renato Martins da.; LELIS, Marcelo Camilo; MONTEIRO, Sergio de Oliveira. Estadiamento do Câncer de Mama. In: FIGUEIREDO, Euridice Maria de Almeida; CORREIA, Mauro Monteiro; OLIVEIRA, Alexandre Ferreira. **Tratado de Oncologia**.1 ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2013. p. 1009-1013.

SILVA, Pamella Araújo da ; RIUL, Sueli da Silva. Câncer de mama: fatores de risco e detecção precoce. **Revista Brasileira de Enfermagem**, São Paulo, v. 64, n. 6, p. 1016-1021,2011. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000600005&lng=en&nrm=iso. Acessado em 04/11/2017

SILVA, Gisele da; SANTOS, Manoel Antônio dos. Estressores pós-tratamento do câncer de mama: um enfoque qualitativo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 4, p. 688-695, ago. 2010. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/4207/5216>>. Acesso em: 20/11/ 2017.

SLEDGE, George W. et al. Past, present, and future challenges in breast cancer treatment. **Journal of Clinical Oncology**, v. 32, n. 19, p. 1979–1986, 2014.

TANCINI, Gabriele et al. Adjuvant CMF in breast cancer: comparative 5-year results of 12 versus 6 cycles. **Journal of Clinical Oncology**, v. 1, n. 1, p. 2-10, 1983.

SULEIMAN, Nader Nazir et al. Panorama do câncer de mama em mulheres no norte do Tocantins - Brasil. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 4, p. 316-322, Agosto/ 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912017000400316&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 20/11/2017.

TALEGHANI, Fariba; YEKTA, Zohreh Parsa; NASRABADI, Alireza Nikbakht. Coping with breast cancer in newly diagnosed Iranian women. **Journal of Advanced Nursing**, v. 54, n. 3, p. 265-272, 2006.

TEIXEIRA, Elizabeth Batista; PIRES, Eliana Ferrante. Psico-oncologia: proposta de trabalho de apoio psicossocial aos pacientes com câncer. **Revista Saúde-UNG**, Guarulhos, v. 4, n. 1, p. 40-52, 2009. Disponível em <http://revistas.ung.br/index.php/saude/article/viewFile/265/626>. Acessado em 01/01/2018

TESTA, Laura; MANO, Max S. Quimioterapia em câncer de mama. **Revista Brasileira de Mastologia**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 190-198, 2010.

TIAN, Jun; HONG, Jin-Sheng. Assessment of the relationship between resilience and quality of life in patients with digestive cancer. **World Journal of Gastroenterology: WJG**, v. 20, n. 48, p. 18439, 2014.

TOLENTINO, Grassyara Pinho. **Avaliação da composição corporal, qualidade de vida e toxicidade do tratamento quimioterápico em mulheres com câncer de mama**. 2016. 123f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Universidade de Brasília, Brasília, 2016.

TORRE, Lindsey A et al. Global Cancer Statistics, 2012. **CA Cancer J Clin**, v. 65, p. 87-108, 2015. Disponível em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/caac.21262/epdf>. Acesso em 02/11/2017.

VAN NES, Johanna GH et al. Preoperative chemotherapy is safe in early breast cancer, even after 10 years of follow-up; clinical and translational results from the EORTC trial 10902. **Breast cancer research and treatment**, v. 115, n. 1, p. 101-113, 2009.

VENÂNCIO, Juliana Lima. Importância da atuação do psicólogo no tratamento de mulheres com câncer de mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 55-63, 2004.

VERONESI, Umberto et al. Comparing radical mastectomy with quadrantectomy, axillary dissection, and radiotherapy in patients with small cancers of the breast. **N England J Med**, v. 305, p. 6-11, 1981

VIANNA, Ana Márcia Sanches de Almeida. **Qualidade de vida de mulheres com câncer de mama em quimioterapia neoadjuvante**. 2015. 88f. Dissertação (Mestrado em Psicologia e Saúde) - Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, 2015.

