

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

SABRINA NUNES GARCIA

**QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES COM NEOPLASIA MAMÁRIA EM  
TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO**

CURITIBA

2014

SABRINA NUNES GARCIA

**QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES COM NEOPLASIA MAMÁRIA EM  
TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Luciana Puchalski Kalinke

Co-Orientador: Prof. Dr. Jorge Vinícius Cestari Félix

CURITIBA

2014

Garcia, Sabrina Nunes

Qualidade de vida de mulheres com neoplasia mamária em tratamento quimioterápico / Sabrina Nunes Garcia. – Curitiba, 2014. 104 f. il.; 30 cm

Orientadora: Professora Dra. Luciana Puchalski Kalinke  
Coorientador: Professor Dr. Jorge Vinícius Cestari Félix  
Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2014.

Inclui bibliografia

1. Neoplasia mamária. 2. Qualidade de vida. 3. Enfermagem oncológica. I. Kalinke, Luciana Puchalski. II. Félix, Jorge Vinícius Cestari. III. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

CDD 616.99449

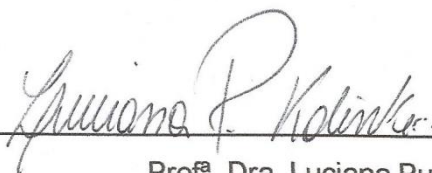
## TERMO DE APROVAÇÃO

**SABRINA NUNES GARCIA**

### **QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES COM NEOPLASIA MAMÁRIA EM TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO**

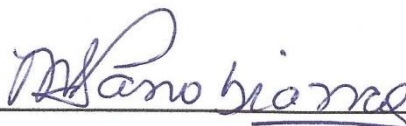
Dissertação aprovada como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Enfermagem, Área de concentração Prática Profissional de Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação Mestrado Acadêmico em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:

Orientadora:



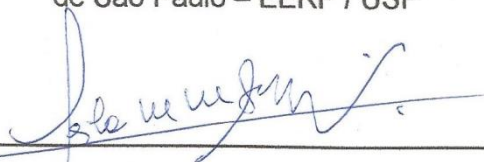
Prof<sup>ª</sup>. Dra. Luciana Puchalski Kalinke

Presidente da Banca: Universidade Federal do Paraná - UFPR



Prof<sup>ª</sup>. Dra. Marislei Sanches Panobianco

Membro Titular: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto / Universidade de São Paulo – EERP / USP



Prof<sup>ª</sup>. Dra. Leila Maria Mansano Sarquis

Membro Titular: Universidade Federal do Paraná - UFPR

Curitiba, 13 de novembro de 2014.

## DEDICATÓRIA

À minha família, em especial aos meus pais, **João Pedro e Eliana**, pela educação recebida, pelos valores repassados, pelo apoio e confiança em mim depositados. Exemplos de amor, coragem e companheirismo, que me mantém firme diante dos desafios da vida.

Ao meu noivo e sempre companheiro **Gustavo**, pelo carinho, pela paciência, pelo apoio e incentivo desde o início, por confiar em mim e permanecer ao meu lado, mesmo nos momentos de ausência.

Aos meus irmãos, **Douglas, Anderson e Tainá**, pela torcida e incentivo incansáveis.

À minha professora, orientadora, amiga, mãe e irmã, **Luciana Kalinke**, pelos ensinamentos compartilhados e por despertar em mim o amor pela Oncologia.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a **Deus**, pela vida, benção, proteção, saúde, força, serenidade e perseverança a mim concedidas, ao longo desta caminhada. Aos meus **pais**, meus **irmãos**, minhas **cunhadas**, meu **sobrinho** e **toda minha família**, pelo amor, incentivo, paciência e auxílio em muitos momentos que precisei. Por acreditarem em meus objetivos e entenderem a minha ausência em diversos momentos.

Ao **Gustavo**, pelo companheirismo, pelo amor, pelo carinho, pela paciência, por estar presente em todos os momentos, por acreditar em mim e me incentivar até o último momento.

Ao meu companheiro de estudos nas manhãs, nas tardes, nas madrugadas, **SaGu**, amigo que não me abandona e fica ao meu lado sempre.

À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. **Luciana Puchalski Kalinke**, pela paciência, compreensão, dedicação e confiança, na construção deste sonho. Por respeitar minhas limitações, por vibrar com minhas conquistas e evoluções, por ser exemplo na arte de educar e assistir, por ser incansável em me tornar uma pessoa melhor.

Ao Prof. Dr. **Jorge Vinícius Cestari Félix**, pelo auxílio, correções e contribuições a esta pesquisa.

Ao **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem** da Universidade Federal do Paraná, pela oportunidade de crescimento e pelo corpo docente qualificado, imprescindível na realização deste sonho.

Aos membros do **Grupo de Estudo Multiprofissional em Saúde do Adulto (GEMSA)**, pelo acolhimento, pela convivência, pelas contribuições a esta pesquisa e pela oportunidade de crescimento ao longo deste período.

Ao **Laboratório de Estatística Aplicada (LEA)** da Universidade Federal do Paraná, especialmente ao Prof. Dr. Paulo Ricardo Bitencourt Guimarães, pelo auxílio com as análises estatísticas.

Aos **colegas da turma do Mestrado**, solidários em muitos momentos nesses dois anos de convívio. A troca de experiência nos fez crescer e tornou a caminhada mais agradável.

À **Gisele Castro e Carila Galdino**, pelo auxílio nas coletas, pela convivência e suporte durante esta pesquisa.

À grande enfermeira e amiga **Carla Gabardo**, por estar sempre ao meu lado, por compartilhar comigo as angústias e conquistas diárias, por entender minhas ausências, pelo apoio e compreensão durante esta caminhada. Muito Obrigada!

À **equipe do setor da quimioterapia**, Patrícia, Nazareth, Vanessa, Regiane, Rosângela, Juliana, Karin, pela companhia e auxílio no recrutamento das pacientes. Obrigada pelas conversas, pelos momentos de distração, pelas risadas e pelo apoio.

Às **amigas** Ana Paula Blansky, Ana Paula Marchioro, Alessandra, Angelita, Eveline, Eliana, Pauline, Simone e todos meus amigos da amada Ribeirão Branco, pelas vibrações positivas.

Ao Dr. **Johnny Camargo**, Dr<sup>a</sup>. **Clarice Yamanouchi**, Dr. **Luiz Antonio Negrão**, Dr. **Sérgio Hatschbach**, pela compreensão durante esta jornada.

Aos **membros das bancas** de qualificação e defesa, por aceitarem o convite e contribuírem para o aperfeiçoamento desta pesquisa.

Às **mulheres portadoras de neoplasia mamária**, que com muita coragem receberam o diagnóstico, enfrentaram as etapas do tratamento e gentilmente aceitaram participar da pesquisa. Sem vocês este sonho não teria se concretizado.

À todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste sonho. **Muito obrigada!**

## EPÍGRAFE

"Desistir... eu já pensei seriamente nisso, mas nunca me levei realmente a sério; é que tem mais chão nos meus olhos do que o cansaço nas minhas pernas, mais esperança nos meus passos, do que tristeza nos meus ombros, mais estrada no meu coração do que medo na minha cabeça."

**(Cora Carolina)**

"A vida é uma peça de teatro que não permite ensaios. Por isso, cante, chore, dance, ria e viva intensamente, antes que a cortina se feche e a peça termine sem aplausos."

**(Charles Chaplin)**

"A persistência é o caminho do êxito."

**(Charles Chaplin)**



## RESUMO

A neoplasia mamária é uma doença temida pelas mulheres, pois comumente está associada à mutilação física e alterações no estilo de vida, ocasionadas pelo diagnóstico tardio e pelos efeitos sistêmicos do tratamento. O conhecimento e acompanhamento dos sintomas da doença e seus efeitos adversos permitem a avaliação do tratamento e seu impacto, bem como o planejamento de intervenções de enfermagem para a reabilitação e melhores condições de qualidade de vida. Trata-se de um estudo observacional analítico, de coorte prospectivo, cujo objetivo foi investigar a qualidade de vida de mulheres com diagnóstico de neoplasia mamária em tratamento quimioterápico ambulatorial. O estudo foi realizado em uma instituição privada de Oncologia em Curitiba-PR, especialista em tratamento quimioterápico. Foram convidadas a participar da pesquisa todas as mulheres com diagnóstico de neoplasia mamária submetidas pela primeira vez à quimioterapia no período de outubro de 2012 a julho de 2013. A amostra foi constituída por 48 mulheres e a coleta de dados ocorreu em três fases do tratamento, mediante os questionários de caracterização sócio-demográfica e clínica; *Quality of Life Questionnaire Core 30 (QLQ C30)* e *Quality of Life Questionnaire – Breast Cancer Module (QLQ BR23)*. Os dados obtidos nos questionários foram organizados em tabelas elaboradas no programa computacional *Microsoft® Excel 2010* e posteriormente efetuada análise descritiva, por meio da distribuição de frequência absoluta e relativa, média, desvio padrão, valores mínimos e máximos e testes estatísticos de associação entre variáveis (*Friedman*, Diferença Mínima Significativa, *Spearman* e *Kruskal-Wallis*). Valores de  $p < 0,05$  foram considerados estatisticamente significativos. Os resultados mostraram que 62,5% ( $n=30$ ) das participantes apresentaram média de idade inferior a média nacional (50 anos), 54% ( $n=26$ ) possuíam ensino superior completo, 39,5% ( $n=19$ ) apresentaram estadió clínico III ao diagnóstico, 62,5% ( $n=30$ ) foram submetidas ao tratamento adjuvante, 54% ( $n=26$ ) realizaram protocolo quimioterápico baseado em antraciclina e taxanos e 35,5% ( $n=17$ ) iniciaram o tratamento em até um mês após o diagnóstico. A análise estatística reportou diferenças significativas na função física ( $p=0,00056$ ) e função social ( $p=0,00551$ ) entre a primeira e a terceira etapas; nos sintomas fadiga ( $p=0,00001$ ) e náuseas e vômitos ( $p=0,00046$ ) entre a primeira e a segunda, e entre a primeira e a terceira etapas; e nos itens imagem corporal ( $p=0,00003$ ) e efeitos sistêmicos da terapêutica ( $p=0,00001$ ) entre a primeira e a segunda, e entre a primeira e a terceira etapas. A associação entre as variáveis idade e função física apresentou-se significativa na segunda etapa ( $p=0,041$ ), enquanto que a associação entre a escolaridade e a imagem corporal foi estatisticamente significativa na primeira etapa ( $p=0,036$ ), o que denota comprometimento da qualidade de vida das mulheres em relação a esses domínios. Tais evidências subsidiam um cuidado mais direcionado e efetivo, de forma a impactar positivamente sobre a qualidade de vida, valorizando não somente a ocorrência dos sintomas fisiológicos dos quimioterápicos, mas também o impacto físico, social e emocional que a doença e a terapêutica podem ocasionar à vida dessas mulheres.

**Palavras-Chave:** Enfermagem Oncológica. Qualidade de Vida. Neoplasias da Mama.

## ABSTRACT

Breast neoplasia is a disease feared by women because it is commonly associated to physical mutilation and changes in lifestyle due to late diagnosis and the systemic effects of treatment. Knowledge and follow-up of the disease and its adverse effects enable treatment assessment and its impact as well as nursing intervention planning aiming at rehabilitation and better conditions of life. It is an analytical observational study, prospective cohort, which objectified to investigate the quality of life of women diagnosed with breast neoplasia undergoing chemotherapy outpatient treatment. The study was held at a private oncology institution in Curitiba, Paraná State/Brazil, specialized in chemotherapy treatment. All women diagnosed breast neoplasia, undergoing chemotherapy for the first time, were invited to participate in the research between October, 2012 and July, 2013. The sample entailed 48 women, and data collection was carried out in three phases of treatment by means of clinic, sociodemographic profile questionnaires: *Quality of Life Questionnaire Core 30 (QLQ C30)* and *Quality of Life Questionnaire – Breast Cancer Module (QLQ BR23)*. Data obtained from the questionnaires were organized in tables elaborated in the Microsoft® *Excel* 2010 computer program, and further descriptive analysis was held by means of absolute and relative frequency distribution, standard deviation, minimum and maximum values, and statistical tests of association between variables (*Friedman*, Minimum Significant Difference, *Spearman* and *Kruskal-Wallis*). Values of  $p < 0,05$  were considered statistically significant. Results showed that 62,5% ( $n=30$ ) had mean age inferior to national mean age (50 years old), 54% ( $n=26$ ) were higher education graduates, 39,5% ( $n=19$ ) presented clinical stage III when diagnosed, 62,5% ( $n=30$ ) were submitted to adjuvant treatment, 54% ( $n=26$ ) underwent chemotherapy based on anthracyclines and taxanes, and 35,5% ( $n=17$ ) started treatment until one month after diagnosis. Statistical analysis reported significant differences in physical function ( $p=0,00056$ ) and social function ( $p=0,00551$ ) between the first and third phases; in the symptoms of fatigue ( $p=0,00001$ ) and nausea and vomiting ( $p=0,00046$ ) between the first and second, and between the first and third phases; and in the items of body image ( $p=0,00003$ ) and systemic effects of therapeutics ( $p=0,00001$ ) between the first and second, and between the first and third phases. The association between age and physical function variables evidenced significant in the second phase ( $p=0,041$ ), while the association between schooling and body image was statistically significant in the first phase ( $p=0,036$ ), which evidences the harm on women's quality of life in relation to these domains. Such evidences foster effective, more oriented care to impact positively on quality of life, stressing not only the occurrence of physiological symptoms due to chemotherapy drugs, but also the physical, social and emotional impact that disease and therapeutics may cause to those women's lives.

**Key words:** Oncology Nursing. Quality of Life. Breast Neoplasms.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADRO 1	-	<i>EUROPEAN ORGANIZATION FOR RESEARCH AND TREATMENT OF CANCER – EORTC - QUALITY OF LIFE QUESTIONNAIRE C30.....</i>	28
QUADRO 2	-	<i>EUROPEAN ORGANIZATION FOR RESEARCH AND TREATMENT OF CANCER – EORTC - QUALITY OF LIFE QUESTIONNAIRE BR23..</i>	29
FIGURA 1	-	ETAPAS DA PESQUISA E QUESTIONÁRIOS UTILIZADOS EM CADA ETAPA.....	30

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1	- DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES SUBMETIDAS À QUIMIOTERAPIA PARA NEOPLASIA MAMÁRIA, SEGUNDO DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS.....	35
TABELA 2	- DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES SUBMETIDAS À QUIMIOTERAPIA PARA NEOPLASIA MAMÁRIA, SEGUNDO DADOS CLÍNICOS.....	36
TABELA 3	- DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES SUBMETIDAS À QUIMIOTERAPIA PARA NEOPLASIA MAMÁRIA, SEGUNDO DADOS CLÍNICOS DO TRATAMENTO.....	37
TABELA 4	- DADOS DESCRITIVOS DO QLQ C30 OBTIDOS NAS TRÊS ETAPAS DA PESQUISA.....	38
TABELA 5	- ESCORES SIGNIFICATIVOS DO QLQ C30 ENTRE AS TRÊS ETAPAS DA PESQUISA.....	39
TABELA 6	- DADOS DESCRITIVOS DA ASSOCIAÇÃO ENTRE VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E VARIÁVEIS DO QLQ C30 NAS TRÊS ETAPAS DA PESQUISA.....	40
TABELA 7	- DADOS DESCRITIVOS DO QLQ BR23 OBTIDOS NAS TRÊS ETAPAS DA PESQUISA.....	41
TABELA 8	- ESCORES SIGNIFICATIVOS DO QLQ BR23 ENTRE AS TRÊS ETAPAS DA PESQUISA.....	42
TABELA 9	- DADOS DESCRITIVOS DA ASSOCIAÇÃO ENTRE VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E VARIÁVEIS DO QLQ BR23 NAS TRÊS ETAPAS DA PESQUISA.....	42

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC - T	- Adriamicina®, Ciclofosfamida®, Taxol® ou Taxotere®
BRCA1 e BRCA2	- <i>Breast Cancer 1 - early onset, e Breast Cancer 2</i>
CMF	- Ciclofosfamida®, Metrotexate®, Fluouracil®
DNA	- Ácido Desoxirribonucleico
DP	- Desvio Padrão
EB	- Escore Bruto
EBCTCG	- <i>Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group</i>
EC	- Estadio Clínico
EORTC	- <i>European Organization for Research and Treatment of Cancer</i>
FACT-B	- <i>Functional Assessment of Cancer Therapy for Breast Cancer</i>
FACT-G	- <i>Functional Assessment of Cancer Therapy General</i>
HAS	- Hipertensão Arterial Sistêmica
HCUFPR	- Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná
INCA	- Instituto Nacional do Câncer
KW	- <i>Kruskal-Wallis</i>
LEA	- Laboratório de Estatística Aplicada
OMS	- Organização Mundial da Saúde
QLQ	- <i>Quality of Life Questionnaire</i>
QLQ BR23	- <i>Quality of Life Questionnaire - Breast Cancer Module</i>
QLQ C30	- <i>Quality of Life Questionnaire – Core 30</i>
QV	- Qualidade de Vida
SF36	- <i>Medical Outcomes Study 36 – Item Short - Form Health Survey</i>
TNM	- Sistema de Classificação dos Tumores Malignos

- UFPR - Universidade Federal do Paraná
- UICC - União Internacional Contra o Câncer
- WHO - *World Health Organization*
- WHOQOL - *World Health Organization Quality of Life*

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>15</b>
1.1	NEOPLASIA MAMÁRIA.....	15
1.2	QUALIDADE DE VIDA.....	19
1.3	ENFERMAGEM ONCOLÓGICA.....	22
<b>2</b>	<b>OBJETIVO GERAL.....</b>	<b>25</b>
2.1	OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	25
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>26</b>
3.1	TIPO DE ESTUDO.....	26
3.2	LOCAL DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO.....	26
3.3	COLETA DE DADOS.....	27
3.4	PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	30
3.5	ANÁLISE DE DADOS.....	31
3.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	33
<b>4</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>35</b>
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>43</b>
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>80</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>83</b>
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>91</b>
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>96</b>

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 NEOPLASIA MAMÁRIA

A neoplasia mamária, uma das doenças mais temidas entre as mulheres, ainda causa grande impacto devido ao estigma relacionado à sua gravidade, evolução imprevisível, mutilação e alterações na autoimagem, comprometendo o aspecto físico, psicológico e social das acometidas, o que causa significativas alterações na sua qualidade de vida (QV). Neste contexto, a Enfermagem é provedora de diversas ações que possibilitam um cuidado direcionado e humanizado durante todo o itinerário terapêutico, as quais auxiliam as mulheres a enfrentar o momento com melhor QV e a recuperar sua autoestima e vontade de vencer.

Segundo dados do Instituto Nacional de Câncer (INCA), a neoplasia mamária é a segunda mais frequente no mundo e a mais comum entre as mulheres, sendo esperados 57.120 casos novos para o ano de 2014 no Brasil, com um risco estimado de 56,09 casos a cada 100 mil mulheres. É considerada como a primeira causa de óbito por câncer entre as mulheres pela alta incidência e diagnóstico tardio, podendo acometer também o gênero masculino, porém em menores proporções (BRASIL, 2014).

Em cada 150 mulheres diagnosticadas, existe pelo menos um caso no gênero masculino, representando cerca de 1% das neoplasias mamárias, o que a configura como uma doença rara no homem (BONFIM, 2013).

Apesar do avanço tecnológico na área da saúde e das informações veiculadas pela mídia, as taxas de mortalidade por neoplasia mamária continuam elevadas no Brasil, muito provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estágios avançados, com sobrevida aproximada de 80% (BRASIL, 2014). Entretanto, a detecção precoce, envolvendo as ações de rastreamento e o diagnóstico em estágio inicial, é considerada prioridade no enfrentamento da neoplasia mamária, cuja efetividade repercute em melhores resultados terapêuticos e possibilitam um melhor prognóstico (MAJEWSKI *et al.*, 2012).

Estadiar uma neoplasia maligna significa avaliar seu grau de disseminação e este deve ser realizado independente da fase em que a neoplasia é detectada. O



sistema de classificação de tumores malignos TNM é o mais utilizado e preconizado pela União Internacional Contra o Câncer (UICC), e agrupa o tamanho do tumor (T), número de linfonodos comprometidos (N) e a presença ou ausência de metástases (M). De modo geral, o estadios 0 categoriza o carcinoma *in situ*, os estadios I e II referem-se aos tumores localizados no órgão de origem, diferenciando-se pela sua extensão, no estadios III qualificam-se os tumores com disseminação local extensa, particularmente para linfonodos regionais, e os tumores com metástases à distância são classificados como estadios IV (BRASIL, 2012b).

A etiologia da neoplasia mamária ainda não está totalmente esclarecida, porém, pode ser atribuída à interação de fatores que são considerados determinantes no desenvolvimento da doença, podendo reputar que a exposição aos fatores de risco contribui para tal propagação (SAÇO *et al.*, 2011).

Destarte, a prevenção depende de alternativas para reduzir ou evitar a exposição a esses fatores, visto que não existem estratégias específicas, embasadas cientificamente, que possibilitem a prevenção. Entretanto, é possível reduzir a incidência por meio de práticas de promoção à saúde que enfatizem a atenção aos fatores de risco, os quais são multicausais (MATOS; PELLOSO; CARVALHO, 2010).

Segundo o INCA (BRASIL, 2012b), os elementos que oferecem risco para o desenvolvimento da neoplasia mamária são aqueles relacionados aos aspectos endócrinos (fatores hormonais e reprodutivos da mulher), genéticos e idade.

Os aspectos endócrinos referem-se ao estímulo estrogênico, ao histórico de menarca precoce (antes dos 11 anos), nuliparidade, primeira gestação após os 30 anos, menopausa tardia (após os 50 anos), utilização de anticoncepcionais orais e terapia de reposição hormonal pós-menopausa (BRASIL, 2012b). Os fatores genéticos estão relacionados à presença de mutações dos genes *BRCA1* e *BRCA2*<sup>1</sup> e histórico familiar ou pessoal de neoplasia mamária, que poderá indicar predisposição genética quando associados (BRASIL, 2012b; SILVA JUNIOR; GERANUTTI; JOB, 2013; AMERICAN CANCER SOCIETY, 2014).

No entanto, a idade consiste em um dos principais fatores de risco, haja vista que a incidência da neoplasia mamária é relativamente rara antes dos 35 anos

---

<sup>1</sup> *BRCA1* e *BRCA2* são genes humanos responsáveis pela regulação, metabolismo hormonal e reparo do DNA, que aumentam o risco de desenvolver o câncer de mama caso apresentem mutações (BRASIL, 2011).

de idade, com aumento rápido e progressivo até os 50 anos. Posteriormente, a mesma ocorre de maneira mais lenta. Outros fatores incluem a exposição a radiações ionizantes antes dos 40 anos de idade, maior densidade do tecido mamário, hiperplasia mamária atípica, ingestão de bebida alcoólica, tabagismo, obesidade e sedentarismo (BRASIL, 2014).

Alguns fatores de risco são potencialmente modificáveis e relacionam-se à prevenção da neoplasia mamária. Para tanto, especial interesse recai sobre eles, como hábitos alimentares inadequados, obesidade após a menopausa, utilização de terapias hormonais, inatividade física, tabagismo e etilismo (BRASIL, 2012b; *AMERICAN CANCER SOCIETY*, 2014).