WÖCKEL, Achim et al. Predictors of the course of quality of life during therapy in women with primary breast cancer. **Quality of Life Research**, p. 1-8, 2017.

WATSON, James, CRICK, Francis. Molecular structure of nucleic acids: a structure for deoxyribose nucleic acid. **American Journal of Psychiatry**, v. 160, n. 4, p. 623-624, 2003. Disponível em <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.ajp.160.4.623>. Acessado em 20/11/2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - Division of mental health and Prevention of substance abuse. **Measuring quality of life**. 1997. Disponível em: www.who.int.

_____. **Environmental health criteria número 134. Cadmium International Programme on Chemical Safety (IPCS) Monografia**, 1992.

WEDDING, Ulrich; PIENKA, Ludger; HÖFFKEN, Klaus. Quality-of-life in elderly patients with cancer: A short review. **European journal of cancer**, v. 43, n. 15, p. 2203-2210, Oct 2007.

APÊNDICES

Apêndice A- Questionário clínico e sociodemográfico

NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO:
Idade:
Grupo racial: (1); branca (2) negra; (3) parda
Estado civil: (1) solteira; (2) casada; (3) divorciada; (4) viúva
Naturalidade: (1) São Luís;(2) Outro município do Maranhão; (3) Outra localidade
Religião:
VARIÁVEIS SÓCIOECONÔMICAS
Ocupação: (0) desempregado; (1) estudante, dona de casa; trabalhador em serviço não especializado; (2) de formação técnica ou especializada; (3) de formação superior; (4) aposentado
Escolaridade: (0) analfabeto ou semi-alfabetizado; (1) ensino fundamental incompleto; (2) ensino fundamental completo; (3) ensino médio incompleto; (4) ensino médio completo; (5) superior, completo ou incompleto
Sua moradia é: (1) própria; (2) alugada; (3) familiares; (4) amigos; (5) outros
Anátomo Patológico:
Estadiamento:
Cirurgia:
Presença de co-morbidades: (0) nenhuma; (1) hipertensão; (2) diabetes; (3) hipertensão e diabetes
Consome bebidas alcoólicas: (0) não; (1) sim
Tabagismo: (0) nunca fumou; (1) ex-fumante; (2) fumante
Pratica atividade física: (0) sedentário; (1) irregular; (2) regular

Apêndice B-Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE E AMBIENTE

Título do Projeto de Pesquisa: "AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES PORTADORAS DE CÂNCER DE MAMA ATENDIDAS EM UM HOSPITAL PÚBLICO DA REGIÃO NORDESTE DO BRASIL"

Durante a leitura do documento abaixo fui informado(a) que posso interromper para fazer qualquer pergunta, com objetivo de tirar dúvidas, para o meu melhor esclarecimento.

Eu,.....
.....(ou meu representante legal) fui informado sobre a pesquisa a ser realizada pelo Dr. Igor Marcelo Castro e Silva (Professor da Universidade Federal do Maranhão) e sua equipe (Alunos da UFMA), com o objetivo de conhecer a qualidade de vida de mulheres portadoras de câncer de mama atendidas em um ambulatório de câncer. Para isso, o Dr. Igor e sua equipe irão me entrevistar quando da realização de quimioterapia, fazendo perguntas sobre minha pessoa, meu estilo de vida e aspirações sobre a qualidade de vida.

Fui informado que essa pesquisa poderá ajudar em atividades intervencionistas, como campanhas de prevenção, orientação para os pacientes oncológicos de minha cidade.

A qualquer momento do estudo, eu (ou meu representante legal) poderei solicitar a saída do estudo ou a interrupção definitiva da aplicação do questionário em qualquer fase, em partes ou totalmente que não afetará em nada o tratamento, ou seja, a pesquisa não tem relação com o tratamento que estou recebendo.

O Dr. Igor ou sua equipe me informou que se eu tiver qualquer dúvida sobre a pesquisa e necessitar de orientação, que poderei procurar por eles na sede

do Programa de Pós Graduação em Saúde e Ambiente , no Departamento de Patologia da UFMA, localizado na Praça Neto Guterres, s/n, Madre de Deus.

Caso deseje participar, foi garantido, pelo Dr. Igor ou sua equipe, que todas as informações são sigilosas e não poderei ser identificado ou o meu nome divulgado.

Também fui informado que caso não pudesse ler o que estava escrito acima, o documento seria lido pausadamente para que entendesse claramente e que poderia fazer qualquer pergunta para a minha completa compreensão sobre o que poderei autorizar.

Estou de acordo que os resultados do estudo sejam publicados de forma anônima numa revista científica, em uma dissertação de mestrado.

Como fui informado e compreendo do que se trata o trabalho da Dr. Igor Marcelo e sua equipe, autorizo ser incluído no estudo.

São Luís,..... de..... de 2016.

Assinatura:.....

ou Impressão Digital:



Assinatura do entrevistador:.....

Apêndice C- Matriz de correlação entre os domínios e escalas dos questionários C-30 e BR-23. Onde: A= Medida Global de Saúde (QV/G); B = Função física; C = Desempenho de papéis; D = Função emocional; E = Função cognitiva; F = Função social; G = Fadiga; H = Náusea e vômito; I = Dor; J= Dispnéia; K = Insônia; L = Perda de Apetite; M = Constipação; N = Diarreia; O = Dificuldade Financeira; P = Efeitos Colaterais; Q = Perda de Cabelo; R = Função sexual; U = Satisfação Sexual; V = Sintomas relacionados ao braço; X = Sintomas relacionados à mama.