Conhecer os fatores de risco é uma maneira protetora de controlar a incidência e propagação da neoplasia, possibilitando diagnósticos precoces e melhores resultados terapêuticos, com aumento da sobrevivência global e maior controle da disseminação da doença (BRASIL, 2011).

Alvo de constantes implementos nas últimas décadas, a abordagem terapêutica para a neoplasia mamária é composta por intervenções locais e sistêmicas, utilizadas de forma independente ou concomitante. A cirurgia e a radioterapia são intervenções locais, que visam a remoção ou a destruição da neoplasia mamária, enquanto que a quimioterapia, a hormonioterapia e a terapia biológica são intervenções sistêmicas, que buscam controlar ou destruir a neoplasia na extensão de todo o organismo (MAJEWSKI *et al.*, 2012).

A quimioterapia antineoplásica, isolada ou em combinação, tem se tornado uma das maneiras mais importantes e promissoras de combate à neoplasia mamária. É uma modalidade de tratamento sistêmico que permite o tratamento precoce de metástases não detectáveis, podendo ser empregada com objetivos curativos ou paliativos, dependendo do tipo de tumor, da extensão da doença e da condição física da paciente (BONASSA; GATO, 2012).

A maioria dos antineoplásicos atua de forma não específica, lesando tanto células malignas quanto benignas do organismo. Como uma modalidade de tratamento para a neoplasia mamária, a quimioterapia tem a sua finalidade estabelecida, seja em caráter neoadjuvante, adjuvante ou paliativa (GUIMARÃES; ANJOS, 2012).

A quimioterapia neoadjuvante se caracteriza por ser administrada antes de qualquer outro tratamento oncológico, visa reduzir o tamanho do tumor e melhorar

os resultados dos tratamentos posteriores. A adjuvante tem o caráter de ser administrada após a cirurgia curativa, período em que a paciente está aparentemente sem a doença, mas ainda existe o risco de recidiva, com o intuito de erradicar possíveis disseminações à distância. A paliativa se caracteriza por ser dirigida aos casos de doenças metastáticas, sem possibilidades de cura definitiva, a fim de diminuir ou eliminar os sintomas da doença, bem como aumentar a sobrevida da paciente (GUIMARÃES; ANJOS, 2012; MINEO *et al.*, 2013).

O tratamento antineoplásico representa avanço na cura e controle da neoplasia mamária, aumentando a expectativa e a QV das pacientes (GUIMARÃES; ANJOS, 2012), entretanto, provoca toxicidade pelo seu efeito nocivo na divisão das células normais do corpo, desencadeando debilitações agudas e crônicas em função da citotoxicidade dos seus agentes. Além disso, pode ocasionar redução nas capacidades fisiológicas, cognitivas e sociais, que contribuem para redução da QV e sobrevida global (LIMA; BORGES, 2009; SAWADA *et al.*, 2009; ALEGRANCE; SOUZA; MAZZEI, 2010).

Nesse contexto, é possível compreender o progresso nas modalidades diagnósticas e terapêuticas na Oncologia que prezam, em sua maioria, diminuir o impacto gerado pela doença e pelos efeitos do tratamento. Entretanto, sabe-se que a terapêutica instituída para a neoplasia mamária é fator desencadeante de alterações psicossociais expressivas no cotidiano e na QV das mulheres (SAWADA *et al.*, 2009; SALES *et al.*, 2011).

A neoplasia mamária é uma experiência amedrontadora para as mulheres e, para a maioria, está correlacionada a alterações importantes no modo de viver (MANSANO-SCHLOSSER; CEOLIM, 2012), além de provocar sentimentos de pesar, raiva e medo, uma vez que as mamas representam a feminilidade. Assim, qualquer distúrbio ou anormalidade relacionado às mamas exerce importante impacto psicossocial e emocional delineado em três áreas: desconforto psicológico, mudanças no estilo de vida e preocupações com a possibilidade ou ocorrência da mastectomia, que podem alterar negativamente a QV (SILVA; ALBUQUERQUE; LEITE, 2010).

Diante desse cenário, evidencia-se crescente interesse científico em estudar as condições de vida na Oncologia nas últimas décadas, pois as medidas de QV podem orientar estratégias de enfrentamento de fatores que potencializam o desconforto e o sofrimento, no intuito de minimizá-los ou contorná-los, favorecendo a

recuperação física e emocional da mulher (MAJEWSKI *et al.*, 2012). Não é possível pensar no aumento da sobrevivência de uma paciente sem que a mesma tenha QV durante e após o tratamento (SAWADA *et al.*, 2009; SALES *et al.*, 2011).

## 1.2 QUALIDADE DE VIDA

A melhoria da QV passou a ser um dos resultados esperados tanto das práticas assistenciais quanto das políticas públicas nos campos da promoção da saúde e da prevenção de doenças (MANSANO-SCHLOSSER; CEOLIM, 2012). Para a neoplasia mamária, a QV pode ser influenciada em diversos parâmetros, conforme já explicitados previamente, que podem comprometer a saúde da mulher (LIMA; BORGES, 2009).

O interesse em avaliar a QV de mulheres com neoplasia mamária reporta-se à necessidade de humanizar e individualizar a assistência realizada, de maneira a valorizar não somente a ocorrência dos efeitos colaterais, mas o impacto da doença na perspectiva da paciente, além da dimensão biológica (LIMA; BORGES, 2009).

Desta maneira, a análise da QV é coadjuvante na prática clínica oncológica, sendo um importante indicador na avaliação dos resultados do tratamento, pois auxilia a equipe multiprofissional na identificação das necessidades para adaptações futuras e na decisão da terapêutica mais adequada (FANGEL *et al.*, 2013).

Os tratamentos para a neoplasia mamária podem desencadear eventos adversos que nem sempre são passíveis de controle, além de que, quando são inadequadamente manejados, podem comprometer negativamente a QV das mulheres (FANGEL *et al.*, 2013). Por vezes agressivos, apesar de acrescentarem “anos a vida”, geralmente não adicionam “vida aos anos” das pacientes (GUIMARÃES; ANJOS, 2012, p.583).

Diante do impacto físico, emocional e social provocado pela terapia oncológica, a inclusão de medidas à melhoria da QV é crucial para avaliar intervenções e consequências da doença na vida das pacientes. A procura pelo aprimoramento da assistência e QV das mulheres com neoplasia mamária submetidas à quimioterapia é um aspecto importante a ser mensurado, na medida

em que avalia as dimensões da doença e cria parâmetros para práticas assistenciais cotidianas nos serviços de saúde (TERRA *et al.*, 2013).

Embora exista uma gama de conceitos e opiniões sobre a definição de QV, por ainda não existir um consenso para tal, é notável que estes se voltem para a percepção do paciente sobre a doença, o tratamento e seus efeitos, podendo abranger significados variados, os quais refletem conhecimentos, experiências, valores individuais e coletivos que a ele se reportam em diferentes épocas e espaços da história (SEIXAS; KESSLER; FRISON, 2010; ZANDONAI *et al.*, 2010).

É possível observar a concordância razoável entre os pesquisadores acerca do construto QV, cujas características são a subjetividade, relacionada às respostas que devem ser do próprio indivíduo e dependem de sua experiência de vida, valores e cultura; a multidimensionalidade, que se caracteriza pelos domínios<sup>2</sup> que envolvem a avaliação de QV; e a bipolaridade, cuja avaliação de QV pode variar de acordo com as experiências e expectativas de cada indivíduo (NICOLUSSI; SAWADA, 2011).

Para a presente pesquisa, optou-se por utilizar o conceito inicial de QV da Organização Mundial da Saúde, que a define como:

A percepção do indivíduo em relação a sua posição na vida, no contexto dos sistemas de cultura e valor em que ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito amplo, afetado de forma complexa pela saúde física da pessoa, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e sua relação com as características marcantes do seu ambiente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1997, p.3).

A compreensão dos elementos que compõem essa percepção poderá auxiliar o profissional de saúde na definição de intervenções que contemplam a integralidade do paciente e não se restrinjam à abordagem da doença e do tratamento (MANSANO-SCHLOSSER; CEOLIM, 2012).

Destarte, a mensuração da QV é um importante recurso a ser utilizado e deve considerar aspectos que envolvam a melhora, a estabilização ou a piora da doença, com base no tratamento, incluindo o bem-estar físico, psicológico e social dos pacientes (FANGEL *et al.*, 2013).

A avaliação da QV deve ser realizada com o auxílio de instrumentos próprios, validados, confiáveis e destinados a este fim. Porém, é preciso considerar a diversidade consensual acerca do instrumento a ser utilizado e do momento em

---

<sup>2</sup> Bem estar físico, social, familiar, emocional, funcional.

que será realizada a avaliação, por se tratar de um construto multidimensional, subjetivo e que se altera com o tempo, além de não existir padrão-ouro para tal (BERTAN; CASTRO, 2009; SAWADA *et al.*, 2009).

Atualmente, diversos instrumentos internacionais avaliam a QV dos pacientes oncológicos, podendo ser genéricos ou específicos, que se propõem a avaliar de forma global os aspectos relacionados à QV (físico, social, psicológico, emocional e sexual), e de forma direcionada para alguns aspectos particulares (BEZERRA *et al.*, 2013).

De acordo com uma revisão sistemática realizada sobre a “Qualidade de vida de mulheres brasileiras com câncer de mama”, os instrumentos mais utilizados foram o *Functional Assessment of Cancer Therapy General* (FACT-G), *Functional Assessment of Cancer Therapy for Breast Cancer* (FACT-B), *Medical Outcomes Study 36 – Item Short - Form Health Survey* (SF36), *Quality of Life Questionnaire Core 30* (QLQ C30), *Quality of Life Questionnaire – Breast Cancer Module* (QLQ BR23) e *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL) (MACHADO; BERGMANN, 2012).

Dentre esses, destacam-se os instrumentos da *European Organization for Research and Treatment of Cancer* (EORTC), que apresenta um questionário exclusivo para avaliar a QV dos pacientes oncológicos, o *Quality of Life Questionnaire C30* (QLQ C30), comum a todos os tipos de cânceres, e questionários específicos de acordo com a sua localização, para a neoplasia mamária foi desenvolvido o *Quality of Life Questionnaire - Breast Cancer Module* (QLQ BR23) (FRANCESCHINI *et al.*, 2010; MICHELS; LATORRE; MACIEL, 2013).

Por esse motivo, optou-se por utilizar nesta pesquisa os questionários da EORTC, por serem amplos e utilizarem escalas adicionais aos outros questionários, que avaliam a função cognitiva, sintomatologia e impacto financeiro da doença.

A EORTC é uma organização internacional filantrópica, dedicada a desenvolver, conduzir, coordenar e estimular o desenvolvimento de pesquisas na Europa e mundialmente, a fim de melhorar a gestão do câncer e de problemas relacionados ao aumento da sobrevida e também melhorar a QV do paciente (EORTC, 2011).

Os modelos de QV da EORTC são multidimensionais e o questionário autoaplicável, incluindo sintomas específicos do câncer, efeitos colaterais do tratamento, sofrimento psicológico, funcionamento físico, interação social, imagem

corporal, sexualidade, saúde global e satisfação com o cuidado médico. Essas características conferem-lhe a indicação de melhor medida de QV desenvolvida para pacientes com câncer (MICHELS; LATORRE; MACIEL, 2010).

Os questionários originais da EORTC estão disponíveis em inglês e podem ser utilizados em diversos países desde que traduzidos, validados e disponibilizados pela organização (Anexo 1). No Brasil, tais questionários já foram traduzidos e validados e passaram pelas medidas de confiabilidade, configurando-os como confiáveis para aplicação (FRANCESCHINI *et al.*, 2010; MICHELS; LATORRE; MACIEL, 2013).

Os questionários de mensuração da QV apontam medidas facilitadoras para o reconhecimento de problemas funcionais e emocionais nem sempre detectáveis na avaliação clínica convencional (MAJEWSKI *et al.*, 2012). Eles se propõem a oportunizar o adequado manejo das necessidades enfrentadas pelas mulheres com neoplasia mamária em uma vertente de cuidado integral. Isso possibilita direcionar o olhar sobre o impacto gerado pelo adoecimento e pelo tratamento oncológico considerando a vida cotidiana das pacientes, as quais deixam de desempenhar seus papéis sociais e passam por momento de dependência física e emocional, alterando sua QV (FANGEL *et al.*, 2013).

Diante da crescente necessidade de melhor avaliar a QV das pacientes com neoplasia mamária em tratamento quimioterápico, observa-se que a inclusão de medidas que a promovam na prática clínica parece ser um grande desafio (TERRA *et al.*, 2013). A Oncologia necessita, ainda, de melhores condições que minimizem os efeitos indesejáveis do tratamento e favoreçam a abordagem humanizada.

Destarte, o papel do enfermeiro é fundamental para o direcionamento de ações ao atendimento que oriente não apenas a ocorrência dos efeitos colaterais provenientes do tratamento antineoplásico, mas que perceba, identifique e avalie o impacto da doença vivido pela paciente.

### 1.3 ENFERMAGEM ONCOLÓGICA

A Enfermagem tem se configurado como uma área de grande relevância na Oncologia pela importância das suas ações nas diversas etapas do atendimento

oncológico, desde a prevenção ou detecção precoce, até a prestação de cuidados paliativos.

No transcurso da doença, torna-se significativo assistir a paciente de maneira holística, o que denota um cuidado multiprofissional, obtido por meio do acompanhamento especializado entre os diversos profissionais da saúde e da comunicação efetiva entre os mesmos (MINEO *et al.*, 2013).

Sob essa perspectiva, a Enfermagem tem um papel de grande valor neste contexto, principalmente por ser presença constante no desenvolvimento da assistência, monitoramento das intercorrências clínicas, identificação dos sintomas da doença e dos efeitos colaterais da terapêutica.

O cuidado de Enfermagem, para além das questões atinentes ao diagnóstico e ao tratamento, deve ter o objetivo de assistir as pacientes de maneira humanizada nas diversas dimensões do existir, incluindo medidas para prevenir ou minimizar a angústia referida durante a detecção e a terapêutica oncológica (SALIMENA *et al.*, 2012), mantendo QV para as pacientes durante todo o itinerário.

Para tanto, conhecimentos, habilidades e responsabilidades são fundamentais, a fim de que a assistência realizada atenda as diversas expectativas e necessidades apresentadas pelas pacientes de maneira singular (MINEO *et al.*, 2013), observando e valorizando os aspectos biopsicoemocionais e socioespirituais (SALIMENA *et al.*, 2012), e não somente a ocorrência dos efeitos colaterais.

Nesse contexto, cabe ao enfermeiro conhecer os efeitos do tratamento e avaliar sistematicamente cada paciente, por meio de instrumentos clínicos confiáveis e válidos, no intuito de detectar possíveis alterações na QV e de planejar uma assistência que envolva intervenções profiláticas (SAWADA *et al.*, 2009), com maiores possibilidades de cura e melhor QV às pacientes (BRASIL, 2012b).

A Enfermagem Oncológica está presente em todas as fases pelas quais o paciente percorre, desde a atenção primária até a terciária, sendo provedora de ações que minimizam seus estigmas e auxilia na aceitação do momento, contribuindo para uma vida mais qualificada. Todavia, a orientação de Enfermagem configura-se como essencial em todas as modalidades do atendimento à saúde do paciente oncológico, possibilitando diagnósticos precoces e prognósticos favoráveis.

O enfermeiro oncológico tem a responsabilidade de conhecer os fatores de risco, as medidas de prevenção da doença, os sinais e sintomas de alerta, os



objetivos da terapêutica, possíveis efeitos colaterais e cuidados necessários para orientar a paciente nas etapas que irá percorrer (MINEO *et al.*, 2013).

Possivelmente, as orientações realizadas previamente pelo enfermeiro facilitarão as adaptações das pacientes à nova condição de vida, além de restaurar um padrão satisfatório das atividades e da QV atual e futura (NICOLUSSI; SAWADA, 2011), melhorando o impacto que o diagnóstico e a terapia podem causar. Para tanto, é relevante que o enfermeiro oncológico esteja em constante atualização para acompanhar as evoluções na saúde e suprir as necessidades das pacientes em todas as fases do adoecimento (MINEO *et al.*, 2013).

Atualmente, a preocupação principal do enfermeiro oncológico em suas orientações é a possibilidade da ocorrência de efeitos colaterais, de acordo com o protocolo quimioterápico instituído para cada mulher. Para tanto, as orientações realizadas são relacionadas às características dos antineoplásicos e não às da mulher, o que pode comprometer o enfrentamento das mesmas diante do impacto físico, psíquico e social que a doença e a terapia podem ocasionar.

Cuidar de uma paciente oncológica é trabalhar com a vida, independente do tempo que a mesma dispõe (MINEO *et al.*, 2013). Desta maneira, é primordial que o enfermeiro considere, também, as dimensões subjetivas percebidas pelas mulheres durante o percurso terapêutico, direcionando as ações para uma abordagem humanizada e holística, proporcionando melhores condições de vida e saúde para as mesmas.

Destarte, esta pesquisa, cujo objeto de estudo é a qualidade de vida de mulheres com neoplasia mamária em tratamento quimioterápico ambulatorial, tem como hipótese que o impacto gerado pelas implicações relacionadas ao tratamento quimioterápico altera a QV das mulheres com neoplasia mamária. Para tanto, investigar a QV neste cenário subsidiará a assistência ao longo da terapia oncológica.

## 2 OBJETIVO GERAL

Investigar a qualidade de vida de mulheres com diagnóstico de neoplasia mamária em tratamento quimioterápico ambulatorial.

### 2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico das participantes do estudo.
- Identificar os domínios afetados na QV das mulheres com neoplasia mamária nos diferentes momentos do tratamento quimioterápico.
- Comparar os domínios afetados nas diferentes etapas do tratamento quimioterápico.
- Associar os dados sociodemográficos com os domínios alterados na QV das mulheres com neoplasia mamária.

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa observacional analítica, prospectiva, de coorte, com abordagem quantitativa, a qual faz parte de uma pesquisa maior intitulada “Qualidade de Vida de Pacientes Oncológicos submetidos à Quimioterapia”. Tal pesquisa é realizada em instituições públicas e privadas e avalia a QV de pacientes com diagnóstico de neoplasia mamária e neoplasia colo retal em diferentes etapas do tratamento quimioterápico, além de caracterizar os participantes segundo dados sociodemográficos e clínicos. As pesquisas ocorrem de maneira independente, e os dados serão, posteriormente, confrontados, para observar a ocorrência e a divergência das alterações na QV de acordo com as características das instituições.

#### 3.2 LOCAL DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada na unidade de quimioterapia de uma instituição privada de Oncologia situada na cidade de Curitiba - Paraná, especialista em tratamento quimioterápico ambulatorial. Esta instituição atende pacientes possuidores de convênios privados ou particulares e disponibiliza atendimento multiprofissional especializado, de maneira ambulatorial, a todos os clientes, assistindo-os nas diversas fases do tratamento. A equipe multiprofissional é composta por enfermeiros, médicos, farmacêuticos, nutricionistas e psicólogas. Atualmente, são realizadas, em média, 800 aplicações mensais de antineoplásicos, sejam intravenosos, subcutâneos, intramusculares, intravesicais, via oral ou intratecal, atendendo a diversidade de neoplasias existentes.

A neoplasia mamária é a patologia de maior incidência na instituição, contabilizando, aproximadamente, 300 mulheres acometidas, e 600 aplicações mensais somente para a neoplasia mamária. Esta instituição foi escolhida para a realização da pesquisa por ser considerada referência no tratamento quimioterápico

ambulatorial no Paraná, e pela característica privada da instituição nos atendimentos, diferenciando-se dos outros locais de pesquisa do projeto maior.

### 3.3 COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados, foram utilizados três questionários, sendo eles:

a) Questionário um (Q1) de caracterização, estruturado com dados relativos às informações sociodemográficas e clínicas das pacientes (Apêndice 1), aplicado no primeiro dia de tratamento, visando a obter o perfil sociodemográfico das participantes do estudo (Figura 1).

b) Questionário dois (Q2) elaborado pela EORTC, QLQ C30, versão 3.0, específico para avaliar a QV geral dos pacientes oncológicos, na versão em português e validado para o Brasil (Anexo 2).

O questionário central da EORTC é composto por 30 itens que abordam o estado de saúde global e a qualidade de vida e são divididos em cinco escalas funcionais, três escalas de sintomas e seis itens individuais, sendo possível observá-los do Quadro 1.

As respostas dos itens um a 28 são apresentadas em Escala do tipo *Likert* de quatro pontos, correspondendo a “não” (1), “pouco” (2), “moderadamente” (3) e “muito” (4). As respostas referentes aos itens 29 e 30, são apresentadas em Escala do tipo *Likert* de sete pontos, que classifica ambos entre “péssimo” (1) e “ótimo” (7).

<b>ESCALAS (versão 3.0)</b>	<b>Nº das Perguntas</b>
<b>Estado de Saúde Global / QV</b>	
Estado de saúde global/QV (revisado) †	29, 30
<b>Escala Funcional</b>	
Funcionamento Físico (revisado) †	1 a 5
Desempenho Pessoal (revisado) †	6, 7
Funcionamento Emocional	21 a 24
Funcionamento Cognitivo	20, 25
Funcionamento Social	26, 27
<b>Escala de Sintomas / Itens</b>	
Fadiga	10, 12, 18
Náusea e Vômito	14, 15
Dor	9, 19
Dispneia	8
Insônia	11
Perda de Apetite	13
Constipação	16
Diarreia	17
Dificuldades Financeiras	28

QUADRO 1 – EUROPEAN ORGANIZATION FOR RESEARCH AND TREATMENT OF CANCER – EORTC - QUALITY OF LIFE QUESTIONNAIRE C30 (EORTC QLQ C30)

FONTE: Adaptado do EORTC QLQ C30 Scoring Manual (2001)

NOTA: Escalas †(revisado) são aquelas que foram alteradas desde a versão 1.0

c) Questionário três (Q3) direcionado para doença de base (EORTC QLQ BR23), versão 1.0, com questões relacionadas ao câncer de mama, na versão em português, validado para o Brasil (Anexo 3).

Esse instrumento é um módulo derivado do questionário central (QLQ C30), que investiga a QV específica de pacientes com câncer de mama. Consta de 23 itens fragmentados em escalas funcionais e escala de sintomas, sendo possível visualizá-las no Quadro 2.

As respostas de todos os itens também são expressas em Escala do tipo *Likert* de quatro pontos, com as mesmas correspondências do questionário geral (“não”, “pouco”, “moderadamente” e “muito”).

ESCALAS (versão 1.0)	Nº das Perguntas
<b>Escala Funcional</b>	
Imagem Corporal	9 a 12
Função Sexual	14, 15
Satisfação Sexual	16
Perspectiva Futura	13
<b>Escala de Sintomas</b>	
Efeitos Sistêmicos da Terapia	1 a 4, 6 a 8
Sintomas de Mama	20 a 23
Sintomas de Braço	17 a 19
Chateada pela Perda de Cabelo	5

QUADRO 2 – EUROPEAN ORGANIZATION FOR RESEARCH AND TREATMENT OF CANCER – EORTC - QUALITY OF LIFE QUESTIONNAIRE BR23 (EORTC QLQ BR23)

FONTE: Adaptado do EORTC QLQ C30 Scoring Manual (2001)

NOTA: Escalas “Satisfação Sexual” e “Chateada pela Perda de Cabelo” não são aplicáveis se as respostas das perguntas 5 e 4 forem “não”, respectivamente

Atualmente, a versão mais recente do QLQ C30 e QLQ BR23 é a versão 3.0 e 1.0 respectivamente, e estas devem ser utilizadas em todos os novos estudos, sem alterações aos modelos originais disponibilizados pela EORTC (EORTC, 2011).

Os Q2 e Q3 foram aplicados pelos pesquisadores em três momentos distintos (Figura 1) - o primeiro momento antecedeu o início do tratamento quimioterápico (fase pré-tratamento / primeiro dia de quimioterapia), o segundo momento aconteceu durante a fase intermediária do tratamento (40 a 50 dias após a aplicação do primeiro questionário) e o terceiro momento perpassou-se na fase final da coleta de dados (40 a 50 dias após a aplicação do segundo questionário), não considerando a fase final de acompanhamento do estudo como a fase final do tratamento da paciente.

A periodicidade das coletas foi determinada pela causalidade dos eventos adversos do tratamento. Portanto, a primeira etapa foi instituída no primeiro dia de quimioterapia com o intuito de se obter um perfil basal das pacientes, servindo como referência para as demais etapas; a segunda foi determinada pela ocorrência prévia dos primeiros efeitos colaterais da quimioterapia, pois as toxicidades normalmente começam a se manifestar a partir do segundo ciclo da terapêutica (LIMA; BORGES,

2009; GOZZO *et al.*, 2011); e a terceira pela possível adaptação aos eventos adversos da terapia.

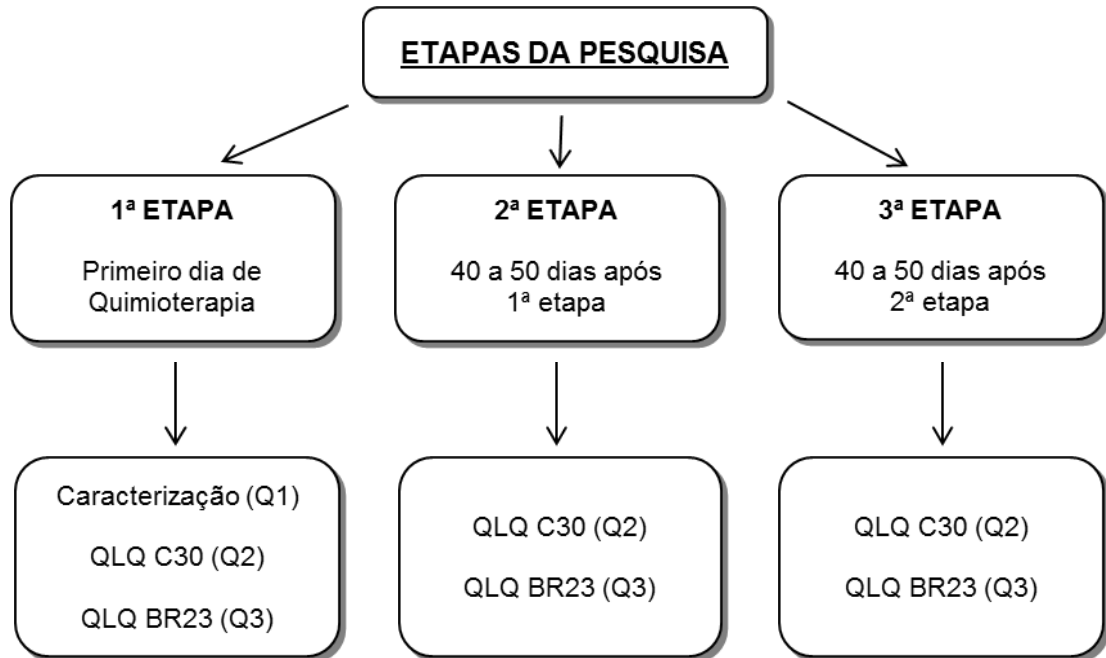


FIGURA 1 – Etapas da pesquisa e questionários utilizados em cada etapa  
 FONTE: A autora (2014)

### 3.4 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Foram convidadas a participar do estudo todas as mulheres submetidas pela primeira vez à quimioterapia no período entre outubro de 2012 a julho de 2013. Os critérios para inclusão foram: ser do sexo feminino, portadora de neoplasia mamária, estar iniciando o tratamento antineoplásico ambulatorial, independente do tratamento indicado e estadió clínico da doença. A amostra, por conveniência, que assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2), foi de 53 pacientes.

Entre as participantes, cinco foram excluídas por não realizarem as três etapas da pesquisa, ora por impossibilidade de contato subsequente após sua inclusão e em casos de suspensão do tratamento quimioterápico, ou por desejo da paciente em não continuar participando da pesquisa.

Analisando os protocolos quimioterápicos instituídos para a neoplasia mamária e o intervalo entre os ciclos determinado conforme especificidade de cada antineoplásico, sete pacientes encontravam-se de alta no momento da terceira coleta, entretanto, tal eventualidade não se configurou como excludente. Para esses casos, as pacientes foram contatadas no momento da alta e a terceira etapa foi concluída via telefone ou e-mail. Para as demais etapas e demais pacientes, os questionários foram preenchidos pelas próprias mulheres na sala de quimioterapia.

Deste modo, 48 mulheres constituíram a amostra do estudo e 144 questionários foram coletados.

### 3.5 ANÁLISE DE DADOS

Os dados sóciodemográficos foram avaliados por frequência absoluta e relativa e se destinaram a caracterização das participantes.

Os resultados dos questionários, agrupados nas respectivas escalas, foram expressos em pontuações que variaram entre 0 e 100, conforme descrito no *Scoring Manual* da EORTC (FAYERS *et al.*, 2001). Para as cinco escalas funcionais e para o estado geral da saúde, um escore maior representa um maior nível de funcionalidade e um melhor estado geral, respectivamente. Para as três escalas de sintomas, um escore maior representa um maior número de sintomatologia ou problemas. Elucidando, o valor próximo a 100 corresponderá a uma maior QV, exceto para as escalas sintomáticas que avaliam a gravidade dos sintomas, ou seja, quanto maior o valor, menor será a QV.

Os dados obtidos nos questionários foram organizados em tabelas elaboradas no programa computacional *Microsoft® Excel* 2010, e posteriormente analisados estatisticamente com auxílio do profissional estatístico, membro do Laboratório de Estatística Aplicada (LEA) da Universidade Federal do Paraná (UFPR), que oferece assessoria estatística a pesquisas desenvolvidas na Universidade e em outras instituições de ensino e pesquisa.

Foram analisados os itens 1 a 30 do questionário QLQ C30 e os remanescentes 23 itens do questionário BR23.



Para análise do questionário QLQ C30, foi estabelecido um escore bruto (EB) para cada escala, formado pela somatória do valor das alternativas apontadas em cada questão/item que compõe a escala e dividido pelo número de respostas. Os valores das alternativas variaram de um a quatro para as perguntas um a 28, e de um a sete para as perguntas 29 e 30. Assim, tem-se:

$$EB = \frac{q1 + q2 + q3... + qn}{n}$$

onde:

EB = escore bruto

q1, q2, q3, qn = valor das questões 1, 2, 3...

n = número de respostas

Os itens do QLQ C30 foram subdivididos em três escalas: estado global de saúde, escala funcional e escala de sintomas. O cálculo dessas três escalas passou pela transformação linear dos escores brutos de cada item, no qual cada escore assumiu valor entre 0 e 100, seguindo os seguintes passos:

- Para cálculo da escala global de saúde / QV

$$\text{Escore} = \left[ \frac{(EB - 1)}{\text{variação}} \right] \times 100$$

onde:

EB = escore bruto

- Para cálculo das escalas funcionais

$$\text{Escore} = \left[ 1 - \frac{(EB - 1)}{\text{variação}} \right] \times 100$$

onde:

EB = escore bruto

- Para cálculo das escalas / itens de sintomas

$$\text{Escore} = \left[ (\text{EB} - 1) / \text{variação} \right] \times 100$$

onde:

EB = escore bruto

Para análise do questionário QLQ BR23, foi realizado o mesmo cálculo utilizado para o QLQ C30 para estabelecer o EB em cada escala. Os valores das alternativas variaram de um a quatro para todas as perguntas.

Os itens do BR23 foram subdivididos em duas escalas: escala funcional e escalas de sintomas. Foi realizada a transformação linear para essas escalas considerando as mesmas regras das escalas de sintomas e escala funcional do QLQ C30.

Após os cálculos, foi realizada a análise descritiva das escalas para resumo dos dados coletados por meio de tabelas de distribuição de frequência e de medidas descritivas, expressas em média (M), desvio padrão (DP) e valores mínimos e máximos que cada item poderia assumir. Posteriormente, foi aplicado o teste não paramétrico de *Friedman* em cada um dos escores, para comparação entre as etapas, complementado pelo teste de Diferença Mínima Significativa de comparações múltiplas ( $p$  valor). Resultados com valor de  $p$  igual ou inferior de 0,05 foram considerados significantes ( $p < 0,05$ ). Para a associação entre as variáveis sociodemográficas e variáveis do QLQ C30 e QLQ BR23, foram aplicados os testes não paramétricos de *Spearman* e de *Kruskal-Wallis* (KW).

### 3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Atendendo às resoluções nacionais e internacionais de pesquisa com seres humanos, o projeto de pesquisa intitulado “Qualidade de Vida de Pacientes Oncológicos submetidos à Quimioterapia” foi aprovado pelo Comitê de Ética em

Pesquisa do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (HCUFPR), sob o parecer número 5301 em 12 de março de 2012 (Anexo 4).

A utilização dos questionários foi autorizada para o desenvolvimento da presente pesquisa, mediante registro da mesma no EORTC que disponibilizou o questionário via *download* diretamente para os pesquisadores.

A identidade das pacientes foi preservada mediante a utilização de códigos numéricos para nominá-las. Os documentos coletados estão arquivados e mantidos em local restrito, disponível apenas para os pesquisadores. Os dados obtidos a partir dos questionários estão arquivados em computador particular dos pesquisadores, com acesso restrito aos mesmos.

## 4 RESULTADOS

Ao considerar os dados sociodemográficos destacados na Tabela 1, observou-se que a média de idade foi de 46 anos, com extremos de idade que apresentaram variação de 24 a 69 anos. Quanto à escolaridade, 54% ( $n = 26$ ) completaram o ensino superior e 56,5% ( $n = 27$ ) declararam-se ativas. No que se refere à renda familiar mensal e à renda *per capita*, constatou-se uma média de 12 salários mínimos, e quatro salários mínimos respectivamente, com base no salário mínimo vigente no período da coleta de dados (R\$678,00).

TABELA 1 – DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES SUBMETIDAS À QUIMIOTERAPIA PARA NEOPLASIA MAMÁRIA, SEGUNDO DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS ( $n = 48$ ) (Continua)

VARIÁVEIS		
Idade (Anos)	46	24 ↔ 69
	<b><math>n = 48</math></b>	<b>%</b>
< 50 anos	30	62,5
> 50 anos	18	37,5
<b>Estado Civil</b>		
Solteiras	4	8,5
Casadas ou amasiadas	32	66,5
Separadas ou divorciadas	9	19
Viúvas	3	6
<b>Nº de Filhos</b>		
Nenhum	3	6
1 a 3 filhos	43	90
3 ou mais	2	4
<b>Escolaridade</b>		
Até 9 anos de estudo	4	8,5
9 a 12 anos de estudo	17	35,5
Mais de 12 anos de estudo	26	54
Não respondeu a pergunta	1	2
<b>Ocupação</b>		
Economicamente ativas	27	56,5
Aposentadas	2	4
Do lar	14	29

TABELA 1 – DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES SUBMETIDAS À QUIMIOTERAPIA PARA NEOPLASIA MAMÁRIA, SEGUNDO DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS ( $n = 48$ ) (Conclusão)

VARIÁVEIS	$n = 48$	%
Desempregadas	5	10,5
<b>Renda familiar</b>	12*	-
<b>Renda per capita</b>	4*	-

FONTE: A autora (2014)

NOTA: \* valor em salários mínimos

Em relação aos dados clínicos (Tabela 2), foi observado que 31,5% ( $n = 15$ ) das mulheres declararam possuir alguma comorbidade, com destaque para a hipertensão arterial sistêmica (HAS). Quanto aos hábitos de vida, 10,5% ( $n = 5$ ) das pacientes eram fumantes, 12,5% ( $n = 6$ ) ingeriam bebida alcoólica moderadamente e 56,5% ( $n = 27$ ) não realizavam atividade física.

No que se refere ao tempo transcorrido entre a data do diagnóstico e o início de tratamento quimioterápico, o mesmo variou de 0 a 8 meses, com 35,5% ( $n = 17$ ) das mulheres iniciando a terapêutica em até um mês após o diagnóstico.

TABELA 2 – DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES SUBMETIDAS À QUIMIOTERAPIA PARA NEOPLASIA MAMÁRIA, SEGUNDO DADOS CLÍNICOS ( $n = 48$ ) (Continua)

VARIÁVEIS	$n = 48$	%
<b>Comorbidades</b>		
Hipertensão arterial sistêmica	7	14,5
Hipotireoidismo	4	8,5
Não possui	33	68,5
Outras	4	8,5
<b>Tabagismo</b>		
Fumam	5	10,5
Não fumam	36	75
Prática pregressa	7	14,5
<b>Etilismo</b>		
Não ingere bebida alcoólica	40	83,5
Ingere moderadamente	6	12,5
Prática intensa	2	4
<b>Prática de Exercícios Físicos</b>		
Não realizam	27	56,5
Praticam esporadicamente	14	29

TABELA 2 – DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES SUBMETIDAS À QUIMIOTERAPIA PARA NEOPLASIA MAMÁRIA, SEGUNDO DADOS CLÍNICOS ( $n = 48$ ) (Conclusão)

VARIÁVEIS	$n = 48$	%
Praticam regularmente	7	14,5
<b>Tempo para início do tratamento</b>	2,7*	-

FONTE: A autora (2014)

NOTA: \* média em meses

Em relação aos dados clínicos do tratamento (Tabela 3), foi observado que 62,2% ( $n = 30$ ) das mulheres realizaram tratamento adjuvante e 39,5% ( $n = 19$ ) possuíam estadió clínico III.

TABELA 3 – DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES SUBMETIDAS À QUIMIOTERAPIA PARA NEOPLASIA MAMÁRIA, SEGUNDO DADOS CLÍNICOS DO TRATAMENTO ( $n = 48$ )

VARIÁVEIS	$n = 48$	%
<b>Classificação do Tratamento</b>		
Neoadjuvante	17	35,5
Adjuvante	30	62,5
Paliativo	1	2
<b>Estadió Clínico</b>		
EC I	10	21
EC II	18	37,5
EC III	19	39,5
EC IV	1	2
<b>Esquema Terapêutico</b>		
AC – T*	26	54
Taxanos**	18	37,5
CMF***	4	8,5

FONTE: A autora (2014)

NOTA: \* Adriamicina<sup>®</sup>, Ciclofosfamida<sup>®</sup>, Taxol<sup>®</sup> ou Taxotere<sup>®</sup>

\*\* Taxol<sup>®</sup> ou Taxotere<sup>®</sup>

\*\*\* Ciclofosfamida<sup>®</sup>, Metrotexate<sup>®</sup>, Fluouracil<sup>®</sup>

Quanto aos resultados referentes aos questionários QLQ C30 coletados na primeira etapa, ou seja, no primeiro dia de quimioterapia (Tabela 4), foi possível observar que a qualidade de vida global inicial das participantes assumiu valor médio de 76,22%, o que sugere que as participantes consideraram sua QV boa. Nas escalas funcionais, as médias variaram de 65,80% a 89,93%, sendo os valores

relacionados à função emocional e desempenho pessoal, respectivamente. Nas escalas de sintomas, observou-se a insônia como a mais predominante, com média de 35,42%, enquanto que a diarreia foi o sintoma menos frequente, com valor médio de 1,39%.

Em relação aos resultados obtidos na segunda etapa, realizada entre 40 a 50 dias após o início do tratamento (Tabela 4), observou-se que o valor médio da qualidade de vida global das participantes foi de 75,17%. Nas escalas funcionais, as médias variaram de 69,21% a 82,29%, sendo que a função emocional assume o valor médio mais baixo, e o desempenho pessoal, o mais elevado. Nas escalas de sintomas, a insônia foi o predominante, obtendo média de 31,91%, e a diarreia foi o menos frequente, com média 4,96%.

No que diz respeito aos resultados coletados na terceira etapa, realizada entre 40 a 50 dias após a segunda coleta (Tabela 4), verificou-se que o valor médio da qualidade de vida global das participantes foi de 73,96%. Nas escalas funcionais, as médias variaram de 64,24% a 81,94%, designando a função emocional como a menor média e o desempenho pessoal como a mais elevada. Nas escalas de sintomas, novamente a insônia foi o predominante, apresentando valor médio de 34,03%, e a diarreia o menos frequente, obtendo média de 8,33%.

TABELA 4 – DADOS DESCRITIVOS DO QLQ C30 OBTIDOS NAS TRÊS ETAPAS DA PESQUISA ( $n = 48$ ) (Continua)

<i>Quality of Life Questionnaire - Core 30 (QLQ C30)</i>									
ESCORES	1ª ETAPA			2ª ETAPA			3ª ETAPA		
	Média	Mín-Máx	DP	Média	Mín-Máx	DP	Média	Mín-Máx	DP
Qualidade de vida global	76,22	0 - 100	22,21	75,17	33 - 100	16,89	73,96	33 - 100	18,56
<b>Escala Funcional</b>									
Função física	88,85	53 - 100	14,52	81,28	33 - 100	18,52	78,89	33 - 100	20,04
Desempenho pessoal	89,93	0 - 100	20,55	82,29	17 - 100	23,67	81,94	0 - 100	25,92
Função emocional	65,80	0 - 100	27,68	69,21	0 - 100	27,20	64,24	0 - 100	28,56
Função cognitiva	80,56	0 - 100	27,79	79,17	0 - 100	25,84	75,35	0 - 100	26,63
Função social	82,29	0 - 100	27,59	77,43	0 - 100	25,38	69,79	0 - 100	29,71
<b>Escala de Sintomas / Itens</b>									
Fadiga	15,28	0 - 100	22,06	29,86	0 - 100	24,49	32,18	0 - 100	24,61
Náusea e vômito	5,90	0 - 100	17,36	16,32	0 - 100	21,05	13,54	0 - 83	18,72

TABELA 4 – DADOS DESCRITIVOS DO QLQ C30 OBTIDOS NAS TRÊS ETAPAS DA PESQUISA ( $n = 48$ ) (Conclusão)

<i>Quality of Life Questionnaire - Core 30 (QLQ C30)</i>									
ESCORES	1ª ETAPA			2ª ETAPA			3ª ETAPA		
	Média	Mín-Máx	DP	Média	Mín-Máx	DP	Média	Mín-Máx	DP
Dor	12,50	0 - 67	19,30	15,28	0 - 67	20,87	18,75	0 - 100	24,22
Dispneia	8,33	0 - 100	22,28	11,11	0 - 67	21,01	13,19	0 - 100	25,49
Insônia	35,42	0 - 100	32,55	31,91	0 - 100	36,75	34,03	0 - 100	33,33
Perda de apetite	13,89	0 - 100	27,36	15,97	0 - 67	20,62	13,89	0 - 67	21,56
Constipação	25,69	0 - 100	33,15	27,78	0 - 100	32,50	25,69	0 - 100	31,69
Diarreia	1,39	0 - 33	6,73	4,96	0 - 100	16,99	8,33	0 - 67	17,53
Dificuldades financeiras	15,28	0 - 100	28,32	10,42	0 - 67	19,64	14,58	0 - 100	24,70

FONTE: A autora (2014)

NOTA: DP – desvio padrão

Quanto à comparação dos resultados dos questionários QLQ C30 obtidos nas três etapas (Tabela 5), foi possível observar uma redução estatisticamente significativa das funções física e social entre a primeira e a terceira etapas, enquanto que os sintomas fadiga e náusea e vômito apresentaram um aumento estatisticamente significativo entre a primeira e a segunda, e entre a primeira e a terceira etapas.

TABELA 5 - ESCORES SIGNIFICATIVOS DO QLQ C30 ENTRE AS TRÊS ETAPAS DA PESQUISA ( $n = 48$ )

<i>Quality of Life Questionnaire - Core 30 (QLQ C30)</i>									
ESCORES	1ªetapa	2ª etapa	p valor	1ª etapa	3ª etapa	p valor	2ª etapa	3ª etapa	p valor
<b>Escala Funcional</b>									
Função física	88,85%	81,28%	**	88,85%	78,89%	<b>0,00056*</b>	81,28%	78,89%	**
Função social	82,29%	77,43%	**	82,29%	69,79%	<b>0,00551*</b>	77,43%	69,79%	**
<b>Escala de Sintomas / Itens</b>									
Fadiga	15,28%	29,86%	<b>0,00001*</b>	15,28%	32,18%	<b>0,00001*</b>	29,86%	32,18%	**
Náusea e vômito	5,9%	16,32%	<b>0,00046*</b>	5,9%	13,54%	<b>0,00046*</b>	16,32%	13,54%	**

FONTE: A autora (2014)

NOTA: \* estatisticamente significativo

\*\* não significativo



Após análise descritiva dos dados apresentados, foi realizada a associação entre as variáveis sociodemográficas que divergiram do perfil encontrado na literatura, com as variáveis do QLQ C30 que foram significativas estatisticamente. As associações foram realizadas nas três etapas da pesquisa, com o intuito de verificar se as mesmas impactaram na QV das mulheres, e em que momento isso ocorreu. Na Tabela 6 é possível observar que a associação entre as variáveis idade e função física foi estatisticamente significativa na segunda etapa, assumindo valor de  $p < 0,05$ .

TABELA 6 – DADOS DESCRITIVOS DA ASSOCIAÇÃO ENTRE VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E VARIÁVEIS DO QLQ C30 NAS TRÊS ETAPAS DA PESQUISA ( $n = 48$ )

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS	VARIÁVEIS QLQ C30	1ª ETAPA		2ª ETAPA		3ª ETAPA	
		Spearman	$p$ valor	KW	$p$ valor	KW	$p$ valor
IDADE	Função física	-0,159	0,281	-0,296	<b>0,041*</b>	-0,125	0,398
	Função social	-0,098	0,508	-0,133	0,368	0,111	0,451
	Fadiga	-0,009	0,949	0,016	0,911	-0,011	0,941
OCUPAÇÃO	Função física	6,038	0,110	1,97	0,579	0,873	0,832
	Função social	3,938	0,268	3,425	0,331	0,006	0,999
	Fadiga	1,334	0,721	3,271	0,352	0,793	0,851
ESCOLARIDADE	Função social	2,518	0,472	7,603	0,055	2,044	0,563
	Fadiga	3,034	0,386	7,661	0,054	4,845	0,183

FONTE: A autora (2014)

NOTA: \* estatisticamente significativo

KW – *Kruskal-Wallis*

Quanto aos dados do questionário QLQ BR23 coletados na primeira etapa (Tabela 7), foi observado que nas escalas funcionais os valores médios variaram entre 31,18% e 90,43%, sendo os valores relacionados à satisfação sexual e imagem corporal, respectivamente. Nas escalas de sintomas, observou-se os relacionados ao braço como o mais predominante, com média de 22,22%, enquanto que o estar chateada pela perda do cabelo foi o menos frequente, apresentando valor médio de 3,93%.