Variáveis	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	X
A	-	0,71	0,56	0,53	0,54	0,37	-0,61	-0,23	-0,56	-0,07	-0,25	-0,34	-0,41	-0,22	-0,16	-0,36	0,30	0,20	0,08	-0,25	-0,21	-0,34	-0,40
B	0,71	-	0,67	0,36	0,60	0,19	-0,65	-0,17	-0,53	-0,31	-0,40	-0,41	-0,50	-0,27	-0,11	-0,51	0,31	0,07	0,02	-0,21	-0,24	-0,33	-0,59
C	0,56	0,67	-	0,42	0,63	0,39	-0,52	-0,35	-0,61	-0,21	-0,39	-0,41	-0,49	-0,23	-0,27	-0,23	0,05	0,17	0,07	0,21	-0,19	-0,39	-0,48
D	0,53	0,36	0,42	-	0,24	0,34	-0,43	0,01	-0,35	-0,41	-0,39	0,08	-0,01	-0,03	-0,32	-0,30	-0,01	0,29	0,24	-0,28	-0,32	-0,46	-0,35
E	0,54	0,60	0,63	0,24	-	0,24	-0,54	-0,20	-0,58	-0,11	-0,44	-0,51	-0,50	-0,33	-0,20	-0,18	0,13	0,08	0,08	-0,10	-0,17	-0,37	-0,34
F	0,37	0,19	0,39	0,34	0,24	-	-0,03	-0,61	-0,48	0,14	-0,41	-0,24	-0,19	-0,50	-0,28	-0,00	0,03	0,24	0,27	-0,46	-0,41	-0,19	-0,12
G	-0,61	-0,65	-0,52	-0,43	-0,54	-0,03	-	0,01	0,55	0,27	0,23	0,35	0,28	0,08	0,09	0,52	-0,33	-0,10	-0,24	0,05	0,13	0,40	0,50
H	-0,23	-0,17	-0,35	0,01	-0,20	-0,61	0,01	-	0,39	-0,31	0,14	0,53	0,27	0,22	0,06	0,07	0,07	-0,31	-0,08	0,33	0,31	-0,08	0,11
I	-0,56	-0,53	-0,61	-0,35	-0,58	-0,48	0,55	0,39	-	0,07	0,29	0,46	0,37	0,35	0,38	0,23	-0,15	-0,29	-0,28	0,15	0,12	0,51	0,46
J	-0,07	-0,31	-0,21	-0,41	-0,11	0,14	0,27	-0,31	0,07	-	0,27	-0,16	0,09	0,09	0,19	0,13	0,11	0,09	-0,16	-0,10	-0,03	0,31	0,35
K	-0,25	-0,40	-0,39	-0,39	-0,44	-0,41	0,23	0,14	0,29	0,27	-	0,06	0,13	0,47	0,40	0,13	0,04	-0,04	-0,23	0,22	0,35	0,38	0,27
L	-0,34	-0,41	-0,41	0,08	-0,51	-0,24	0,35	0,53	0,46	-0,16	0,06	-	0,50	0,24	0,02	0,28	-0,12	-0,07	0,13	0,12	0,01	0,15	0,46
M	-0,41	-0,50	-0,49	-0,01	-0,50	-0,19	0,28	0,27	0,37	0,09	0,13	0,50	-	0,19	-0,11	-0,02	-0,22	0,17	0,13	0,08	0,02	0,06	0,27
N	-0,22	-0,27	-0,23	-0,03	-0,33	-0,50	0,08	0,22	0,35	0,09	0,47	0,24	0,19	-	0,36	-0,02	-0,15	-0,02	-0,23	0,05	0,08	0,09	0,00
O	-0,16	-0,11	-0,27	-0,32	-0,20	-0,28	0,09	0,06	0,38	0,19	0,40	0,02	-0,11	0,36	-	0,14	0,23	-0,15	-0,25	0,20	0,09	0,39	0,22
P	-0,36	-0,51	-0,23	-0,30	-0,18	-0,00	0,52	0,07	0,23	0,13	0,13	0,28	-0,02	-0,02	0,14	-	-0,03	-0,01	0,19	0,05	-0,05	0,32	0,42
Q	0,30	0,31	0,05	-0,01	0,13	0,03	-0,33	0,07	-0,15	0,11	0,04	-0,12	-0,22	-0,15	0,23	-0,03	-	-0,20	0,15	-0,11	-0,08	0,12	-0,16
R	0,20	0,01	0,17	0,29	0,08	0,24	-0,10	-0,31	-0,29	0,09	-0,04	-0,07	0,17	-0,02	-0,15	-0,01	-0,20	-	0,11	-0,17	-0,20	-0,21	-0,05
S	0,08	0,02	0,07	0,24	0,08	0,27	-0,24	-0,08	-0,28	-0,16	-0,23	0,13	0,13	-0,23	-0,25	-0,19	0,15	0,11	-	0,22	0,03	-0,13	0,04
T	-0,25	-0,21	-0,21	-0,21	-0,28	-0,10	0,05	0,33	0,15	-0,10	0,22	0,12	0,08	0,05	0,20	0,05	-0,11	-0,17	0,22	-	0,79	0,04	0,13
U	-0,21	-0,24	-0,19	-0,32	-0,17	-0,41	0,13	0,31	0,12	-0,03	0,35	0,01	0,02	0,08	0,09	-0,05	-0,08	-0,20	0,03	0,79	-	0,04	0,09
V	-0,34	-0,33	-0,39	-0,46	-0,37	-0,19	0,40	-0,08	0,51	0,31	0,38	0,15	0,06	0,09	0,39	0,32	0,12	-0,21	-0,13	0,04	0,04	-	0,51
X	-0,40	-0,59	-0,48	-0,35	-0,34	-0,12	0,50	0,11	0,46	0,35	0,27	0,46	0,27	0,00	0,22	0,42	-0,16	-0,05	0,04	0,13	0,09	0,51	-

ANEXOS

ANEXO A: Questionário de qualidade de vida da European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 30 (EORTC QLQ-C30) e European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 23 (QLQ-BR23)



EORTC QLQ-C30 (version 3)

Gostaríamos de conhecer alguns pormenores sobre si e a sua saúde. Por favor, responda você mesmo/a a todas as perguntas fazendo um círculo à volta do número que melhor se aplica ao seu caso. Não há respostas certas nem erradas. A informação fornecida é estritamente confidencial.