No que diz respeito aos dados obtidos na segunda etapa (Tabela 7), foi verificado que nas escalas funcionais os valores médios variaram entre 36,90% e 75%, sendo que a satisfação sexual assume o valor médio mais baixo, e a imagem

corporal, o mais elevado. Nas escalas de sintomas, observou-se que o estar chateada pela perda do cabelo foi o mais predominante, apresentando média de 45%, enquanto que os relacionados à mama foram os menos frequentes, assumindo valor médio de 17,53%.

Em relação aos dados coletados na terceira etapa (Tabela 7), verificou-se que nas escalas funcionais, as médias variaram de 44,83% e 72,57%, sendo que a satisfação sexual assume o valor médio mais baixo, e a imagem corporal, o mais elevado. Nas escalas de sintomas, observou-se que os efeitos sistêmicos secundários à terapia foram os mais predominantes, obtendo média de 38,01%, enquanto que os relacionados à mama foram os menos frequentes, com média de 16,38%.

TABELA 7 – DADOS DESCRITIVOS DO QLQ BR23 OBTIDOS NAS TRÊS ETAPAS DA PESQUISA ( $n = 48$ )

<i>Quality of Life Questionnaire - Breast Cancer (QLQ BR23)</i>									
ESCORES	1ª ETAPA			2ª ETAPA			3ª ETAPA		
	Média	Mín-Máx	DP	Média	Mín-Máx	DP	Média	Mín-Máx	DP
<b>Escala Funcional</b>									
Imagem corporal	90,43	0 - 100	19,50	75,00	0 - 100	27,98	72,57	0 - 100	27,98
Função sexual	65,96	0 - 100	27,13	65,58	0 - 100	25,19	65,93	0 - 100	28,19
Satisfação sexual	31,18	0 - 100	29,73	36,90	0 - 100	33,13	44,83	0 - 100	32,46
Perspectiva futura	46,53	0 - 100	40,53	45,14	0 - 100	39,79	45,83	0 - 100	37,43
<b>Escala de Sintomas</b>									
Efeitos sistêmicos	7,41	0 - 52	11,10	34,28	0 - 86	21,11	38,01	0 - 86	19,35
Sintomas da mama	22,05	0 - 75	21,50	17,53	0 - 100	21	16,38	0 - 50	15,25
Sintomas no braço	22,22	0 - 100	25,17	18,06	0 - 89	20,96	18,98	0 - 67	19,03
Perda de cabelo	3,92	0 - 33	11,07	45	0 - 100	40,33	34,29	0 - 100	43,15

FONTE: A autora (2014)

NOTA: DP – desvio padrão

Quanto à comparação dos resultados dos questionários QLQ BR23 obtidos nas três etapas (Tabela 8), foi possível observar uma redução estatisticamente significativa na imagem corporal e um aumento estatisticamente significativo nos efeitos sistêmicos da terapêutica. Essas alterações aconteceram entre a primeira e a segunda etapas, e entre a primeira e a terceira etapas da pesquisa.

TABELA 8 – ESCORES SIGNIFICATIVOS DO QLQ BR23 ENTRE AS TRÊS ETAPAS DA PESQUISA ( $n = 48$ )

<i>Quality of Life Questionnaire - Breast Cancer (QLQ BR23)</i>									
ESCORES	1ª etapa	2ª etapa	p valor	1ª etapa	3ª etapa	p valor	2ª etapa	3ª etapa	p valor
<b>Escala Funcional</b>									
Imagem corporal	90,43%	75%	<b>0,00003*</b>	90,43%	72,57%	<b>0,00003*</b>	75%	72,57%	**
<b>Escala de Sintomas</b>									
Efeitos sistêmicos	7,41%	34,28%	<b>0,00001*</b>	7,41%	38,01%	<b>0,00001*</b>	34,28%	38,01%	**

FONTE: A autora (2014)

NOTA: \* estatisticamente significativo

\*\* não significativo

Após análise descritiva dos dados apresentados, foi realizada a associação entre variáveis sociodemográficas e variáveis do QLQ BR23 em cada etapa do tratamento. Na Tabela 9 é possível observar que a associação entre a escolaridade e a imagem corporal foi estatisticamente significativa na primeira etapa, assumindo valor de  $p < 0,05$ .

TABELA 9 – DADOS DESCRITIVOS DA ASSOCIAÇÃO ENTRE VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E VARIÁVEIS DO QLQ BR23 NAS TRÊS ETAPAS DA PESQUISA ( $n = 48$ )

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS	VARIÁVEIS QLQ BR23	1ª ETAPA		2ª ETAPA		3ª ETAPA	
		Spearman	p valor	KW	p valor	KW	p valor
IDADE	Efeitos tratamento	0,221	0,132	0,256	0,079	0,050	0,736
	Imagem corporal	-0,221	0,136	0,136	0,357	0,125	0,399
OCUPAÇÃO	Efeitos tratamento	5,757	0,124	5,673	0,129	0,501	0,919
	Imagem corporal	5,285	0,152	0,366	0,947	4,556	0,207
ESCOLARIDADE	Imagem corporal	8,566	<b>0,036*</b>	2,975	0,395	3,655	0,301

FONTE: A autora (2014)

NOTA: \* estatisticamente significativo

KW – *Kruskal-Wallis*

## 5 DISCUSSÃO

A neoplasia mamária, por ser uma experiência temerosa entre as mulheres, requer cuidados técnico-científicos integrais e direcionados em cada fase da terapêutica. Por esse motivo, a Enfermagem Oncológica tem ampliado sua atuação junto a estas mulheres, com vistas a integrar a assistência realizada a melhores condições de QV, por meio de um cuidado singular que atenda suas necessidades de maneira holística e que facilite a adaptação delas ao momento vivenciado.

O conhecimento das características sociodemográficas e clínicas das mulheres com neoplasia mamária é coadjuvante para o planejamento dos cuidados de Enfermagem durante o itinerário terapêutico, visando a QV das pacientes no transcurso da doença.

A característica instituição privada também é um componente que deve ser considerado, tendo em vista que a mesma pode evidenciar resultados específicos para este cenário, da mesma maneira que pode determinar diferenças em outras populações. Entretanto, foi observado grande dificuldade em encontrar estudos que contemplem resultados em mistas instituições.

Os resultados do presente estudo mostraram a ocorrência da neoplasia mamária em faixa etária inferior à média nacional (50 anos), fato considerado pouco frequente na literatura, constituindo-se 5 a 7% dos casos (NUNES *et al.*, 2013; BRASIL, 2014; RENCK *et al.*, 2014). Tal condição pode ser explicada porque mulheres mais jovens, em idades reprodutivas, procuram com maior frequência os consultórios médicos e, portanto, são mais examinadas, de forma a oportunizar o diagnóstico da doença (LIMA *et al.*, 2011).

Essa característica também pode estar associada à particularidade da instituição. Centros privados possibilitam, mais facilmente, o acesso às informações e aos serviços de saúde, o que favorece a procura por um profissional diante de qualquer anormalidade e, conseqüentemente, facilita a adoção de cuidados que proporcionam um viver mais saudável, com melhores condições de QV, sendo este um fator fundamental para o desfecho positivo da neoplasia.

As estatísticas preditoras da neoplasia mamária em relação à idade estão se modificando e os resultados da pesquisa corroboram com essas informações, encontradas nos estudos realizados por Keegan *et al.* (2012) e Pinheiro *et al.* (2013),

em que houve predomínio das faixas etárias abaixo da média nacional, com aumento do número de casos à medida que a idade das mulheres aumentava.

Estudos internacionais se contrapõem aos achados desta pesquisa e apontam a ocorrência da neoplasia mamária em faixa etária acima de 50 anos, com média de idade entre as mulheres de 61,8 anos na Suécia (HOYER *et al.*, 2011), 57 anos no Chile (IRARRAZAVAL *et al.*, 2013), 58,4 anos na França (ANOTA *et al.*, 2014) e 58 anos nos Estados Unidos (SIO *et al.*, 2014).

A neoplasia mamária em mulheres jovens ainda é pouco compreendida e acredita-se que esta represente uma doença biologicamente mais agressiva, com características histopatológicas adversas e prognósticos piores se comparados às mulheres com faixa etária acima de 50 anos. Estudo que avaliou a tendência da mortalidade por neoplasia mamária por faixa etária no Brasil observou que a mortalidade neste cenário não é homogênea e é crescente em mulheres jovens (MARTINS *et al.*, 2013).

Pinheiro *et al.* (2013) analisaram 12.689 casos de neoplasia mamária em mulheres inseridos no Registro Hospitalar de Câncer em São Paulo e constataram que a resposta terapêutica foi pior entre as mulheres jovens, destacando a necessidade de um olhar diferenciado dos profissionais da saúde no cuidado dessas pacientes.

Essa realidade é preocupante e especial atenção recai sobre ela, diante da possível alteração das características relacionadas à idade para o desenvolvimento da neoplasia mamária e de ser a primeira causa de óbito por câncer entre as mulheres (BRASIL, 2014). Nesse sentido, observa-se a necessidade de reformular as estratégias de prevenção e rastreamento direcionadas para esta faixa etária, que possibilitem o diagnóstico precoce com melhor QV e sobrevida para as mulheres diagnosticadas com neoplasia mamária.

Outro fator importante que deve integrar as estratégias de prevenção e rastreamento está relacionado ao nível de escolaridade das mulheres portadoras de neoplasia mamária, as quais necessitam de abordagens e explicações diferenciadas conforme a educação escolar, sendo este um fator essencial para que entendam a importância das ações e as desenvolvam com maior comprometimento e eficácia.

No presente estudo, foi possível observar a predominância do nível superior de escolaridade, divergindo dos resultados encontrados na literatura, nos quais o ensino fundamental e médio foram mais prevalentes (LIMA *et al.*, 2011;

GUIMARÃES; ANJOS, 2012; NUNES *et al.*, 2013; PINHEIRO *et al.*, 2013, SILVA *et al.*, 2013). Esse aspecto também pode estar relacionado ao fato da instituição ser particular, assim como apresentar relação com a condição socioeconômica das participantes da pesquisa.

Autores apontam que o nível de escolaridade está diretamente relacionado à prática de ações de prevenção e, conseqüentemente, à detecção precoce da neoplasia mamária (LIMA *et al.*, 2011; GUIMARÃES; ANJOS, 2012; NUNES *et al.*, 2013; PINHEIRO *et al.*, 2013; SILVA *et al.*, 2013), podendo inferir que a escolaridade maior propicia um melhor conhecimento e, por conseguinte, uma maior participação em métodos de rastreamento (FANGEL *et al.*, 2013).

Estudo realizado com mulheres jovens maranhenses demonstrou que tanto o exame clínico das mamas quanto a mamografia foram mais frequentes nas mulheres com maior escolaridade, o que amplia a busca pelos serviços de saúde diante do aparecimento de nódulos ou de suspeitas de neoplasia mamária (LIMA *et al.*, 2011).

Em consonância, um estudo de revisão sobre a taxa de sobrevida das pacientes com neoplasia mamária evidencia que mulheres com nível superior possuem sobrevida global em cinco anos equivalente a 92,2%, e que o aumento do nível de escolaridade subsidia melhores prognósticos, com diminuição de diagnósticos tardios e do risco de óbito (ROSA; RADÜNZ, 2012).

Dessa maneira, o nível de escolaridade contribui com melhores condições de QV para as mulheres com neoplasia mamária, tendo em vista que o mesmo favorece a compreensão de informações relacionadas ao diagnóstico precoce, ao tratamento e às alterações no modo de viver. Esse fato é evidenciado em um estudo que verificou as alterações na QV de mulheres mastectomizadas, que reafirmou a importância da detecção precoce associada a tratamentos menos agressivos, tanto física quanto emocionalmente, o que contribui para a melhoria da QV dessas mulheres (MAJEWSKI *et al.*, 2012).

No presente estudo, destaca-se que 56,5% ( $n=27$ ) das mulheres declararam-se economicamente ativas, com média salarial familiar e *per capita* elevada (12 e quatro salários mínimos respectivamente), divergindo do padrão econômico encontrado na literatura (LEITE *et al.*, 2011; GUIMARÃES; ANJOS, 2012; LEITE *et al.*, 2012).

Autores destacam a associação dessas variáveis com a escolaridade, visto que mulheres com níveis de escolaridade altos geralmente possuem melhores profissões/ocupações e, conseqüentemente, maior rentabilidade, o que subsidia melhor padrão socioeconômico. Esse fato favorece a terapêutica e contribui para melhores condições de vida e saúde para essas mulheres (LEITE *et al.*, 2011; ROSA; RADÜNZ, 2013).

Um estudo de revisão de literatura evidenciou sobrevida mais elevada nas mulheres com padrão socioeconômico alto, maior escolaridade e mais filhos, o que positivamente impacta na QV (ROSA; RADÜNZ, 2012).

Em contraponto, mulheres economicamente ativas e produtivas sofrem maior impacto na QV diante do diagnóstico e tratamento, desencadeado pelo sentimento de impotência diante da doença, da vida social e familiar a qual fazem parte, temendo o futuro pela incerteza do presente, pois conciliam as atividades laborativas durante a terapêutica (SILVA *et al.*, 2013).

Em relação ao estado civil, os dados do presente estudo corroboram com outros resultados encontrados na literatura, ou seja, as mulheres são casadas ou amasiadas e tiveram de um a três filhos (GUIMARÃES; ANJOS, 2012; FANGEL *et al.*, 2013; PINHEIRO *et al.*, 2013). Além disso, de acordo com estudo realizado sobre QV e capacidade funcional, os principais acompanhantes das mulheres com neoplasia mamária são os filhos e o marido (FANGEL *et al.*, 2013).

Tal fato remete ao enfermeiro um planejamento assistencial mais adequado e individualizado, inserindo os principais acompanhantes nas orientações, de maneira que possam participar e auxiliar a mulher no enfrentamento da terapêutica e na realização dos cuidados necessários, com maior segurança e autonomia (MINEO *et al.*, 2013).

Desta forma, torna-se possível inferir que a presença de um companheiro e o número maior de filhos contribui para a maior frequência das mulheres em consultas ginecológicas, o que favorece o acompanhamento, a avaliação em saúde e a assistência do enfermeiro em todo processo de adoecimento, além de auxiliar de forma positiva o enfrentamento da mulher as situações conflitantes do itinerário terapêutico (MINEO *et al.*, 2013).

Cabe ressaltar que essa condição pode ser satisfatória em relação ao apoio nas tarefas domésticas, sendo considerada uma atitude de solidariedade e respeito a ser estimulada pela equipe de Enfermagem. Participar da manutenção do lar é

uma das funções intrínsecas das mulheres, a qual pode ser abalada diante da exposição à patologia, à terapêutica e às alterações físicas, psicológicas e sociais provenientes do tratamento (SALIMENA *et al.*, 2012).

Além disso, o apoio do parceiro é relevante para fortalecer a afetividade do casal e atenuar possíveis sentimentos de desprezo, bastante temidos pelas mulheres, que expressam sua feminilidade e sensualidade simbolicamente por via das mamas e que interfere na QV (MAJEWSKI *et al.*, 2012; VIDOTTI; SCORSOLINI-COMIN; SANTOS, 2013).

A QV das pacientes com neoplasia mamária também pode ser alterada conforme a presença de agravos pré-existentes e algumas terapias antitumorais. Podem propiciar o aparecimento ou o agravamento de outras patologias, como as doenças cardiovasculares, afetando negativamente o prognóstico da doença (ANJOS; ALAYALA; HOFELMANN, 2012). No presente estudo, 31,5% das mulheres declararam apresentar algum tipo de comorbidade, com destaque para a HAS que foi a mais prevalente.

Diante da existência de comorbidades, a equipe de Enfermagem deve se manter atualizada e conhecer as intervenções necessárias para promover a adequação entre os medicamentos quimioterápicos e de uso contínuo, com vistas a garantir a eficácia dos tratamentos e propiciar uma assistência singular.

A assistência direcionada à mulher portadora de neoplasia mamária facilita o reconhecimento das características individuais, atividades rotineiras e hábitos de vida, que poderão auxiliar o enfermeiro nas orientações, além de envolver as mulheres em seu próprio cuidado e adaptá-las à nova condição de vida (ROSA; RADÜNZ, 2012).

Em relação aos hábitos de vida observados no presente estudo, destaca-se que a maioria das mulheres não referiu ser tabagista ou etilista (75% e 83,5% respectivamente), fato considerado relevante diante do risco que os mesmos possuem para o desenvolvimento das neoplasias. Tais achados foram compatíveis com estudo transversal de base hospitalar realizado em 2013, sobre o perfil das mulheres jovens brasileiras portadoras de neoplasia mamária, no qual 75% referiram não ser tabagista e 84% não ser etilista (PINHEIRO *et al.*, 2013).

Achados divergentes foram observados em estudo que identificou os fatores de risco para a neoplasia mamária no Rio de Janeiro, em que a maioria das pacientes relatou ser tabagista, entretanto a minoria era etilista (SILVA; RIUL, 2011).



De acordo com o INCA (BRASIL, 2012b) e *American Cancer Society* (2014), o tabagismo, o etilismo e o sedentarismo são fatores de risco para a neoplasia mamária, potencializando seu risco de desenvolvimento quando há associação entre os mesmos.

O sedentarismo chamou a atenção no presente estudo devido ao fato de 56,5% das pacientes não realizarem atividade física, sendo esta prática considerada como fator de proteção para o desenvolvimento da neoplasia mamária (BRASIL, 2014).

Pode-se inferir que os programas regulares de exercício físico possivelmente otimizam a QV das mulheres acometidas, pois poderão auxiliar no aumento da força muscular e do consumo de oxigênio. Seixas, Kessler e Frison (2010) avaliou a correlação da atividade física à QV dos pacientes oncológicos e observou que pacientes que realizam atividade física três vezes por semana, por no mínimo 30 minutos, apresentam melhores condições de QV, representando melhor funcionalidade e menor sintomatologia.

Destarte, visando manter boas condições de vida e saúde para as pacientes com neoplasia mamária, é de suma importância que o enfermeiro inclua em suas orientações o estímulo às práticas de atividades físicas, fazendo com que as pacientes entendam a importância de tais práticas e absorvam os resultados positivos, como melhor disposição para realização de atividades rotineiras, ocupação da mente, interação interpessoal, além da manutenção do bem-estar físico, social e emocional, conduzindo a mulher a melhores condições de vida (ROSA; RADÜNZ, 2012; SALIMENA *et al.*, 2012).

O tempo transcorrido entre o diagnóstico e o início do tratamento antineoplásico também contribui com melhores resultados terapêuticos e condições de QV para as pacientes com neoplasia mamária. No presente estudo, foi possível observar a média de 2,7 meses, com 37,5% das mulheres iniciando a terapêutica em até um mês após o diagnóstico, corroborando com o tempo preconizado pelo INCA e pela Lei nº 2.732/13, de no máximo 60 dias para maior controle da neoplasia mamária. Atraso superior a três meses entre o surgimento dos sintomas e o início do tratamento pode comprometer a QV da mulher, com risco de recorrência local e redução da sobrevida (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2013).

Diante disso, vale ressaltar que os resultados evidenciaram o atraso para o início do tratamento em 31% das pacientes, porém somente um caso para

tratamento neoadjuvante. A realidade adverte o quanto ainda é necessário fazer para que os intervalos de tempo recomendados sejam seguidos em busca de saúde, QV e respeito para com as mulheres portadoras de neoplasia mamária.

Cabe ressaltar que esse resultado também pode estar relacionado à característica privada da instituição. Entretanto, o atraso para início do tratamento é fator predisponente a piores diagnósticos e, conseqüentemente, a piores condições de QV para essas mulheres durante o itinerário terapêutico. Medidas de prevenção devem ser priorizadas, possibilitando diagnósticos precoces e tratamentos menos agressivos.

Estudo brasileiro retrospectivo realizado em Florianópolis com 24 mulheres encontrou tempo superior ao preconizado, com início da terapêutica entre 7 a 9 meses (ROSA; RADÜNZ; BRÜGMANN, 2013). Outro estudo retrospectivo realizado em Aracaju com 239 mulheres também encontrou tempo elevado para início do tratamento após o diagnóstico, configurando tempo máximo de até 1 ano e 10 meses (ARAGÃO *et al.*, 2012).

Nos Estados Unidos, a média de tempo observada para início da terapia para neoplasia mamária foi de 12 semanas (3 meses) (VANDERGRIFT *et al.*, 2013), enquanto que no Canadá, o tempo observado foi de 1 a 2 meses (LI *et al.*, 2013). Estudo realizado no Reino Unido evidenciou tempo médio de 57 a 70 dias (aproximadamente 2 meses e meio) para início do tratamento e relatou que o aumento do tempo está associado à pior sobrevida das mulheres com neoplasia mamária (DOWNING *et al.*, 2014).

Outra pesquisa que identificou o intervalo de tempo entre as etapas diagnósticas e terapêuticas na neoplasia mamária em 2013 constatou que os atrasos no diagnóstico e no início do tratamento aumentam a ansiedade sentida pelas mulheres e podem impedir tratamentos curativos, reduzindo as taxas de sobrevida (ROSA; RADÜNZ, 2013).

É possível compreender que o atraso para o início do tratamento é determinante para diagnósticos em estágios avançados, fato encontrado também em estudos realizados no Sul do Brasil e no Piauí, com média de 8 meses para início da terapêutica e com a maioria dos casos diagnosticados em estadios III e IV da neoplasia (MOURA; CASTRO; COSTA, 2013; ROSA; RADÜNZ, 2013).

Diante dessa realidade, é fundamental que o enfermeiro prontamente oriente as mulheres quanto à importância da detecção precoce, informando sobre os fatores

de risco, sinais e sintomas de alerta e a relevância dos métodos de rastreamento (mamografia e autoexame das mamas), que podem conduzir ao diagnóstico precoce, em estadios iniciais e com prognósticos favoráveis (MINEO *et al.*, 2013).

Ao considerar o perfil jovem das mulheres participantes, autores clarificam que o diagnóstico de neoplasia mamária em mulheres jovens subsidia piores prognósticos. A vulnerabilidade pode estar associada às ações de rastreabilidade que não ocorrem antes dos 40 anos de idade e a dificuldade de interpretação dos resultados mamográficos em decorrência da alta densidade mamária (ASSI *et al.*, 2013; NUNES *et al.*, 2013; RENCK *et al.*, 2014).

Embora a facilidade de acesso a métodos terapêuticos possa ser notada em centros privados, há mulheres que procuram tardiamente os serviços de saúde. No presente estudo, os resultados relacionados ao estadiamento no momento do diagnóstico apontam a prevalência do estadio clínico III (39,5%), seguido pelo estadio II (37,5%), que não são considerados iniciais. Entretanto, somente uma paciente (2%) foi diagnosticada no estadio IV, fator positivo por ser o estadio mais avançado da neoplasia e com pior prognóstico.

Tal achado é compatível com os estudos realizados por Aragão *et al.* (2012), Moura, Castro e Costa (2013) e Rosa e Radünz (2013), em que houve predomínio dos estadios clínicos II e III e estadio IV em menores proporções. Outro estudo observacional retrospectivo sobre o perfil clínico e epidemiológico de mulheres jovens diagnosticadas com neoplasia mamária no Brasil também coaduna com esses achados. As mulheres mais jovens apresentaram, com maior frequência, estadiamento clínico avançado (>IIB), assim como características clínicas e patológicas desfavoráveis (PINHEIRO *et al.*, 2013).

Achados divergentes foram encontrados em estudo realizado no Chile com 103 mulheres (IRARRAZAVAL *et al.*, 2013), com predomínio do estadio I no diagnóstico, possibilitando melhores prognósticos, melhores condições de saúde e de QV para as mulheres. Porém, em outra pesquisa realizada na Malásia com 73 mulheres com neoplasia mamária (YUSUF *et al.*, 2013), o estadiamento inicial foi o IV, denotando neoplasia inicial avançada, com menores chances de cura e maior comprometimento da QV.

Vale ressaltar que a presente pesquisa contemplou os estadiamentos I, II, III e IV (21%, 37,5%, 39,5% e 2%, respectivamente). De acordo com Rosa e Radünz (2012), o estadiamento está proporcionalmente relacionado às taxas de sobrevida

das pacientes, no qual o estadios I apresenta melhor sobrevida global aos cinco anos e o estadios IV a pior. O risco de óbito das mulheres com estadios III foi 7 vezes maior do que em estadios I e com estadios IV foi 19 vezes maior.

O estadiamento avançado pode ser devido à falsa percepção, por muitos profissionais de saúde, de que as mulheres jovens não possuem risco de desenvolver a neoplasia mamária, uma vez que as pacientes encontram-se na pré-menopausa, desvalorizando sinais e sintomas iniciais, além do rastreamento não ser preconizado para essa faixa etária (PINHEIRO *et al.*, 2013). Esses dados estão em consonância com os achados de Keegan *et al.* (2012), que constataram que mulheres jovens são normalmente acometidas por tumores mais agressivos e de pior prognóstico, o que afeta de maneira negativa a QV dessas pacientes.

A literatura aponta que se a neoplasia mamária for diagnosticada e tratada no início, o prognóstico é considerado bom, com maiores taxas de sobrevida e melhor QV, sendo, então, a prevenção e a identificação precoce de fundamental importância para a redução das taxas de morbidade e mortalidade dessa neoplasia (MARTINS *et al.*, 2013)

Nesse contexto, o diagnóstico precoce ainda permanece como a melhor opção para controle da doença e para minimização de suas consequências, assim como diagnósticos tardios são determinantes para a progressão e maus prognósticos. Independente do estadiamento, as implicações físicas e psicossociais geralmente estão presentes, o que exige da equipe de saúde e de Enfermagem um plano de cuidados voltado à reabilitação física e psicológica da mulher, com o objetivo de tratar ou atenuar as incapacidades causadas pela neoplasia e terapêutica, à reintegração social e à QV (ROSA; RADÜNZ, 2012).

A escolha da terapêutica é uma atitude complexa e individual a ser tomada pelo oncologista, que varia conforme o diagnóstico, estadiamento e condições clínicas da mulher, tendo como objetivos o aumento da sobrevida, se possível, a cura, um maior intervalo livre da doença e melhora na QV (MOURA; CASTRO; COSTA, 2013).

Quanto à proposta de tratamento observada neste estudo, destaca-se que 62,2% possuíam finalidade adjuvante<sup>3</sup> e 54% foram submetidas ao protocolo terapêutico AC – T (Adriamicina<sup>®</sup> e Ciclofosfamida<sup>®</sup> seguidos por um taxano). Esses

---

<sup>3</sup> Tratamento realizado após a cirurgia curativa, com o intuito de erradicar possíveis disseminações à distância (GUIMARÃES; ANJOS, 2012; MINEO *et al.*, 2013)

achados vão ao encontro de estudo realizado com 197 mulheres em 2013, que avaliou a QV de mulheres com câncer de mama no nordeste do Brasil e observou a predominância da terapêutica adjuvante em 92% das mulheres (BEZERRA *et al.*, 2013). Em outro estudo realizado também em 2013 com 87 pacientes, que determinou o perfil sociodemográfico e clínico de mulheres assistidas no ambulatório de quimioterapia do Rio de Janeiro, a finalidade adjuvante foi observada em 28,7% das pacientes, com a predominância do tratamento paliativo, que se relaciona diretamente às ações de prevenção, interferindo diretamente no tempo de sobrevida e na QV (SILVA *et al.*, 2013).

Os tratamentos adjuvantes têm afetado a QV das pacientes com neoplasia mamária de várias maneiras e o conhecimento dessas alterações é essencial para que os enfermeiros possam auxiliá-las no enfrentamento da doença durante o curso do tratamento, a fim de restaurar um padrão satisfatório das atividades e de QV futura (NICOLUSSI; SAWADA, 2011).

Estudo de revisão integrativa constatou que a terapêutica adjuvante contribuiu para piores condições de QV para as mulheres com neoplasia mamária, diante da persistência dos efeitos da terapêutica em longo prazo, seja na função física, cognitiva ou outras, podendo ocasionar prejuízos na vida das mulheres expostas ao tratamento (VIDOTTI; SCORSOLINI-COMIN; SANTOS, 2013).

Todavia, sabe-se que o tratamento é fundamental para o controle da neoplasia, e para tanto, buscam-se melhores condições para que as mulheres submetidas à terapêutica possam adequar-se à realidade vivenciada com melhor QV. Assim, a orientação adequada no decorrer do tratamento quimioterápico é essencial para o sucesso e prevenção de maiores danos, aproximando a mulher das possibilidades de evitar ou controlar os efeitos secundários à terapia (SILVA *et al.*, 2013).

Corroborando, Buzaid, Maluf e Lima (2013) apontam que a quimioterapia adjuvante aumenta a sobrevida das portadoras de neoplasia mamária e confirmam que esquemas mais agressivos produzem maior ganho para essas mulheres no que se refere à resposta da neoplasia ao tratamento e, conseqüentemente, à QV.

Existem diversos esquemas quimioterápicos para a neoplasia mamária disponíveis na literatura científica e a escolha do regime apropriado deve considerar o subtipo da neoplasia (fundamentado na responsividade aos tratamentos existentes) e o risco de recorrência da doença (BUZAID; MALUF; LIMA, 2013).

Os achados desta pesquisa mostram a utilização do protocolo AC-T em 56% das participantes, fato observado também na revisão de literatura realizada por Costa e Chagas (2013), que identificou que a terapêutica baseada em antraciclinas e taxanos foi a mais utilizada e apresentou melhores resultados quando há associação de ambos os quimioterápicos.

Os protocolos baseados em antraciclinas e taxanos tornaram-se o esquema padrão de quimioterapia adjuvante e neoadjuvante para a maioria das pacientes com neoplasia mamária, possibilitando maior eficácia clínica e redução do risco de recidiva da patologia (JACQUIN *et al.*, 2012).

De acordo com estudo realizado em Minas Gerais que avaliou a QV de mulheres com neoplasia mamária durante o tratamento quimioterápico adjuvante, esses regimes quimioterápicos são mais complexos, apresentam maior toxicidade e alto custo, assim geram maior ocorrência de efeitos indesejados, reações adversas e conseqüentemente diminuição da QV (GUIMARÃES; ANJOS, 2012).

Em contraponto, a metanálise realizada pelo *Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group* (EBCTCG) evidenciou que regimes quimioterápicos que excedem 4 ciclos baseados em antracíclicos, com extensão do tratamento com mais 4 ciclos de taxanos, resultam em maior benefício para a paciente e diminuição adicional de 15-20% na mortalidade pela neoplasia mamária (EBCTCG, 2012).

Entende-se que esse benefício é desejado pelas mulheres portadoras de neoplasia mamária em tratamento quimioterápico, entretanto a toxicidade inerente ao tratamento deve ser considerada, de maneira que a melhoria da QV passe a ser um dos fatores valorizados pela equipe no transcurso da terapêutica, uma vez que as mesmas podem ser manejadas adequadamente, visando melhores condições de vida e saúde para essas mulheres.

A literatura aponta que a QV é fator preditivo de bem-estar, além de ser uma preocupação constante em busca de uma vida saudável (SILVA; ALBUQUERQUE; LEITE, 2010). Diante do impacto que o diagnóstico e o tratamento geram na vida da mulher com neoplasia mamária, é imprescindível que a QV seja valorizada e considerada em todas as fases da terapia, visando à prevenção de complicações e, conseqüentemente, um adequado retorno às suas atividades.

De acordo com o *Scoring Manual* da EORTC (FAYERS *et al.*, 2001), a QV é um construto amplo, subjetivo, e o estado geral de saúde encontrado no QLQ C30

deve ser utilizado como uma medida de síntese global da QV dos pacientes oncológicos.

No presente estudo, foi possível observar que o estado geral de saúde obtido por meio do QLQ C30 foi considerado bom pelas participantes, visto que o mesmo manteve-se acima de 70% em todas as etapas (76,22% - 1ª etapa; 75,17% - 2ª etapa; 73,96% - 3ª etapa).

Tal achado é compatível com estudo realizado por Gozzo *et al.* (2013), o qual avaliou a QV de mulheres com neoplasia mamária no início, no meio e ao final do tratamento quimioterápico, além da sintomatologia relacionada aos eventos adversos da terapêutica. Os resultados apontaram variação dos valores médios do estado geral de saúde entre 71% e 77%, independente do protocolo quimioterápico instituído, fato que indica QV estável durante toda a terapêutica.

Guimarães e Anjos (2012) realizaram um estudo prospectivo que avaliou a QV de mulheres com neoplasia mamária durante o tratamento quimioterápico adjuvante em três momentos distintos (primeiro, terceiro e sexto ciclos de tratamento), por meio do QLQ C30. Os mesmos observaram que o estado geral de saúde das mulheres participantes foi positivo do decorrer do tratamento, mantendo os valores médios acima de 80%, apesar das alterações observadas em outros domínios.

Estudo desenvolvido nos Estados Unidos evidenciou média superior a 80% em relação à QV geral das participantes, apontando condições de vida e de saúde boas para as mulheres acometidas (SIO *et al.*, 2014). Estudos realizados na Suécia (HOYER *et al.*, 2011) e na Ásia (JASSIM; WHITFORD, 2013) observaram estado geral de saúde satisfatório entre as mulheres com neoplasia mamária, com média de 65% e 63,93%, respectivamente.

Pesquisa realizada em Ribeirão Preto identificou QV pouco satisfatória durante o tratamento quimioterápico, com escore médio de 58,74%, o que sugere uma QV deficitária e, conseqüentemente, com nível reduzido de enfrentamento pelas mulheres participantes (NICOLUSSI; SAWADA, 2011).

É importante ressaltar que a percepção da QV é singular e cada indivíduo possui uma forma particular de operacionalizar a sua avaliação sobre a QV. Além disso, pode haver alterações na avaliação do mesmo indivíduo, de acordo com o tempo, com as prioridades ao longo da vida e as circunstâncias pelas quais a vida tende a se modificar (NICOLUSSI; SAWADA, 2011).

A QV constitui um compromisso pessoal à busca contínua de uma vida saudável, desenvolvida à luz de um bem-estar indissociável das condições do modo de viver (SILVA; ALBUQUERQUE; LEITE, 2010). Entretanto, é possível compreender que o impacto gerado pelo itinerário terapêutico gera alterações na vida da mulher que refletem em sua QV, e para tanto, os domínios que fazem parte deste construto devem ser considerados durante todo tratamento, visando melhores condições de saúde e de vida para as pacientes.

Analisando as escalas funcionais do QLQ C30, foi observado déficit nas funções física e social ao longo da terapêutica, com diminuição dos valores médios em cada etapa. Estes foram estatisticamente significantes entre a primeira e a terceira etapas, assumindo valores de  $p = 0,00056$  e  $0,00551$ , respectivamente, denotando comprometimento na QV em relação a essas funções.

Esses dados corroboram com estudo realizado por Fangel *et al.* (2013) com 42 mulheres portadoras de neoplasia mamária, no qual as participantes apresentaram comprometimentos nos domínios de função física e social, com valores médios de 60,5% e 64,5%, respectivamente. Outro estudo realizado em 2012 observou redução dos valores médios dos escores da função física e cognitiva no decorrer dos ciclos de quimioterapia, indicando piora na QV nesses domínios. Entretanto, observou oscilação da QV na função social, com forte influência do tratamento quimioterápico também neste domínio (GUIMARÃES; ANJOS, 2012).

Em contrapartida, Hoyer *et al.* (2011) observaram escores superiores a 80% na função física entre as mulheres suecas e valores médios acima de 75% também para a função social, denotando não comprometimento da QV em relação a estas funções. Resultados semelhantes foram encontrados em estudo realizado na Malásia, com valores médios acima de 75% para as funções física e social, o que caracteriza, de maneira positiva, a manutenção das condições de vida, das atividades sociais e de lazer entre as mulheres acometidas (YUSUF *et al.*, 2013).

A terapêutica instituída para a neoplasia mamária, assim como as alterações provenientes da patologia, predispõe as mulheres ao comprometimento da funcionalidade física e social, conduzindo-as ao isolamento social, e conseqüentemente, à diminuição de suas atividades físicas, merecendo maior atenção da equipe de Enfermagem em relação ao estímulo às atividades de lazer e a participação social (FANGEL *et al.*, 2013).



A neoplasia mamária ainda é uma patologia estigmatizada, que conduz a mulher a perdas funcionais e alterações sociais relevantes, além de mudanças importantes no modo de viver, o que pode resultar em um expressivo impacto negativo na QV.

O comprometimento dessas funções reflete em uma redução na participação sócio ocupacional dessas mulheres, no que se refere ao envolvimento em situações diárias, muitas vezes prejudicadas pela diminuição da mobilidade no braço homolateral da neoplasia mamária (FANGEL *et al.*, 2013), resultando na piora da QV concernente a esses domínios.

Estar em tratamento especializado não exclui a possibilidade de a mulher manter suas atividades rotineiras, porém com alguns cuidados que devem ser orientados previamente pelo enfermeiro, no intuito de manter a QV. Esses cuidados devem englobar medidas facilitadoras que adaptem a mulher à realidade vivenciada, além de cuidados que previnam complicações relacionadas ao tratamento, estimulando a independência e autonomia frente às adversidades da neoplasia.

É perceptível que o tratamento para a neoplasia mamária, da mesma forma que o diagnóstico, ainda é permeado por estigmas. Entretanto, entende-se que as atividades sociais e funcionais devem ser retomadas durante a terapêutica para que a mulher sinta-se importante, confiante no tratamento e na reconstrução da vida cotidiana.

Em relação à função cognitiva observada neste estudo, a mesma manteve-se estável durante as três etapas, com médias consideradas boas em todas as fases (acima de 75%). Tal fato indica que a terapêutica não teve influência na cognição entre as mulheres participantes e que a QV não foi alterada neste domínio.

Estudo realizado no interior de São Paulo, que também avaliou a QV com o QLQ C30, apresentou valor médio de 71,26% para a função cognitiva, demonstrando nível satisfatório de QV (SAWADA *et al.*, 2009), assim como estudos realizados na Suécia (HOYER *et al.*, 2011) e na Malásia (YUSUF *et al.*, 2013) evidenciaram níveis médios elevados para esta função (acima de 80%), corroborando com os achados desta pesquisa.

Achado divergente foi encontrado no estudo de Guimarães e Anjos (2013), no qual a função cognitiva apresentou queda nos valores médios dos escores durante os ciclos de quimioterapia analisados, sendo traduzidos em piora da QV para as mulheres participantes.

A função cognitiva compreende um conceito multidimensional e descreve os domínios que resultam do desempenho normal do cérebro, como atenção, concentração, função executiva e motora, processos de informações rápidas, linguagem, habilidades visual e espacial e memória. Esses domínios podem sofrer alterações quando expostos aos antineoplásicos, que possuem mecanismos prejudiciais à função cognitiva, impactando sobre a divisão das células tumorais e provocando toxicidade pelos efeitos deletérios sobre a divisão das células normais do organismo (SAWADA *et al.*, 2009).

Destarte, é imprescindível que a avaliação realizada pelo enfermeiro envolva tanto a dimensão biológica quanto a subjetividade, atentando-se aos sinais e sintomas apresentados para que possa detectar alterações nos domínios comprometidos e instituir um plano de cuidados singular, com vistas a melhorar a QV.

Em relação à função emocional, foi observada a média mais baixa nas três etapas do presente estudo, variando entre 64,24% a 69,21%, denotando que as pacientes encontravam-se preocupadas, temerosas e fragilizadas emocionalmente durante todo o tratamento, comprometendo a QV neste domínio. Fangel *et al.* (2013) destacaram em seus achados que a função emocional foi o domínio que apresentou alterações acentuadas, com valores médios de 48,4%, indicando comprometimento da QV das pacientes.

Outro estudo realizado em Porto Alegre, sobre a QV de mulheres com neoplasia mamária em tratamento quimioterápico, encontrou alteração na função emocional entre as participantes, com valor médio de 45,69%, sinalizando o impacto que a terapêutica propiciou neste domínio e na QV (NICOLUSSI; SAWADA, 2011).

A literatura aponta que conflitos emocionais podem ocorrer com a mulher portadora de neoplasia mamária devido às alterações relacionadas à autonomia e independência, ocasionadas pela neoplasia e tratamento. Essas alterações geram dificuldades psicossociais que, conseqüentemente, prejudicam a função emocional e a QV (SILVA; ALBUQUERQUE; LEITE, 2010; FANGEL *et al.*, 2013; TERRA *et al.*, 2013).

Tal fato é confirmado por autores que avaliaram a QV de mulheres com neoplasia mamária e evidenciaram resultados semelhantes ao do presente estudo em relação à função emocional, com comprometimento deste domínio e da QV das

acometidas pela neoplasia (SILVA; ALBUQUERQUE; LEITE, 2010; GUIMARÃES; ANJOS, 2012; MIRANDA *et al.*, 2013).

A mulher com neoplasia mamária convive diariamente com transtornos emocionais e comportamentais ocasionados pela ameaça que a neoplasia provoca, devido à proximidade, real ou idealizada, da incapacidade ou risco de vida, que leva ao medo, angústias, vergonha e sentimentos de discriminação, situações difíceis de serem abarcadas emocionalmente pelas pacientes (FANGEL *et al.*, 2013; TERRA *et al.*, 2013).

Estudo realizado por Miranda *et al.* (2013) sobre QV e estado nutricional de 60 pacientes em tratamento quimioterápico utilizando o QLQ C30 mostrou que os piores índices de QV estiveram relacionados com a função emocional, referindo-se a presença de irritação, depressão, tensão ou preocupação. Este fato alerta-nos quanto à necessidade do acompanhamento emocional durante todo o tratamento quimioterápico, não se limitando apenas às avaliações e questionamentos acerca dos sinais e sintomas físicos, mas englobando os aspectos psicossociais que envolvem a QV.

A Enfermagem, por estar presente durante todas as etapas do tratamento, deve estabelecer e manter uma comunicação efetiva com as mulheres acometidas, visando a orientar e tranquilizar diante das situações conflituosas da terapêutica, além de identificar sinais de alterações na esfera emocional que necessitam de acompanhamento especializado da Psicologia.

A identificação dessas alterações requer habilidade crítica do enfermeiro frente às condutas observadas, verbalizadas ou não pelas pacientes. Para isso, o acompanhamento e orientação durante todo o itinerário terapêutico auxiliará a equipe de Enfermagem a identificar essas variações emocionais, assim como a necessidade de encaminhamento, visando à manutenção do bem-estar das mulheres durante a terapêutica.

Em relação ao desempenho pessoal observado no presente estudo, foi o domínio que apresentou o valor médio mais elevado em todas as etapas, variando entre 81,94% a 89,93%, demonstrando que as atividades cotidianas foram mantidas, as quais fornecem estrutura e significado à vida dessas mulheres.

A manutenção do desempenho pessoal nas três etapas é fator positivo para a preservação da QV das participantes, estando diretamente relacionada à habilidade em realizar as atividades básicas de vida diária, de maneira independente

e dependente da preservação das habilidades motoras e cognitivas (FANGEL *et al.*, 2013). Tal fato pode ser observado no presente estudo diante da preservação da função cognitiva e do desempenho pessoal entre as participantes, sugerindo que a manutenção da função cognitiva nas mulheres com neoplasia mamária pode levar a um melhor desempenho pessoal na vida particular, com melhores condições de saúde e QV.

Estudos realizados por Sawada *et al.* (2009), Nicolussi e Sawada (2011) e Fangel *et al.* (2013) corroboram com esses achados, quando evidenciaram níveis satisfatórios e bons de desempenho pessoal entre os participantes, utilizando o QLQ C30 para mensuração da QV.

Em contraponto, Miranda *et al.* (2013) e Vidotti, Scorsolini-Comin e Santos (2013) destacaram o desempenho pessoal, também avaliado pelo QLQ C30, como um dos domínios mais prejudicados em seus estudos, influenciando negativamente a QV.

Essa oscilação nos resultados reflete o construto QV, o qual é sentido de maneira singular por cada indivíduo, podendo haver alterações em decorrência das prioridades da vida, das circunstâncias vivenciadas, do momento em que foi realizada a avaliação, conforme já citado anteriormente.

De qualquer maneira, o desempenho pessoal é um dos domínios que está diretamente relacionado à QV das mulheres com neoplasia mamária, indicando maior funcionalidade e melhores condições de vida para o prosseguimento do itinerário terapêutico.

Existem tratamentos para a neoplasia mamária que podem ocasionar eventos adversos e quando são inadequadamente manejados, apresentam a capacidade de comprometer o desempenho pessoal e a QV das mulheres. A sintomatologia relacionada à terapêutica deve ser observada, para que a assistência realizada direcione as ações para um bem-estar holístico, com ponderação entre os domínios físico, social e emocional, visando a QV das mulheres com neoplasia mamária (FANGEL *et al.*, 2013).

Para auxiliar as mulheres a manter o desempenho pessoal durante a terapêutica, o enfermeiro deve estimular a retomada das atividades sócio ocupacionais nos diferentes contextos que faziam parte, auxiliando-as em cada dificuldade apresentada. O manejo dessas dificuldades individualmente por meio do cuidado integral, pode possibilitar a diminuição dos efeitos adversos, bem como

proporcionar uma reconstrução afetiva da vida ocupacional dessas mulheres (FANGEL *et al.*, 2013; TERRA *et al.*, 2013), e conseqüentemente, o retorno da autonomia e das atividades diárias.

É necessário que a orientação de Enfermagem acerca dos protocolos quimioterápicos e dos efeitos adversos relacionados seja individualizada e direcionada, com possibilidades de controle farmacológico e/ou não farmacológico, visando a manter a satisfação e o bem-estar destas mulheres na retomada de suas atividades sócio ocupacionais, com maior segurança e independência.

Analisando as escalas de sintomas do QLQ C30, foi observado aumento da sintomatologia referente à fadiga e náuseas e vômitos ao longo da terapêutica, com aumento dos valores médios em cada etapa. Estes foram estatisticamente significantes entre a primeira e a segunda etapas ( $p = 0,00001$  e  $0,00046$ , respectivamente), e entre a primeira e a terceira etapas ( $p = 0,00001$  e  $0,00046$ , respectivamente), indicando aumento dessas sintomatologias a medida em que as mulheres foram expostas ao tratamento, além de uma pior QV nestes domínios.