Escreva as iniciais do seu nome:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

A data de nascimento (dia, mês, ano):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

A data de hoje (dia, mês, ano):

31

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

	Não	Um pouco	Bastante	Muito
1. Custa-lhe fazer esforços mais violentos, por exemplo, carregar um saco de compras pesado ou uma mala?	1	2	3	4
2. Custa-lhe percorrer uma <u>grande</u> distância a pé?	1	2	3	4
3. Custa-lhe dar um <u>pequeno</u> passeio a pé, fora de casa?	1	2	3	4
4. Precisa de ficar na cama ou numa cadeira durante o dia?	1	2	3	4
5. Precisa que o/a ajudem a comer, a vestir-se, a lavar-se ou a ir à casa de banho?	1	2	3	4
Durante a última semana :				
6. Sentiu-se limitado/a no seu emprego ou no desempenho das suas actividades diárias?	1	2	3	4
7. Sentiu-se limitado/a na ocupação habitual dos seus tempos livres ou noutras actividades de lazer?	1	2	3	4
8. Teve falta de ar?	1	2	3	4
9. Teve dores?	1	2	3	4
10. Precisou de descansar?	1	2	3	4
11. Teve dificuldade em dormir?	1	2	3	4
12. Sentiu-se fraco/a?	1	2	3	4
13. Teve falta de apetite?	1	2	3	4
14. Teve enjoos?	1	2	3	4
15. Vomitou?	1	2	3	4

Por favor, passe à página seguinte

Durante a última semana :	Não	Um pouco	Bastante	Muito
16. Teve prisão de ventre?	1	2	3	4
17. Teve diarreia?	1	2	3	4
18. Sentiu-se cansado/a?	1	2	3	4
19. As dores perturbaram as suas actividades diárias?	1	2	3	4
20. Teve dificuldade em concentrar-se, por exemplo, para ler o jornal ou ver televisão?	1	2	3	4
21. Sentiu-se tenso/a?	1	2	3	4
22. Teve preocupações?	1	2	3	4
23. Sentiu-se irritável?	1	2	3	4
24. Sentiu-se deprimido/a?	1	2	3	4
25. Teve dificuldade em lembrar-se das coisas?	1	2	3	4
26. O seu estado físico ou tratamento médico interferiram na sua vida <u>familiar</u> ?	1	2	3	4
27. O seu estado físico ou tratamento médico interferiram na sua actividade <u>social</u> ?	1	2	3	4
28. O seu estado físico ou tratamento médico causaram-lhe problemas de ordem financeira?	1	2	3	4

Nas perguntas que se seguem faça um círculo à volta do número, entre 1 e 7, que melhor se aplica ao seu caso

29. Como classificaria a sua saúde em geral durante a última semana?

1	2	3	4	5	6	7
Péssima						Óptima

30. Como classificaria a sua qualidade de vida global durante a última semana?

1	2	3	4	5	6	7
Péssima						Óptima



EORTC QOL - BR23

Por vezes, os doentes nos descrevem que têm os seguintes sintomas ou problemas. Por favor nos indique, relativamente à semana passada, até que ponto sentiu estes sintomas ou problemas.

Durante a última semana:	Não	Pouco	Modera- Damente	Muito
31. Sentiu a boca seca?	1	2	3	4
32. O que comeu e bebeu teve um sabor diferente do normal?	1	2	3	4
33. Sentiu os olhos doridos, irritados ou lacrimejantes?	1	2	3	4
34. Teve queda de cabelo?	1	2	3	4
35. Responda a esta pergunta apenas se teve queda de cabelo: A queda de cabelo perturbou você?	1	2	3	4
36. Sentiu-se doente ou indisposta?	1	2	3	4
37. Sentiu arrepios de calor?	1	2	3	4
38. Sentiu dor de cabeça?	1	2	3	4
39. Você se sentiu menos bonita devido à sua doença ou tratamento?	1	2	3	4
40. Você se sentiu menos mulher como resultado de sua doença ou tratamento?	1	2	3	4
41. Achou difícil observar-se nua?	1	2	3	4
42. Sentiu-se insatisfeito(a) com seu corpo?	1	2	3	4
43. Sentiu-se preocupado(a) com sua saúde futura?	1	2	3	4
Durante as últimas <u>quatro</u> semanas:	Não	Pouco	Modera- Damente	Muito
44. Até que ponto sentiu desejo sexual?	1	2	3	4
45. Com que frequência foi sexualmente ativa (teve relações sexuais) / (com ou sem relação sexual)	1	2	3	4
46. Responda a esta pergunta apenas se tiver sido sexualmente ativa: Até que ponto o sexo foi satisfatório para você?	1	2	3	4

Por favor, continue na folha seguinte

Durante a última semana:	Não	Pouco	Moderadamente	Muito
47. Sentiu dores no braço ou ombro?	1	2	3	4
48. Sentiu seu braço ou sua mão inchados?	1	2	3	4
49. Sentiu dificuldade em levantar ou abrir o braço?	1	2	3	4
50. Sentiu dores na área de seu seio doente?	1	2	3	4
51. Sentiu a área de seu seio doente inchada?	1	2	3	4
52. Sentiu a área de seu seio doente demasiado sensível?	1	2	3	4
53. Sentiu problemas de pele no ou na área do seio doente (i.e., comichão, pele seca ou escamosa)?	1	2	3	4

ANEXO B- Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa



CENTRO UNIVERSITÁRIO DO
MARANHÃO - UNICEUMA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM CÂNCER SUBMETIDOS À QUIMIOTERAPIA NO HOSPITAL GERAL TARQUÍNIO LOPES FILHO EM SÃO LUIS - MA

Pesquisador: Marcus Vinícius Viégas Lima

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 27793614.6.0000.5084

Instituição Proponente: Centro Universitário do Maranhão - UniCEUMA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 606.999

Data da Relatoria: 31/03/2014

Apresentação do Projeto:

Introdução: O câncer vem sendo integrado no grupo de doenças crônicas não transmissíveis sendo que grande parte global do ônus é observada em países desenvolvidos necessitando por sua vez de grandes investimentos. Tratar do câncer em si é um desafio importante quando falado de qualidade de vida do paciente e o tempo de sobrevivência desses indivíduos. Portanto quando abordamos essa questão a principal preocupação é em diminuir o risco de morbimortalidade aumentando dessa forma a expectativa de vida do paciente. **Objetivo Geral:** Avaliar a qualidade de vida em pacientes com câncer submetidos à quimioterapia no Hospital Geral Tarquínio Lopes Filho em São Luís-MA. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo do tipo transversal, onde a pesquisa será realizada no Hospital Geral Tarquínio Lopes Filho com uma amostra de 300 pacientes oncológicos com idade maior que 18 anos realizando quimioterapia no mesmo. **Análise de dados:** Inicialmente será realizada uma análise descritiva. As variáveis quantitativas serão descritas por média e desvio padrão (média \pm DP) ou mediana. As variáveis qualitativas serão apresentadas por

Endereço: DOS CASTANHEIROS
Bairro: JARDIM RENASCENÇA **CEP:** 65.075-120
UF: MA **Município:** SÃO LUIS
Telefone: (98)3214-4265 **Fax:** (98)3214-4212 **E-mail:** cep@ceuma.br



CENTRO UNIVERSITÁRIO DO
MARANHÃO - UNICEUMA



Continuação do Parecer: 606.999

meio de frequências absolutas e percentuais. Os dados coletados serão analisados pelo programa estatístico SPSS 18.0. Os resultados do modelo serão interpretados ao nível de significância estatística de $p \leq 0,05$. Resultados Esperados: Qualidade de vida é um requisito essencial no tratamento do câncer, pois, precisa de um acompanhamento mais detalhado da doença. Esta pesquisa terá como resultados esperados a importância da qualidade de vida nos pacientes oncológicos observando suas correlações durante o tratamento quimioterápico visando de uma maneira global o bem estar do paciente podendo também correlacionar alterações que podem estar interferindo em determinada doença prejudicando dessa forma assim a especificidade do tratamento.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