A fadiga é um sintoma comum e tratável na Oncologia, sendo reportada como um dos sintomas mais importantes e estressantes relacionados à neoplasia e à terapêutica, que interfere em diversos aspectos da QV e apresenta-se como um forte e independente preditor de diminuição da satisfação pessoal (CAMPOS *et al.*, 2011).

Em estudo que avaliou a QV de mulheres portadoras de neoplasia mamária em 2012, foi constatado que o sintoma fadiga esteve presente desde o início do tratamento, intensificando-se nos ciclos subsequentes (GUIMARÃES; ANJOS, 2012). Outro estudo realizado com 35 mulheres com câncer de mama em quimioterapia adjuvante em Ribeirão Preto corrobora com os dados da presente pesquisa, quando observou a prevalência do sintoma fadiga entre as participantes, comprometendo as condições de saúde e QV (NICOLUSSI; SAWADA, 2011).

Autores destacam que o sintoma fadiga é prevalentemente reportado pelas pacientes e fonte de elevado estresse (SILVA; ALBUQUERQUE; LEITE, 2010). É definida como uma persistente e subjetiva sensação de cansaço, relacionada à patologia ou à terapêutica, que interfere no desempenho das atividades usuais, podendo estar acompanhada por dispneia, exaustão, perda de interesse por atividades anteriormente prazerosas, astenia, dor, alterações de paladar, prurido, lentidão, irritabilidade e perda de concentração (CAMPOS *et al.*, 2011).

A literatura aponta que a ocorrência da fadiga é esperada com o tratamento quimioterápico e essa sensação pode ser experimentada por 50% a 90% das pacientes durante a terapêutica, impactando a QV de maneira grave, além de diminuir a capacidade funcional diária (CAMPOS *et al.*, 2011). Guimarães e Anjos (2012) apontaram que 40 a 80% dos pacientes sofreram fadiga importante antes, durante ou até mesmo após o tratamento quimioterápico, correlacionando-se com uma pior QV.

Tal sintoma foi observado também no estudo realizado por Silva, Albuquerque e Leite (2010), apresentando valor médio de 53,04%, fato que prejudica a QV das portadoras de neoplasia mamária em relação a este domínio e, conseqüentemente, o estado de saúde geral.

Corroborando, estudo realizado em Ribeirão Preto observou alterações no sintoma fadiga, com média de 40,9% (FANGEL *et al.*, 2013), assim como Miranda *et al.* (2013) evidenciaram que a fadiga foi o sintoma de maior prevalência, contribuindo para a redução na QV.

Em consonância, estudos realizados na Suécia (HOYER *et al.*, 2011) e na Índia (DAMODAR *et al.*, 2013) evidenciaram o sintoma fadiga como o de maior incidência entre as mulheres, comprometendo a QV em relação a este domínio.

De acordo com a literatura, a medida mais eficaz para combater a fadiga é a realização de exercícios físicos regularmente, que aumenta a capacidade funcional, reduz o estresse e melhora a QV das mulheres acometidas pela neoplasia mamária (CAMPOS *et al.*, 2011). Para isso, é necessário que o enfermeiro estimule a realização de exercícios físicos diários, orientando a importância no combate à fadiga e a outros sintomas que podem comprometer o funcionamento diário e a QV.

A escolha do melhor exercício deve ser realizada em conjunto com as mulheres acometidas para que as atividades se adaptem à rotina delas e o enfermeiro possa, ao mesmo tempo, informar e incentivar a concretização dessas práticas, visando a combater a fadiga e buscar meios de melhorar a QV em relação a este sintoma, tão comum na Oncologia (CAMPOS *et al.*, 2011).

Além da fadiga, observou-se que o sintoma náusea e vômito também apresentou aumento em seus valores médios, potencializando-se no decorrer do tratamento e comprometendo a QV das participantes.

Tal fato também foi evidenciado em estudos que avaliaram mulheres com neoplasia mamária durante a quimioterapia com regimes de alto e moderado

potencial emético, com a ocorrência de náusea entre 31% a 70%, e de vômito entre 13% a 45% (FERNANDEZ-ORTEGA *et al.*, 2012; PIRRI *et al.*, 2012).

Guimarães e Anjos (2012) avaliaram a QV de mulheres com neoplasia mamária em três momentos distintos da terapêutica e observaram valores médios baixos nos escores dos sintomas náusea e vômito (9,5%) no início do tratamento, com aumento acentuado dos valores médios no segundo ciclo (42,9%) e redução dos mesmos no último ciclo (33,3%). Os autores afirmam que inicialmente, os valores baixos eram esperados, tendo em vista que as pacientes não haviam recebido os medicamentos quimioterápicos, entretanto houve a intensificação em decorrência do potencial emetogênico dos antineoplásicos, com diminuição no último ciclo.

Outro estudo realizado com 79 pacientes identificou a ocorrência de náusea e vômito e avaliou a QV de mulheres com neoplasia mamária em tratamento quimioterápico. Os autores apontaram a ocorrência de 93% de náusea e 87% de vômito, valores médios altos que demonstram a intensificação da sintomatologia em relação a este domínio, a qual piora a QV (GOZZO *et al.*, 2013).

A literatura aponta que a terapêutica instituída para a neoplasia mamária provoca diversos eventos adversos que influenciam negativamente a QV, e dentre eles, a náusea e o vômito são os mais estressantes e incômodos, podendo ocorrer juntos ou isolados (GOZZO *et al.*, 2013).

É importante ressaltar que a incidência de náuseas e vômitos está relacionada, primeiramente, com o potencial emetogênico das drogas, que se diversifica desde muito alto (mais de 90% dos pacientes apresentam náusea e vômito), até potencialmente baixo (menos de 10% dos pacientes apresentam náusea e vômito) (BONASSA; GATO, 2012). Entretanto, tal sintomatologia pode ser manejada com a utilização de medidas farmacológicas e não farmacológicas, a fim de diminuir ou evitar a sensação desses sintomas.

Para que isso ocorra, é necessário que o enfermeiro reconheça as características emetogênicas das medicações e dos protocolos quimioterápicos que são utilizados e oriente as mulheres em relação às medidas cabíveis para controle da náusea e do vômito, para que as mesmas não sintam o desconforto de experimentar tal sintomatologia. Assim, é possível manter a QV das pacientes, com melhores resultados terapêuticos e manejo dos efeitos adversos.

Apesar da importância das características farmacológicas das drogas na incidência de náusea e vômito, outros fatores devem ser considerados, pois interferem na sua incidência, como idade, ingestão alcoólica, predisposição, fatores emocionais, condição orgânica desfavorável (BONASSA; GATO, 2012).

Os autores apontam que pacientes jovens apresentam mais náusea e vômito, sendo a incidência maior no sexo feminino. A baixa ingestão alcoólica predispõe ao pior controle emetogênico, assim como a ocorrência prévia de enjoos em viagens ou êmese durante gestação conduz à maior sensibilidade a esses efeitos durante a quimioterapia. A ansiedade, medo, expectativa de efeitos colaterais intensos, experiências terapêuticas desagradáveis, desidratação, jejum, alteração de paladar, febre, enxaqueca também podem agravar os sintomas (BONASSA; GATO, 2012).

Todos esses fatores devem ser avaliados pelo enfermeiro e associados ao potencial emetogênico da droga. A partir dessas informações, o plano de cuidados de Enfermagem deve ser gerenciado singularmente, visando a controlar a incidência de náusea e vômito durante o tratamento, para que a sintomatologia não comprometa a QV das mulheres acometidas.

Em relação aos outros sintomas mensurados, a insônia foi o mais predominante nas três etapas do presente estudo, obtendo média entre de 31,91% a 35,42%, denotando que, apesar de mais predominante, manteve-se estável. Em relação ao perfil basal, não apresentou grandes alterações, e não foi fator preditivo de alteração da QV das mulheres neste domínio.

Achados semelhantes foram encontrados em estudo realizado na França (ANOTA *et al.*, 2014), no qual o sintoma insônia foi o mais incidente, assumindo valores médios entre 36 e 38%. Entretanto, não foram observadas alterações significativas na QV das mulheres em relação a este sintoma, em decorrência da condição basal.

Em consonância, estudo realizado em 2012 também evidenciou o sintoma insônia como um dos mais prevalentes, porém com aumento nos valores médios do primeiro para o último ciclo (de 23,8% para 45,2%), traduzindo piora da QV entre as mulheres acometidas (GUIMARÃES; ANJOS, 2012).

Os autores apontam que são bastante comuns os relatos de insônia na prática clínica, os quais traduzem, por meio dessa sintomatologia, sentimentos como



ansiedade, temor e revolta diante da realidade vivenciada (GUIMARÃES; ANJOS, 2012).

Nicolussi e Sawada (2011) evidenciaram em seus achados a prevalência do sintoma insônia como o mais frequente, com média de 41,71%, e a diarreia como o sintoma menos prevalente, com valor médio de 3,8%. Corroborando, Sawada *et al.* (2009) reafirmam esses achados, com predomínio do sintoma insônia (34,44%) e ausência de diarreia.

Esses dados vão ao encontro dos resultados observados no presente estudo, em relação à sintomatologia menos prevalente, a diarreia, com variação dos valores médios entre 1,39% e 8,33%, demonstrando que este domínio não comprometeu a QV das mulheres. Esse fato pode ser explicado pela característica dos protocolos utilizados para a neoplasia mamária (BONASSA; GATO, 2012), os quais podem remeter à constipação intestinal e não à diarreia. Entretanto, tal sintoma se manteve estável, não alterando os valores médios em relação ao valor basal, e, então, não comprometendo a QV das mulheres com neoplasia mamária em relação aos domínios relacionados à função intestinal.

A proteção da integridade intestinal nas mulheres em tratamento quimioterápico é fundamental. Dessa forma, o enfermeiro deve gerir um plano de cuidados específico para cada uma delas, estimulando a ingesta hídrica, dieta rica em fibras, exercícios físicos regulares, deambulação e apoio do oncologista clínico na necessidade de intervenção medicamentosa, visando a evitar procedimentos invasivos e manter a QV das mulheres em relação ao funcionamento intestinal (BONASSA; GATO, 2012).

Em relação aos demais sintomas, observou-se que a dor e a dispneia apresentaram um pequeno acréscimo em seus valores médios entre as etapas do estudo. No entanto, esse aumento não foi significativo, não prejudicando a QV das mulheres nesses domínios.

Embora não tenha apresentado significância ou valores médios altos, vale a pena ressaltar que a dor oncológica acomete cerca de 50% dos pacientes em todos os estágios da doença, e em 60 a 90% nas neoplasias avançadas (BIASI *et al.*, 2011), sendo uma das razões de incapacidade e sofrimento observados na Oncologia. Em algum momento da evolução da doença, 80% dos pacientes experimentarão a dor (SILVA; ALBUQUERQUE; LEITE, 2010), e conseqüentemente, terão sua QV alterada em decorrência desse sintoma.

Tal fato pode ser observado em estudos realizados por Hoyer *et al.* (2011) e Damodar *et al.* (2013), nos quais a dor oncológica apresentou valores médios de 33% entre as mulheres suecas, e entre 41% a 51% entre as indianas, respectivamente, sendo um importante fator de piora da QV caso não seja corretamente manejada.

Destarte, a Enfermagem deve estar preparada para mensurar a dor das mulheres acometidas e auxiliar no seu controle, implementando medidas não farmacológicas e/ou farmacológicas, para que a mesma não se torne limitante para essas mulheres, alterando sua QV.

Em relação ao sintoma dispneia, a literatura aponta que uma das situações em que as pacientes portadoras de neoplasia mamária podem experimentar essa sensação é quando encontram-se em estádios clínicos avançados ou em progressão da doença (BONASA; GATO, 2012). Contudo, pode-se inferir que essa sintomatologia não apresentou significância ou maior intensidade nesta pesquisa, em decorrência dos estadiamentos encontrados, com somente uma participante em estadiamento paliativo.

Os sintomas perda de apetite e dificuldades financeiras não apresentaram diferenças em seus valores médios, denotando o não comprometimento da QV das mulheres com neoplasia mamária em tratamento quimioterápico em relação a esses itens. Pode-se considerar, empiricamente, que esses resultados estão relacionados à característica privada da instituição, provedora de melhor padrão socioeconômico, como observado nos resultados, e de alternativas que podem viabilizar uma alimentação fracionada e saudável, mantendo a QV das pacientes nesses domínios.

É importante ressaltar que cada mulher possui características próprias que podem intensificar ou atenuar a sintomatologia peculiar do tratamento e, por conseguinte, comprometer a QV. Nesta pesquisa, foi realizada a associação entre as variáveis sociodemográficas idade, ocupação e escolaridade com as variáveis função física, função social e fadiga do QLQ C30 em cada etapa do tratamento.

Pode-se observar que a associação entre as variáveis idade e função física foi estatisticamente significativa na segunda etapa da pesquisa, assumindo valor de  $p=0,041$ , denotando que as mulheres jovens apresentaram maior comprometimento físico, alterando a QV. Tal fato é corroborado pela literatura, que aponta a ocorrência da neoplasia mamária em mulheres jovens como a de pior prognóstico (PINHEIRO

*et al.*, 2013), conduzindo a mulher a tratamentos agressivos e, por ora, mutilantes, predispondo ao comprometimento físico (MAJEWSKI *et al.*, 2012).

Em consequência da patologia e da terapêutica, as mulheres deixam de realizar suas atividades rotineiras por alterações relacionadas à mobilidade, autonomia e independência (FANGEL *et al.*, 2013; PINHEIRO *et al.*, 2013), sentindo dificuldade em fazer grandes esforços, caminhadas, vestir-se, alimentar-se, necessitando, muitas vezes, ficar acamada e dependente do cuidado de outra pessoa.

Frente ao comprometimento físico observado, que alterou a QV das mulheres jovens deste estudo, é necessário que o enfermeiro as auxilie no enfrentamento dessas situações, estimulando o autocuidado, cuidados específicos com a mama e com o braço homolateral, a prática de exercícios físicos que recuperem a capacidade funcional do braço e evitem complicações como o linfedema, a realização de tarefas diárias leves facilitando a reinserção familiar e social (CARVALHO; SANTOS; LINHARES, 2012), além de conhecer e identificar precocemente os efeitos colaterais do tratamento, a fim de preveni-los ou minimizá-los (BONASSA; GATO, 2012), melhorando a QV das mulheres acometidas.

O enfermeiro, por estar presente durante todo o itinerário terapêutico, pode auxiliar a mulher no enfrentamento das situações conflitantes que podem ocorrer, visando a manter as atividades diárias, a independência e a QV. Para isso, a mulher deve ser orientada em todas as fases da terapêutica, de maneira humanizada e holística, visando a adaptá-la ao momento vivenciado com melhores condições de vida.

Torna-se relevante salientar que o funcionamento físico isoladamente comprometeu a QV das mulheres neste estudo e que a idade é fator determinante de piores prognósticos. Desta maneira, a sua associação pode ser considerada limitante para a realização de práticas rotineiras anteriormente desempenhadas pelas mulheres jovens e a privação pode conduzir ao sentimento de impotência diante do adoecimento, fato que compromete de maneira negativa a QV.

Diante disso, o enfermeiro deve se fazer presente em cada momento do itinerário terapêutico e deve considerar em suas orientações, as características pessoais e sociais de cada mulher, com vistas a integrá-la em seu tratamento e deixá-la segura e confiante frente à terapia, com melhor QV durante e após a mesma.

A terapêutica instituída para a neoplasia mamária pode afetar diversas dimensões da vida feminina, estando diretamente relacionada à sintomatologia e à percepção da imagem corporal pelas mulheres acometidas pela neoplasia mamária, além de comprometer a QV.

Nesta pesquisa, ao analisar as escalas funcionais do QLQ BR23, foi possível observar um declínio nos escores da imagem corporal ao longo da terapêutica, com diminuição dos valores médios em cada etapa. Estes foram estatisticamente significantes entre a primeira e a segunda etapas ( $p = 0,00003$ ), e entre a primeira e a terceira etapas ( $p = 0,00003$ ), denotando comprometimento da QV das mulheres em relação a este domínio.

Esses dados corroboram com estudo realizado com 42 mulheres portadoras de neoplasia mamária, no qual a média encontrada para a imagem corporal foi de 32,6%, designando impacto negativo na QV acerca deste domínio (FANGEL *et al.*, 2013). Em contraponto, estudo realizado com 21 pacientes em 2010 sobre QV, câncer de mama e quimioterapia, evidenciou melhor média para a imagem corporal em relação aos outros itens observados no QLQ BR23, com valor médio de 70,02% (SILVA; ALBUQUERQUE; LEITE, 2010).

Tal fato pode ser observado em estudo realizado nos Estados Unidos, nos quais os escores médios variaram entre 69% e 90%, denotando melhor enfrentamento das mulheres em relação à imagem corporal (SIO *et al.*, 2014). Na França, embora os valores médios evidenciados mostrem-se altos, apresentaram um declínio após o início do tratamento (de 90% para 70%), indicando comprometimento da QV em decorrência das alterações ocasionadas pela terapia (ANOTA *et al.*, 2014).

A alteração na imagem corporal é fator preocupante e individual para cada mulher, que percebe a neoplasia mamária como algo inesperado, ameaçador, capaz de atingir a integridade e a comprovação da existência feminina, uma vez que a mama representa o simbolismo e o conceito que a mulher faz de si mesma.

A literatura aponta que a elaboração da imagem corporal pelas mulheres com neoplasia mamária pode ser considerada um fenômeno multidimensional, formada por conceitos individuais a respeito do próprio corpo, com impacto psicológico, social, físico e cultural, influenciando de maneira negativa a QV (SANTOS; VIEIRA, 2011; OLIVEIRA *et al.*, 2014).

Apesar do espaço conquistado pela mulher na sociedade, a sua representação encontra-se vinculada à imagem do corpo, gerando constante preocupação e frustração caso não corresponda aos padrões ideais culturalmente impostos.

A neoplasia mamária provoca consequências temporárias ou permanentes na vida da mulher, e esse pode ser um dos motivos por ser tão temida entre as mesmas. A possibilidade de remoção da mama, parcial ou total, impacta diretamente na imagem corporal, e pode ser vivenciada de modo traumático, por estar relacionada à feminilidade, sensualidade, sexualidade e à função maternal (MAJEWSKI *et al.*, 2012).

Cesnik e Santos (2012) realizaram um estudo de revisão que identificou as repercussões dos desconfortos físicos decorrentes do tratamento sobre a sexualidade da mulher com neoplasia mamária. Evidenciaram que as alterações na imagem corporal e na autoimagem afetaram a vivência sexual e satisfação conjugal dessas mulheres, além da retirada da mama ser a alteração física que mais impactou na QV das mulheres acometidas.

Corroborando, Moreira e Canavarro (2012) apontam que a conservação da mama relaciona-se com a manutenção de uma imagem corporal mais positiva, auxiliando a mulher a manter seu bem-estar psicológico, a retomar as atividades rotineiras, a preservar seu funcionamento e sua QV.

É importante ressaltar que a mama possui significado cultural e social na vivência feminina e as marcas deixadas pela neoplasia comprometem a relação da mulher com seu corpo, consigo mesma, e com o outro, conduzindo-a a perdas funcionais e a alterações emocionais e sociais importantes, afetando diretamente a QV (REMONDES-COTA; JIMENÉZ; PAIS-RIBEIRO, 2012).

Em estudo de revisão realizado em 2012 sobre a QV de mulheres com neoplasia mamária, foi observado que a imagem corporal foi o item que obteve o pior índice em todos os estudos de QV analisados, indicando o impacto que a alteração da imagem corporal ocasionou na vida da mulher (MAJEWSKI *et al.*, 2012).

É possível observar que, assim como a intervenção cirúrgica, o tratamento antineoplásico provoca efeitos secundários que interferem negativamente no cotidiano, na imagem corporal e na vida sexual das mulheres, os quais estão relacionados à alopecia, diminuição da libido, da fertilidade, da lubrificação vaginal e

à menopausa precoce em mulheres jovens (SILVA; VIEIRA, 2011; REMONDES-COTA; JIMENÉZ; PAIS-RIBEIRO, 2012).

Em consonância, Recalde e Samudio (2012) apontaram em seus achados que a imagem corporal está associada à função e satisfação sexual e alopecia ocasionada pelo tratamento, impactando de maneira negativa na QV. Vidotti, Scorsolini-Comin e Santos (2013) destacaram em seus resultados que déficits na autoimagem e no relacionamento sexual são decorrentes tanto da exposição à quimioterapia, quanto da ausência da mama e do sentimento de feminilidade, sendo atribuídos, principalmente, ao fato das mulheres não se sentirem mais atraentes física e sexualmente após as intervenções terapêuticas, com diminuição do interesse, da atividade sexual, e, conseqüentemente da QV.

A imagem corporal alterada é um sinalizador ininterrupto da presença da neoplasia, que mantém e agrava os sentimentos de ansiedade, medo, revolta e abala psicologicamente as relações interpessoais da mulher. Diante disso, o enfermeiro oncológico deve estar atento a essas possibilidades e orientar quanto às alternativas existentes que minimizam o impacto dessas alterações, como o uso de atributos estéticos e próteses (BONASSA; GATO, 2012), favorecendo o convívio social, familiar, afetivo, sexual e a QV em relação à autoimagem.

No presente estudo, a função sexual manteve-se estável durante as três etapas, com médias de 65%, o que indica que as mulheres sentiram desejo sexual e mantiveram-se sexualmente ativas ao longo do tratamento, com nível satisfatório de QV em relação a este domínio. Entretanto, a satisfação sexual foi o domínio que apresentou o valor médio mais baixo na escala funcional em todas as etapas, variando entre 31,18% a 44,83%, demonstrando que a vivência sexual não foi satisfatória, mesmo quando sexualmente ativas.

Vale ressaltar que a satisfação sexual foi o domínio que obteve o menor número de respostas, fato esperado pelo *Scoring Manual* (FAYERS *et al.*, 2001) e aceitável por estar relacionado à intimidade da mulher, podendo gerar constrangimento e exposição da vida particular ao responder a pergunta relacionada.

Corroborando, estudos realizados na Malásia (YUSUF *et al.*, 2013) e na França (ANOTA *et al.*, 2014) evidenciaram características semelhantes aos resultados desta pesquisa, obtendo escores altos na função sexual (acima de 75%), e baixos na satisfação sexual (abaixo de 50%).

Achados divergentes foram encontrados nos estudos realizados por Silva, Albuquerque e Leite (2010) e Fangel *et al.* (2013), nos quais a função sexual assumiu médias mais baixas (28% e 32,6%, respectivamente), e a satisfação sexual, médias mais altas (53% e 45,2%, respectivamente), evidenciando que as mulheres sentiram pouco desejo sexual e foram pouco ativas sexualmente, entretanto, o ato sexual foi satisfatório para elas.

Tais características podem ser observadas em estudo realizado nos Estados Unidos (SIO *et al.*, 2014), no qual os valores médios relacionados à função sexual variaram entre 16% e 38%, e os valores relacionados a satisfação sexual variaram entre 31% e 56%.

A literatura aponta que para avaliar o real impacto da doença na vida e sexualidade das mulheres com neoplasia mamária é primordial avaliar como era a vivência sexual antes do diagnóstico (REMONDES-COTA; JIMENÉZ; PAIS-RIBEIRO, 2012), para que o resultado exprima exatamente se houve alteração na vida sexual e se a QV foi alterada em relação a este domínio.

Outro estudo realizado em 2012 que avaliou a relação entre a imagem corporal, função sexual, satisfação sexual e QV de 51 mulheres com neoplasia mamária, destoou dos achados dessa pesquisa. Evidenciou-se um déficit na função e satisfação sexual, demonstrando que a maioria das mulheres não sentiu desejo sexual e não era sexualmente ativa, além de não expressar prazer nas relações sexuais, impactando diretamente na QV (REMONDES-COTA; JIMENÉZ; PAIS-RIBEIRO, 2012).

Cesnik e Santos (2012) observaram em seu estudo de revisão um declínio do desejo sexual e da frequência das relações sexuais pelas mulheres com neoplasia mamária. A justificativa mencionada para esse declínio e para a falta de interesse notada foram as complicações físicas e o desgaste físico decorrente da terapêutica.

Nos estudos avaliados por Majewski *et al.* (2012), não foram observadas diferenças no funcionamento sexual das mulheres com neoplasia mamária, não impactando na QV. No entanto, estudos avaliados por Cesnik e Santos (2012) constataram a dificuldade de retomada das atividades sexuais após as alterações ocasionadas pela retirada das mamas, alterando negativamente a QV em relação à sexualidade feminina.

A literatura aponta, também, que o impacto físico e psicológico que a neoplasia mamária provoca envolve negativamente a percepção da sexualidade e a autoimagem das mulheres, que temem não ser atraentes sexualmente pela perda ou alteração na sua identidade feminina. A ausência das mamas representa uma limitação estética e psíquica significativa para as mulheres e causa importante impacto na QV (MAJEWSKI *et al.*, 2012; GUIMARÃES; ANJOS, 2013).

Dessa maneira, entende-se que a função sexual está diretamente relacionada à elaboração da imagem corporal pela mulher e a manutenção e aceitação da identidade feminina, mesmo após as intervenções clínicas terapêuticas, são essenciais para que a mulher sintam-se segura com a sexualidade, transmitindo também ao companheiro.

Segundo Remondes-Costa, Jimenez e Pais-Ribeiro (2012), a função e satisfação sexual se associam positivamente com a saúde e com a QV das mulheres com neoplasia mamária, sendo evidenciado em seus achados que as mulheres que sentiram desejo sexual, que foram sexualmente ativas e tiveram prazer sexual, avaliaram melhor a saúde e a QV.

O processo que decorre do diagnóstico às intervenções terapêuticas faz com que aconteçam mudanças na vida da mulher que impactam diretamente na QV, assim como no relacionamento com o parceiro sexual e afetivo, familiares e amigos, confrontando preconceitos e estigmas sociais (SANTOS; VIEIRA, 2011).

A mulher, antes de iniciar o tratamento quimioterápico, necessita ser informada a respeito das alterações sexuais que poderão ocorrer e que poderão modificar sua relação afetiva em decorrência da terapêutica. Tal orientação deve ser realizada pelo enfermeiro oncológico, entretanto percebe-se que esta é uma abordagem temerosa e constrangedora, tanto para o profissional quanto para a paciente, por estar relacionada à intimidade feminina.

Mesmo com tais dificuldades, é necessário avaliar a sexualidade prévia das mulheres com neoplasia mamária, em relação à história reprodutiva e fertilidade, presença de filhos, abortos, uso de métodos contraceptivos, atividade sexual, desejo de engravidar e conhecimento acerca das possibilidades de disfunção reprodutiva com o tratamento (BONASSA; GATO, 2012).

Ademais, o enfermeiro deve orientá-las quando o aspecto transitório das disfunções ou irreversível em alguns protocolos, expor métodos de contracepção efetivos que devem ser utilizados para evitar a gravidez durante o tratamento,



instruí-las a respeito das técnicas atuais para preservação da fertilidade e possibilidade de gravidez posterior ao tratamento, sugerir o uso de lubrificantes hidrossolúveis para que não ocorra dor e desconforto durante as relações sexuais, encaminhar as mulheres e seus companheiros, quando necessário, a profissionais especializados (psicoterapia, terapia sexual, aconselhamento genético) (BONASSA; GATO, 2012; OLIVEIRA; OSELAME; NEVES, 2014), visando a buscar alternativas que minimizem o comprometimento da QV dessas mulheres em relação à função e satisfação sexual.

Ao se deparar com o diagnóstico de neoplasia mamária, as mulheres passam por reflexões e questionamentos sobre a vida pregressa e futura, que afetam diretamente o modo de viver e o comportamento em relação à própria saúde (SANTOS; VIEIRA, 2011). Assim, a neoplasia mamária suscita dúvidas e aflições relacionadas à representação da mulher em relação ao futuro e aos projetos da vida, uma vez que é a doença mais temida entre a população feminina, por estar associada à dor, sofrimento, mutilação e morte (OLIVEIRA *et al.*, 2014).

No presente estudo, a perspectiva futura manteve-se estável durante as três etapas, permanecendo com valores médios entre 45% e 46%, solidificando que a percepção basal das pacientes em relação ao planejamento da vida futura não alterou em decorrência do tratamento e não impactou negativamente a QV.

Achados semelhantes foram encontrados no estudo realizado por Recalde e Samudio (2012) sobre QV em pacientes com neoplasia mamária em tratamento ambulatorial, realizado em Assunção, Paraguai. Observou-se uma média de 51,5% para o domínio perspectiva futura, denotando que embora algumas mulheres estivessem preocupadas com a saúde futura, este não foi um preditor de piora na QV.

Corroborando, estudos realizados na Malásia (YUSUF *et al.*, 2013), nos Estados Unidos (SIO *et al.*, 2014) e na França (ANOTA *et al.*, 2014) apontam uma melhor perspectiva das mulheres em relação ao futuro, apresentando variação dos valores médios entre 44% a 57%, 46% a 70% e 47% a 54%, respectivamente.

Outros dois estudos realizados no Rio de Janeiro e em Ribeirão Preto, encontraram valor médio da perspectiva futura de 36%, indicando comprometimento na QV das mulheres em relação a este domínio, com grande preocupação acerca da saúde futura (SILVA; ALBUQUERQUE; LEITE, 2010; FANGEL *et al.*, 2013).

A literatura aponta que a perspectiva futura é considerada um fator limitante na QV e a preocupação com o futuro, próximo ou distante, acontece pelo medo da recidiva, sobretudo quando se aproxima a época da realização dos exames periódicos (FANGEL *et al.*, 2013).

Entende-se que a neoplasia mamária acarreta diversas preocupações acerca do futuro e da finitude humana, conduzindo a mulher à vulnerabilidade das incertezas do tratamento e da vida futura familiar, profissional e social, comprometendo a QV. Para tanto, o enfermeiro deve estar presente em todas as fases da terapêutica, orientando e auxiliando as mulheres a reduzir suas angústias e ter uma vida mais qualificada, com maior controle dos efeitos provenientes do tratamento.

A QV das mulheres com neoplasia mamária pode ser afetada pelo surgimento dos efeitos físicos, psicológicos e sociais oriundos do tratamento quimioterápico, conduzindo a alterações nas atitudes e expectativas em relação à vida. O fato de a mulher ser acometida pela neoplasia mamária tem grande impacto na sociedade, por ela ser considerada o centro da casa, gerando comprometimento na sua condição de vida atual (RECALDE; SAMUDIO, 2012).

A retomada dos relacionamentos sociais, das atividades de lazer, do trabalho e da vida familiar, conduz a mulher a preocupações relacionadas à própria existência, sentindo-se satisfeitas com o término do tratamento, porém mental e fisicamente esgotadas pela exposição prolongada aos procedimentos terapêuticos (CESNIK; SANTOS, 2012).

Em decorrência da sintomatologia, a terapêutica para a neoplasia mamária acarreta à mulher diversas alterações relacionadas à autonomia e independência, gerando dificuldades psicossociais. Tal fato agrava a condição funcional, que envolve a dependência e a perda da identidade, além de gerar angústias, medos e prejudicar a QV (SILVA; ALBUQUERQUE; LEITE, 2010).

Analisando as escalas de sintomas do QLQ BR23, foi observado aumento dos escores referente aos efeitos sistêmicos do tratamento, com elevação dos valores médios em cada etapa. Estes foram estatisticamente significantes entre a primeira e a segunda etapas ( $p=0,00001$ ), e entre a primeira e a terceira etapas ( $p=0,00001$ ), indicando aumento progressivo dos efeitos adversos à medida que as mulheres foram expostas à terapêutica, com comprometimento da QV neste domínio.

A literatura aponta que a associação entre os diferentes sintomas relacionados ao tratamento e a própria neoplasia mamária podem desencadear uma sobreposição de sintomas e a intensificação de um ou de outro (GUIMARÃES; ANJOS, 2012), comprometendo a QV das mulheres.

Fangel *et al.* (2013) avaliaram a QV e a capacidade funcional de mulheres com neoplasia mamária e observaram que a diminuição dos eventos adversos do tratamento leva à possibilidade de uma reconstrução positiva e efetiva da vida por essas mulheres, preservando a QV.

Tão importante quanto a terapêutica é estar atento aos efeitos que esta produz nas pacientes e que compromete a QV. Sabe-se que os efeitos secundários da quimioterapia podem impactar na adaptação das mulheres às condições de vida atuais, dificultando o enfrentamento em relação ao tratamento. Para tanto, o enfermeiro deve buscar o equilíbrio aceitável entre as vantagens e desvantagens da terapêutica, reconhecidas por meio da avaliação da QV.

É importante ressaltar que os efeitos da quimioterapia geralmente são vivenciados com angústia e estresse pela mulher, uma vez que há diversas alterações no modo de viver, ocasionadas pela presença desses eventos adversos.

Em relação aos sintomas relacionados ao braço e à mama, pode-se observar neste estudo, déficit em seus valores médios ao longo da terapêutica, com variação entre 16,38% a 22,05%, e 18,06% a 22,22%, respectivamente, denotando que esses domínios não impactaram na QV das mulheres com neoplasia mamária.

Achados opostos foram encontrados em estudo realizado com 151 mulheres com neoplasia mamária no Paraguai. Os valores médios observados foram de 81,9% para os sintomas da mama, e 80,8% para os sintomas do braço, indicando comprometimento da QV das mulheres em relação a esses domínios (RECALDE; SAMUDIO, 2012).

Segundo estudo de revisão realizado por Vidotti, Scorsolini-Comin e Santos (2013) em Minas Gerais, os efeitos sistêmicos relacionados ao braço e a mama foram um dos domínios mais prejudicados, tendo a capacidade de interferir significativamente no funcionamento físico e social das mulheres. Além disso, as dores nos braços foram queixas recorrentes na maioria dos estudos analisados e pode contribuir para uma depreciação da QV.

De acordo com esses autores, alguns sintomas físicos como inchaço e dor no braço e na mama, dor na cicatriz e limitações da força e amplitude de movimento

do braço, conduz as mulheres a ter dificuldades para desempenhar funções que exerciam antes do surgimento da doença, prejudicando o bem-estar social e, conseqüentemente, a QV (VIDOTTI; SCORSOLINI-COMIN; SANTOS, 2013).

Estudo realizado nos Estados Unidos aponta que a QV das mulheres jovens pode ser comprometida quando estas experimentam sintomas relacionados ao braço e as mamas, por serem submetidas a tratamentos cirúrgicos mais agressivos e serem mais ativas fisicamente, sendo mais propensas a perceber as limitações funcionais (SIO *et al.*, 2014).

Corroborando, Oliveira *et al.* (2014) relataram que a dor na mama é o sintoma mais comum entre as mulheres e limita as práticas cotidianas. Santos e Vieira (2011) afirmam que a funcionalidade do membro superior pode ficar comprometida com a existência do linfedema após a cirurgia, assim como a alteração da sensação tátil da mama após a reconstrução, prejudicando a QV das mulheres.

Existem cuidados específicos que precisam ser realizados e orientados pelo enfermeiro para que as mulheres evitem complicações mais sérias com o membro homolateral, como: evitar retirar cutícula, depilar a axila ou ferir o membro; não permitir a aferição da pressão arterial e injeções no membro homolateral; evitar dormir sobre esse membro para não comprometer a circulação; não carregar pesos; evitar calor (água, sol, fornos); não fazer esforços repetitivos e movimentos bruscos; utilizar luvas durante manuseio de materiais cortantes ou produtos de limpeza que podem provocar irritação na pele (CARVALHO; SANTOS; LINHARES, 2012), visando à manutenção e promoção da QV em relação a esses domínios.

No presente estudo, os sintomas relacionados à mama e ao braço não foram evidenciados como limitantes pelas mulheres e não prejudicaram a QV, embora necessitem de cuidados específicos para evitar outras complicações. Tal fato pode estar associado às características socioeconômicas das participantes do estudo, que possuem melhores condições de adquirir medicamentos de suporte e apoio de profissionais qualificados para evitar as possíveis complicações da cirurgia.

Outro sintoma bastante prevalente observado na literatura, que impacta na QV das mulheres com neoplasia mamária, é a alopecia. No presente estudo, foi verificado aumento em seus valores médios no decorrer das etapas, denotando que a perda do cabelo influenciou a QV das mulheres com neoplasia mamária, porém de maneira não significativa. No início da terapêutica, a média observada mostrou-se

baixa (3,92%), o que era esperado por ainda não ter iniciado o tratamento. Contudo, houve um aumento acentuado do valor médio para a segunda etapa (45%), por ser o momento em que esse evento adverso começa a acontecer e a imagem visual da mulher é alterada. Para a terceira etapa, houve redução do valor médio (34,29%), indicando a estabilização da queda do cabelo e melhor aceitação da mulher a esse sintoma.

Entende-se que os protocolos quimioterápicos utilizados neste estudo possuem características particulares que promovem a queda do cabelo, entretanto, mesmo que a ocorrência desse evento seja esperada, é de suma importância que o enfermeiro compreenda e oriente cada paciente acerca de medidas alternativas para manter o visual e a autoestima.

Estudo descritivo realizado com 125 pacientes evidenciou que as mulheres sentiram-se preocupadas com a perda do cabelo, apresentando valor médio de 69,9% para este domínio, indicando que a alopecia afetou a imagem corporal e impactou negativamente na QV (RECALDE; SAMUDIO, 2012).

Em estudo de revisão realizado por Santos e Vieira (2011), a alopecia foi descrita como uma das consequências mais graves do tratamento para a neoplasia mamária, mesmo quando comparada à amputação da mama, uma vez que os cabelos estão relacionados às características identitárias da mulher e a segurança emocional.

O cabelo tem um importante papel na aparência das mulheres e a sua perda pode conduzir a um profundo impacto na autoimagem e, conseqüentemente, na sua QV (RECALDE; SAMUDIO, 2012). A perda dos cabelos é visualizada pelas mulheres como a exteriorização da doença, ocasionando perda da privacidade no convívio social e isolamento pessoal, devido à doença ser estigmatizada pela sociedade.

Estudo realizado por Silva, Albuquerque e Leite (2010) com 21 mulheres portadoras de neoplasia mamária constatou valor médio de 39% para a alopecia, indicando que a QV foi influenciada por este sintoma, porém de maneira não significativa. Outra pesquisa realizada por Fangel *et al.* (2013) com 42 mulheres, observou valor médio de 6,7%, denotando que as mulheres não se sentiram chateadas pela perda dos cabelos e que este domínio não impactou na QV.

Esses achados permitem inferir que o enfrentamento à neoplasia mamária e às alterações relacionadas à autoimagem é individual e intrínseco de cada mulher,

no entanto, percebe-se na vivência diária que a maioria delas necessita de auxílio para afrontar tais situações. Mulheres que manifestam um enfrentamento otimista tendem a elaborar melhor sua imagem corporal, apresentam maiores recursos para o ajustamento psicológico à doença e ao tratamento e possuem melhor QV (SANTOS; VIEIRA, 2011).

Os cabelos femininos, assim como a simetria corporal, são considerados atributos presentes em ideais de feminilidade, beleza e saúde que circulam na sociedade e no cotidiano das mulheres acometidas pela neoplasia mamária. Assim, mulheres apegadas a tais ideais podem ter maior sofrimento e angústia por terem vivenciado alterações corporais e, conseqüentemente, ter a QV prejudicada (SANTOS; VIEIRA, 2011).

O enfermeiro, como precursor do cuidado, deve orientar essas mulheres ao longo da terapêutica, indicando medidas profiláticas para este sintoma e alternativas para minimizar a frustração com a perda dos cabelos, como evitar a lavagem diária dos fios, evitar penteá-los bruscamente e com frequência, evitar aplicar tinturas, secadores, *sprays* ou prendê-los firmemente, além de sugerir o uso de lenços, perucas, boinas e chapéus, se houver interesse (BONASSA; GATO, 2012). Sabe-se que a alopecia é transitória, no entanto a reação das mulheres diante deste sintoma é inevitável, impactando negativamente na QV.

A neoplasia mamária remete a mulher a alterações importantes na imagem corporal, as quais podem comprometer a QV e o convívio interpessoal. Frente a isso, percebe-se o quanto é importante realizar uma assistência holística e humanizada, valorizando não somente a ocorrência dos efeitos colaterais, mas também a percepção da paciente sobre a doença e o tratamento, sobre o impacto que promovem em sua vida.

Buscando aprimorar a assistência de Enfermagem às mulheres com neoplasia mamária em relação as condições de vida, foi realizada, nesta pesquisa, a associação entre as variáveis sociodemográficas idade, ocupação e escolaridade com as variáveis efeitos sistêmicos do tratamento e imagem corporal do QLQ BR23 em cada etapa do tratamento.

Observa-se que as variáveis escolaridade e imagem corporal foi estatisticamente significativa na primeira etapa, assumindo valor de  $p = 0,036$ , o que denota que mulheres com maior nível de escolaridade apresentaram maior

comprometimento da QV quando a imagem corporal foi alterada em decorrência da terapêutica.

Tal fato pode ser explicado porque mulheres com maior nível de escolaridade possuem, normalmente, melhor padrão socioeconômico (LEITE *et al.*, 2011; ROSA; RADÜNZ, 2013), o que permite que as mesmas mantenham suas atividades sociais e o padrão estético imposto pela sociedade. Ao se deparar com o diagnóstico de neoplasia mamária, a mulher vivencia diversos sentimentos de temor, desespero, angústia, raiva, negação, sobretudo quando se depara com a possibilidade da sua imagem corporal ser alterada em decorrência da doença e da terapêutica (SANTOS; VIEIRA, 2011).

A literatura aponta que a neoplasia mamária é uma das doenças mais temidas entre as mulheres, por deixar marcas na esfera psicossocial e comprometer a sua relação com o corpo, afetando a QV (REMONDES-COTA; JIMENÉZ; PAIS-RIBEIRO, 2012). Entretanto, o nível de escolaridade constitui-se como um fator importante no entendimento, planejamento e implementação de intervenções (FANGEL *et al.*, 2013) que podem minimizar o estigma em relação à alteração física ocasionada pelo tratamento antineoplásico.

A importância que a mulher atribui a própria aparência física é um importante fator destacado na literatura, além da necessidade de camuflar as alterações corporais de modo a preservar sua privacidade no convívio social ou de restaurar uma aparência próxima ao ideal de beleza e de feminilidade presentes na sociedade (SANTOS; VIEIRA, 2011).

A experiência do adoecimento, associada às alterações na imagem corporal, é um processo que desafia as mulheres e, para isso, elas buscam mecanismos e atributos que as auxiliem no enfrentamento das diversas situações conflitantes da terapia (GOMES; SILVA, 2013). É possível observar que a alteração da imagem corporal é considerada pelas mulheres como uma das implicações mais graves da terapêutica, pelo constrangimento social e familiar ocasionado pela assimetria corporal e perda da identidade feminina, as quais conduzem a mulheres a alterações importantes em seu modo de viver e compromete a QV (SANTOS; VIEIRA, 2011).

No entanto, o nível de escolaridade pode exercer influência sobre a percepção das mulheres acerca da autoimagem (SANTOS; VIEIRA, 2011), fazendo com que compreendam a realidade transitória vivenciada e se adaptem às possibilidades de mudanças que favoreçam a QV.

O enfermeiro, por ser o profissional do cuidado, deve estabelecer junto às pacientes uma relação afetiva e consciente, de modo a auxiliar as mulheres no enfrentamento da tensão, a conviver com outras pessoas e a ajustar-se ao que não pode ser mudado momentaneamente (GOMES; SILVA, 2013), impactando positivamente em seu modo de viver.

A assistência de Enfermagem deve prever estratégias de enfrentamento que preservem a autoestima das mulheres por meio de orientações precisas acerca da terapêutica e das possibilidades da utilização de atributos que valorizem a autoimagem. O vínculo adquirido entre as mulheres e o enfermeiro é conquistado a partir do envolvimento de ambos com o processo terapêutico e o nível de escolaridade pode contribuir para esse envolvimento, conduzindo a mulher a uma melhor compreensão das alterações corporais resultantes da terapêutica, tornando menos estressante e desgastante o processo de enfrentamento da doença (GOMES; SILVA, 2013).

Diante desses resultados, é possível destacar que as associações estatísticas observadas neste estudo entre as variáveis sociodemográficas e as variáveis dos questionários de QV não reproduzem os resultados encontrados na literatura, ou seja, não foram encontradas associações similares com as mesmas variáveis para comparações, portanto, não realizamos correlações com outros estudos. Estes resultados são característicos desta pesquisa e refletem o construto QV na percepção destas mulheres acerca do impacto do adoecimento de maneira singular.

A descoberta da neoplasia mamária acarreta para a mulher uma série de consequências de ordem física, emocional e social, de maneira que o modo de vida e as relações interpessoais passam a ser objetos de reflexão e questionamentos, que podem comprometer a QV. Desta maneira, o seu acompanhamento durante toda a terapêutica requer uma assistência de Enfermagem direcionada, capaz de estimular a mulher a olhar para si mesma não como uma doente debilitada e isolada, mas como mulher forte o suficiente para encarar a doença e qualquer tipo de preconceito, visando sempre o bem estar e a QV.



## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar do avanço científico e tecnológico observado na atualidade, a neoplasia mamária ainda é uma patologia de grande incidência entre as mulheres e estigmatizada pela sociedade, por provocar significativas alterações na QV. Por esse motivo, é comum observar sentimentos de medo, angústia e desespero frente à possibilidade do diagnóstico, e temor frente às possíveis alterações que poderão ocorrer em decorrência da terapêutica.

O itinerário terapêutico percorrido pela mulher com neoplasia mamária é solidificado por alterações físicas e sintomatológicas a todo o momento, que podem conduzir a alterações no seu modo de viver. Para tanto, o enfermeiro deve prontamente auxiliá-las e direcionar o cuidado para além das dimensões fisiológicas, viabilizando medidas que possibilitem melhores condições de vida, saúde e bem-estar durante o tratamento.

Avaliar a QV de mulheres portadoras de neoplasia mamária em tratamento antineoplásico é um processo complexo, que exige o redirecionamento do olhar do enfermeiro para o cuidado singular, holístico, com vistas a suprir as demandas apresentadas pelas mulheres em todas as dimensões e proporcioná-las por meio da assistência direcionada, a manutenção da QV.