¿Avaliar a qualidade de vida em pacientes com câncer submetidos à quimioterapia em um Hospital Estadual de referência em São Luís- MA

Objetivo Secundário:

¿Caracterizar os pacientes em tratamento quimioterápico quanto à idade, gênero, estado civil, profissão, nível de escolaridade, religião, diagnóstico e tratamento realizado. ¿Identificar quais são os domínios (funções físicas, mentais, cognitivas, e emocionais) que interferem na qualidade de vida desses indivíduos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

não haverá riscos para a mostra estudada visto que serão feitas aplicações de questionários e não será feita nenhuma intervenção

Benefícios:

conhecendo se existe ou não qualidade de vida em pacientes com câncer que realizam quimioterapia é de extrema importância para se estabelecer melhores formas de tratamento da doença

Endereço: DOS CASTANHEIROS
Bairro: JARDIM RENASCENÇA CEP: 65.075-120
UF: MA Município: SAO LUIS
Telefone: (98)3214-4265 Fax: (98)3214-4212 E-mail: cep@ceuma.br



CENTRO UNIVERSITÁRIO DO
MARANHÃO - UNICEUMA



Continuação do Parecer: 606.999

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta relevância científica e certamente contribuirá para esclarecer pontos importantes a respeito do tema. A equipe encontra-se capacitada para realizar a pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios foram apresentados corretamente preenchidos.

Recomendações:

Nenhuma

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SAO LUIS, 07 de Abril de 2014

Assinado por:
Eduardo Durans Figuerêdo
(Coordenador)

Endereço: DOS CASTANHEIROS
Bairro: JARDIM RENASCENCA CEP: 65.075-120
UF: MA Município: SAO LUIS
Telefone: (98)3214-4265 Fax: (98)3214-4212 E-mail: cep@ceuma.br

ANEXO C- Autorização de Participação no estudo**GOVERNO DO ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE ESTÁGIO E PESQUISA**

Casa do Trabalhador – Bairro: Calhau/São Luís – Ma
Contatos: (98) 3236-9394, estagioses@yahoo.com.br

Ofício nº 199/2014/CEP-SES

São Luís, 11 de abril de 2016

A Direção do(a) Hospital Tarquínio Lopes Filho

Senhor Diretor(a),

Estamos autorizando a **prorrogação** da pesquisa **“AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM CÂNCER SUBMETIDOS A QUIMIOTERAPIA NO HOSPITAL GERAL TARQUÍNIO LOPES FILHO EM SÃO LUÍS - MA”**, entre o período de **11/04/2016 a 30/04/2018**.

Este estudo foi protocolado na Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão através do processo nº 14422/2013 a ser realizada pela equipe executora formada por: **IGOR MARCELO CASTRO E SILVA; LECIANE ROCHA TAVARES; GABRIEL PEREIRA DA COSTA; ANDERSON BATISTA LOPES** do curso de **FISIOTERAPIA** do(a) **Universidade Ceuma** no(s) seguinte(s) setor(es): **ONCOLOGIA** compreendendo inicialmente o período de 25/04/2014 a 30/10/2014.

O projeto foi julgado pelo CEP do(a) UNICEUMA que emitiu **parecer consubstanciado nº 606.999** e CAAE/Processo nº 27793614.6.0000.5084 no dia 31/03/2014 tendo como **pesquisador responsável o professor(a) MARCUS VINÍCIUS VIÉGAS LIMA** – Tel: (98) 3226-2484 (98) 8803-1157, Email: M.VIEGAS.LIMA@GMAIL.COM e fonte de financiamento: Recursos Próprios do Pesquisador.

Atenciosamente,

gestia Alves dos Santos

Coordenação de Estágio e Pesquisa da SES