Esta pesquisa abordou possíveis impactos que a neoplasia mamária e o tratamento antineoplásico acarretam à QV das mulheres acometidas e a influência que possíveis variáveis, como idade e escolaridade, podem ocasionar. No caso das mulheres participantes desta pesquisa, os impactos foram percebidos na função física, função social, imagem corporal, além do surgimento sintomatológico da fadiga, náuseas e vômitos, efeitos secundários à terapia e alopecia, que comprometeram a QV das mulheres.

Destarte, o construto multidimensional da QV faz-nos refletir sobre o cuidado realizado atualmente pela Enfermagem, no qual a sintomatologia relacionada ao tratamento é o foco principal das orientações realizadas. Entretanto, monitorar o impacto da doença na perspectiva da paciente remete-nos ao aprimoramento e adequação das práticas realizadas, visando a promoção do bem-estar e a adaptação ao tratamento quimioterápico.

As ações de Enfermagem devem buscar o equilíbrio entre a manutenção das dimensões físicas, emocionais e sociais entre as mulheres acometidas, com o adequado manejo da sintomatologia. Entretanto, este parece ser um grande desafio a ser realizado pelo enfermeiro.

Alterar o foco muitas vezes é preciso. Tão importante quanto a sintomatologia ocasionada pela terapêutica é o comprometimento da QV das mulheres acometidas pela neoplasia mamária. Orientar e auxiliar as mulheres a manter a QV durante e após a terapêutica é desafiante, no entanto a dificuldade reside em alterar a praticidade do cotidiano e no temor ao desconhecido.

Posteriormente, a adaptação ao momento vislumbrará o efeito positivo e benéfico no comportamento e enfrentamento das mulheres às situações vivenciadas, nas quais o enfermeiro sentir-se-á gratificado por auxiliá-las a manter o bem-estar e a QV, independente das alterações que são passíveis de acontecer.

Buscar maneiras de auxiliar as mulheres no enfrentamento das adversidades da terapêutica é dever do enfermeiro, que passa a maior parte do tempo junto a essas mulheres. O enfermeiro é o profissional no qual as mulheres encontram apoio, abertura para expor suas dúvidas, seus medos, seus anseios, suas incapacidades. Para tanto, o mesmo deve buscar alternativas que minimizem as possíveis intercorrências da terapêutica, para que estas não comprometam os aspectos físicos, emocionais e sociais das mulheres acometidas.

Estar em tratamento antineoplásico não exime a mulher de manter as atividades de vida diária, e conseqüentemente, manter bons padrões de QV. As atividades rotineiras podem e devem ser desempenhadas pelas mulheres para que a mesma não perca sua identidade e sinta-se independente em seu meio familiar e social. É cabível salientar que a terapêutica remete a mulher a alterações físicas, psíquicas e sociais importantes, que muitas vezes limitam algumas atividades da mulher, ainda mais quando estas são jovens e autossuficientes. No entanto, é de suma importância que as mesmas possuam estratégias de enfrentamento positivas para manter a QV e o bem-estar, adaptando-se à realidade momentânea.

A neoplasia mamária e sua terapêutica ocasionam importantes impactos na QV da mulher e, para tanto, incluir medidas de QV na prática clínica é fator essencial para avaliar possíveis intervenções e alterações que poderão comprometer a vida das mulheres.

A mulher portadora de neoplasia mamária precisa se sentir bem, confiante em seu tratamento e na equipe que a assiste. Assim, é importante que a QV durante a terapêutica também seja visada e almejada por todos, com o intuito de promover medidas que a mantenham e também não a comprometam.

Diante dos resultados desta pesquisa, é relevante salientar a importância da avaliação das dimensões que fazem parte do construto QV, visando a garantir uma assistência de Enfermagem individual, com enfoque não somente na ocorrência dos efeitos colaterais e seu adequado manejo, mas nas condições de vida que devem ser mantidas apesar da terapêutica.

É possível observar que os achados desta pesquisa respondem a hipótese inicialmente formulada, que o tratamento quimioterápico altera a QV das mulheres portadoras de neoplasia mamária. Como verificado, não foram todos os domínios que alteraram a QV, entretanto, a QV das mulheres foi alterada em relação a determinadas funções, sendo fator desencadeante de comprometimento das condições de vida e, conseqüentemente, do bem-estar físico, social e emocional das acometidas.

Frente ao exposto, salienta-se a necessidade de uma formação ampla para os profissionais de enfermagem, que explore tanto o cuidado técnico como também o cuidado subjetivo às mulheres, visando a manter a QV. Contudo, essa pesquisa pode corroborar com as práticas clínicas da Enfermagem e com as políticas de saúde que satisfaçam a paciente como um todo, considerando a sua própria percepção acerca da terapêutica e do impacto que esta ocasiona em sua vida.

Como limitação desta pesquisa, aponta-se a característica privada da instituição, a qual detém particularidades inerentes ao padrão socioeconômico, escolaridade, maior facilidade de acesso aos métodos de rastreamento, diagnóstico, terapêutica e meios de controlar os efeitos sistêmicos, se contrapondo à literatura disponível. Embora essa característica defina um padrão diferenciado, a QV nesta pesquisa foi alterada, remetendo-nos à assistência de Enfermagem singular, independente da característica identitária da mulher com neoplasia mamária.

## REFERÊNCIAS

ALEGRANCE, F.C.; SOUZA, C.B.; MAZZEI, R.L. Qualidade de vida e estratégias de enfrentamento em mulheres com e sem linfedema pós-câncer de mama. **Rev bras cancerol.**, v.56, n.3, p. 341-51, 2010.

AMERICAN CANCER SOCIETY. Cancer facts & figures 2014. Atlanta: American Cancer Society; 2014. Disponível em: <<http://www.cancer.org/acs/groups/content/@research/documents/webcontent/acspc-042151.pdf>>. Acesso em: 24/03/2014.

ANJOS, J.C.; ALAYALA, A.; HOFELMANN, D.A. Fatores associados ao câncer de mama. **Cad Saúde Colet**, v.20, n.3, p. 341-50, 2012.

ANOTA, A. *et al.* Item response theory and fator analysis as a mean to characterize occurrence of response shift in a longitudinal quality of life study in breast cancer patients. **Health and Quality of Life Outcomes**. v.12, n. 32, 2014.

ARAGÃO, J.A. *et al.* Nível de estadiamento das mulheres submetidas a tratamento do câncer de mama. **Scientia Plena**, v.8, n.2, p. 1-6, 2012.

ASSI, H.A. *et al.* Epidemiology and prognosis of breast câncer in young women. **J Thorac Dis**, v.5, Suppl. 1, p. S2-S8, jun. 2013.

BERTAN, F.C.; CASTRO, E.K. Qualidade de vida e câncer: revisão sistemática de artigos brasileiros. **Psico**, v.40, n.3, p. 366-72, 3. trim. 2009.

BEZERRA, K.B. *et al.* Qualidade de vida de mulheres tratadas de câncer de mama em uma cidade do nordeste do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v.18, n.7, p. 1933-41, 2013.

BIASI, P.T. *et al.* Manejo da dor no paciente oncológico pela equipe de enfermagem. **Perspectiva** [Internet], v.35, n.129, p. 157-66, 2011.

BONASSA, E.M.A.; GATO, M.I.R. **Terapêutica oncológica para enfermeiros e farmacêuticos**. 4.ed. São Paulo: Atheneu, 2012.

BONFIM, R.J.A. Câncer de mama no homem: análise dos aspectos epidemiológicos, clínicos e terapêuticos em serviço formal brasileiro. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v.35, n.11, nov. 2013.

BRASIL. Lei n. 12.732, de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 23 nov. 2012a. Seção 1, pt.1.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: Inca; 2011. 118p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer**. 2.ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: Inca, 2012b. 129p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Recomendações para redução da mortalidade por câncer de mama no Brasil: balanço 2013**. Rio de Janeiro: Inca; 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: Inca; 2014. 126p.

BUZAID, A.C.; MALUF, F.C.; LIMA, C.M.R. **Manual de oncologia clínica do Brasil**. 11.ed. São Paulo: Dentrix, 2013.

CAMPOS, M.P.O. *et al.* Fadiga relacionada ao câncer : uma revisão. **Rev Assoc Med Bras**, v.57, n.2, p. 211-9, 2011.

CARVALHO, A.P.R.; SANTOS, T.M.B.; LINHARES, F.M.P. Promoção do autocuidado a mulheres mastectomizadas. **Cogitare Enferm.**, v.17, n.3, p. 485-91, 3. trim. 2012.

CESNIK, V.M.; SANTOS, M.A. Desconfortos físicos decorrentes dos tratamentos do câncer de mama influenciam a sexualidade da mulher mastectomizada? **Rev Esc Enferm USP**, v.46, n.4, p. 10010-8, 2012.

COSTA, M.A.D.L.; CHAGAS, S.R.P. Quimioterapia neoadjuvante no câncer de mama operável: revisão da literatura. **Rev bras cancerol.**, v.59, n.2, p. 261-9, 2013.

DAMODAR, G. *et al.* Assessment of quality of life in breast cancer patients at a tertiary care hospital. **Arch Pharma Pract**, v.4, n.1, p. 15-20, 2013.

DOWNING, A. *et al.* Time to begin adjuvante chemotherapy and survival in breast cancer patients: a retrospective observational study using latent class analysis. **The Breast Journal**, v.20, n.1, p. 29-36, 2014.

EUROPEAN ORGANIZATION FOR RESEARCH AND TREATMENT OF CANCER (EORTC). Bélgica: EORTC; c2011. Disponível em: <<http://www.eortc.be>>. Acesso em: 20/03/2014.

EARLY BREAST CANCER TRIALISTS' COLLABORATIVE GROUP (EBCTCG). Comparisons between different polychemotherapy regimens for early breast cancer: meta-analyses of long-term outcome among 100.000 women in 123 randomised trials. **Lancet**, v.379, n.9814, p. 432-44, 2012.

FANGEL, L.M.V. *et al.* Qualidade de vida e desempenho de atividades cotidianas após tratamento das neoplasias mamárias. **Acta Paul Enferm.**, v.26. n.1, p. 93-100, 2013.

FAYERS, P.M. *et al.* EORTC Quality of Life Group. **The EORTC QLQ C30 scoring manual**. 3.rd edition. Brussels: *EORTC*, 2001.

FERNÁNDEZ-ORTEGA, P.P. *et al.* Chemotherapy– induced nausea and vomiting in clinical practice: impacto on patients' quality of life. **Support Care Cancer**. v.20, n.12, p.3141-8, 2012.

FRANCESCHINI, J. *et al.* Reprodutibilidade da versão em português do Brasil do European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire em conjunto com seu módulo específico para câncer de pulmão. **J Bras Pneumol.**, v.36, n.5, p. 595-602, 2010.

GOMES, N.S.; SILVA, S.R. Avaliação da autoestima de mulheres submetidas à cirurgia oncológica mamária. **Texto Contexto Enferm.**, v.22, n. 2, p. 509-16, 2. trim. 2013.

GOZZO, T.O. *et al.* Ocorrência de neutropenia em mulheres com câncer de mama durante tratamento quimioterápico. **Acta Paul Enferm**, v.24, n.6, p. 810-4, 2011.

\_\_\_\_\_. Náusea, vômitos e qualidade de vida de mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico. **Rev Gaucha Enferm**, v.34, n.3, p. 110-6, 2013.

GUIMARÃES, A.G.; ANJOS, A.C.Y. Caracterização sociodemográfica e avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico adjuvante. **Rev bras cancerol.**, v.58, n.4, p. 581-92, 2012.

HOYER, M. *et al.* Health-related quality of life among women with breast cancer – a population-based study. **Acta Oncol.** v.50, p. 1015-26, 2011.

IRARRÁZVAL, M.E. *et al.* Calidad de vida em câncer de mama: validación del cuestionário BR23 em Chile. **Rev Med Chile.** v.141, p. 723-34, 2013.

JACQUIN, J.P. *et al.* Docetaxel-containing adjuvant chemotherapy in patients with early stage breast cancer. Consistency of effect in dependent of nodal and biomarker status: a meta analysis of 14 randomized clinical trials. **Breast Cancer Res Treat**, v.134, n. 3, p. 903-13, 2012.

JASSIM, G. A.; WHITFORD, D. Quality of life of Bahraini women with breast cancer: a cross sectional study. **BMC Cancer.** v.13, n. 212, 2013.

KEEGAN, T.H.M. *et al.* Occurrence of breast cancer subtypes in adolescent and young adult women. **Breast Cancer Res**, v.14, n.2, R55, 2012.

LEITE, F.M.C. *et al.* Mulheres com diagnóstico de câncer de mama em tratamento com tamoxifeno: perfil sociodemográfico e clínico. **Rev bras cancerol.**, v.57, n.1, p. 15-21, 2011.

\_\_\_\_\_. Diagnóstico de câncer de mama: perfil sócio econômico, clínico, reprodutivo e comportamental de mulheres. **Cogitare enferm.**, v.17, n.2, p. 342-7, 2. trim 2012.

LI, X. *et al.* Timeliness of cancer care from diagnosis to treatment: a comparison between patients with breast, colon, rectal ou lung cancer. **Int J Qual Health Care**, v. 25, n.2, p. 197-204, 2013.

LIMA, A.L.P. *et al.* Rastreamento oportunístico do câncer de mama entre mulheres jovens no Estado do Maranhão, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.27, n.7, p. 1433-9, jul. 2011.

LIMA, T.O.; BORGES, G.C. Avaliação da qualidade de vida em pacientes com câncer assistidos pelo Centro de Tratamento de Câncer de Dourados. **InterBio**, v.3 n.2, p. 5-10, 2009.

MACHADO, S.M.B.; BERGMANN, A. Qualidade de vida de mulheres brasileiras com câncer de mama: revisão sistemática da literatura. **Corpus et Scientia**, v.8, n.3, p. 139-53, dez. 2012.

MAJEWSKI, J.M. *et al.* Qualidade de vida em mulheres submetidas à mastectomia comparada com aquelas que se submeteram à cirurgia conservadora: uma revisão de literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, v.17, n.3, p. 707-16, 2012.

MANSANO-SCHLOSSER, T.C.; CEOLIM, M.F. Qualidade de vida de paciente com câncer no período de quimioterapia. **Texto Contexto Enferm**, v.21, n.3, p. 600-7, 3. trim. 2012.

MARTINS, C.A. *et al.* Evolução da mortalidade por câncer de mama em mulheres jovens: desafios para uma política de atenção oncológica. **Rev bras cancerol.**, v.59, n.3, p. 341-9, 2013.

MATOS, J.C.; PELLOSO, S.M.; CARVALHO, M.D.B. Prevalência de fatores de risco para o câncer de mama no município de Maringá, Paraná. **Rev latinoam enferm.**, v.18, n.3, p. 57-64, mai-jun. 2010.

MICHELS, F.A.S.; LATORRE, M.R.D.O.; MACIEL, M.S. Validation, reliability and comprehension of the IBCSG quality of life questionnaire specific to breast cancer. **Appl Cancer Res.**, v.30, n.4, p. 348-52, 2010.

\_\_\_\_\_. Validity, reliability and understanding of the EORTC-C30 and EORTC-BR23, quality of life questionnaires specific for breast cancer. **Rev Bras Epidemiol**, v.16, n.2, p. 352-63, 2013.

MINEO, F.L.V. *et al.* Assistência de enfermagem no tratamento do câncer de mama. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v.4, n. 2, p. 366-88, 2013.

MIRANDA, T.V. *et al.* Estado nutricional e qualidade de vida de pacientes em tratamento quimioterápico. **Rev bras cancerol.**, v.59, n.1, p. 57-64, 2013.



MOREIRA, H.; CANAVARRO, M.C. Tipo de cirurgia, adaptação psicossocial e imagem corporal no câncer de mama. **Psic, Saúde & Doenças**, v.13, n.2, p. 169-90, 2012.

MOURA, N.A.V.; CASTRO, V.B.; COSTA, M.A.O. Perfil epidemiológico de mulheres com câncer de mama tratadas em hospital filantrópico de referência. **Rev Enferm UFPI**, v.2, n.4, p. 35-41, 4. trim. 2013.

NICOLUSSI, A.C.; SAWADA, N.O. Qualidade de vida de pacientes com câncer de mama em terapia adjuvante. **Rev Gaúcha Enferm.**, v.32, n.4, p. 759-66, dez. 2011.

NUNES, R.R. *et al.* Casos de recidiva ou metástase de câncer de mama após três anos de tratamento. **R. Interd**, v.6, n.1, p. 80-7, 1. trim. 2013.

OLIVEIRA, L.B. *et al.* A feminilidade e sexualidade da mulher com câncer de mama. **Rev Científica da Escola da Saúde**, v.3, n. 1, p. 43-53, 2014.

OLIVEIRA, K.D.; OSELAME, G.B; NEVES, E.B. Infertilidade após o tratamento oncológico. **Rev Med Saude Brasilia**, v.3, n.1, p. 72-84, 2014.

PINHEIRO, A.B. *et al.* Câncer de mama em mulheres jovens: análise de 12.689 casos. **Rev bras cancerol.**, v.59, n.3, p. 351-9, 2013.

PIRRI, C. *et al.* Nausea still the poor relation in antiemetic therapy? The impact on cancer patients' quality of life and psychological adjustment of nausea, vomiting and appetite loss, individually and concurrently as part of a symptom cluster. **Support Care Cancer**. v.21, n.3, p. 735-48, 2012.

RECALDE, M.T.; SAMUDIO, M. Calidad de vida em pacientes com câncer de mama em tratamento oncológico ambulatorio en el Instituto de Previsión Social em el año 2010. **Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud**, v.8, n.2, p. 13-29, 2012

REMONDES-COSTA, S.; JIMENÉZ, F.; PAIS-RIBEIRO, J.L. Imagem corporal, sexualidade e qualidade de vida no câncer de mama. **Psic, Saúde & Doenças**, v.13, n.2, p.327-39, 2012.

RENCK, D.V. *et al.* Equidade do acesso ao rastreamento mamográfico do câncer de mama com intervenção de mamógrafo móvel no Sul do Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.30, n.1, p. 88-96, jan. 2014.

ROSA, L.M.; RADÜNZ, V. Taxa de sobrevida na mulher com câncer de mama: estudo de revisão. **Texto Contexto Enferm**, v.21, n.4, p. 980-9, 4. trim 2012.

\_\_\_\_\_. Do sintoma ao tratamento adjuvante da mulher com câncer de mama. **Texto Contexto Enferm**, v.22, n.3, p. 713-21, 3. trim 2013.

ROSA, L.M.; RADÜNZ, V.; BRÜGMANN, O.M. Tempo entre as etapas diagnósticas e terapêuticas do câncer de mama no SUS. **Cienc Cuid Saude**, v.12, n.1, p. 104-11, 1. trim 2013.

SALES, C.A. *et al.* Qualidade de vida sob a ótica de pessoas em tratamento antineoplásico: uma análise fenomenológica. **Rev. Eletr. Enf.**, v.13, n.2, p. 250-8, 2. trim. 2011.

SALIMENA, A.M.O. *et al.* Mulheres enfrentando o câncer de mama. **Rev. Min. Enferm.**, v.16, n.3, p.339-47, 3. trim. 2012.

SANTOS, D.B.; VIEIRA, E.M. Imagem corporal de mulheres com cancer de mama: uma revisão sistemática da literature. **Ciênc. saúde coletiva**, v.16, n.5, p. 2511-22, 2011.

SAWADA, N.O. *et al.* Avaliação da qualidade de vida de pacientes com câncer submetidos a quimioterapia. **Rev esc enferm USP**, v.43, n.3, p. 581-7, 2009.

SAÇO, L.F. *et al.* Características e avaliação da qualidade de vida em um grupo de pacientes submetidos a tratamento quimioterápico. **HU Revista**, v.37, n.1, p.95-102, 1. trim. 2011.

SEIXAS, R.J.; KESSLER, A.; FRISON, V.B. Atividade física e qualidade de vida em pacientes oncológicos durante o período de tratamento quimioterápico. **Rev bras cancerol.**, v.56, n.3, p. 321-30, 2010.

SILVA, C.B.; ALBUQUERQUE, V.; LEITE, J. Qualidade de vida em pacientes portadoras de neoplasia mamária submetidas a tratamentos quimioterápicos. **Rev bras cancerol.**, v.56, n.2, p. 227-36, 2010.

SILVA, M.M. *et al.* Perfil sociodemográfico e clínico de pessoas em tratamento quimioterápico: subsídios para o gerenciamento em enfermagem. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. v.15, n.3, p.704-12, 3. trim. 2013.

SILVA JUNIOR, P.P.; GERANUTTI, C.W.G.; JOB, J.R.P.P. Fatores de risco para depressão nos pacientes com câncer de mama. **Rev. Fac. Ciênc. Méd.**, v.15, n.1, p. 184-5, 2013.

SILVA, P.A.; RIUL, S.S. Câncer de mama: fatores de risco e detecção precoce. **Rev Bras Enferm**, v. 64, n. 6, p. 1016-21, 2011.

SIO, T.T. *et al.* Patient age is related to decision-making, treatment selection and perceived quality of life in breast cancer survivors. **World Journal of Surgical Oncology**. v.12, n. 230, 2014.

TERRA, F. S. *et al.* Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos submetidos à quimioterapia. **Rev Bras Clin Med.**, v.11, n.2, p. 112-7, 2. trim. 2013.

VANDERGRIFT, J.L. *et al.* Time to adjuvant chemotherapy for breast cancer in National Comprehensive Cancer Network Institutions. **JNCI**, v. 105, n. 2, p. 104-12, 2013.

VIDOTTI, J.F.; SCORSOLINI-COMIN,F.; SANTOS, M.A. Qualidade de vida em sobreviventes de longo prazo ao câncer de mama: análise da produção científica. **Revista Psicologia: Teoria e Prática**, v. 15, n. 3, p. 49-68, 4. trim 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHOQOL**: measuring quality of life. Geneva: WHO; 1997.

YUSUF, A. *et al.* Quality of life in Malay and Chinese women newly diagnosed with breast cancer in Kelantan, Malaysia. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**. v.14, p. 435-40, 2013.

ZANDONAI, A.P. *et al.* Qualidade de vida nos pacientes oncológicos: revisão integrativa da literatura latino-americana. **Rev. Eletr. Enf.**, v.12, n.3, p. 554-61, 2010.

**APÊNDICES**

APÊNDICE 1 - QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO.....	92
APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENO LIVRE E ESCLARECIDO.....	94

## APÊNDICE 1: QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO

### QUESTIONÁRIO 1:

I - DADOS CADASTRAIS		
Iniciais do Pcte:	Data: □□/□□/□□	p1. Idade: □□ anos
Cidade:	Estado:	
II - DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS		
p2. Gênero: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	p3. Estado civil: <input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) ou Amasiado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) ou Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viúvo(a)	p4. N° filhos: _____. <input type="checkbox"/> 1 a 3 <input type="checkbox"/> Mais de 3 p5. Escolaridade: _____ <input type="checkbox"/> < 9 anos <input type="checkbox"/> 9 a 12 anos <input type="checkbox"/> > 12 anos
p6. Ocupação: <input type="checkbox"/> Ativo(a) <input type="checkbox"/> Aposentado(a) <input type="checkbox"/> Trabalha em casa <input type="checkbox"/> Desempregado(a)	p7. N° pessoas que moram na residência: □□ p8. Renda familiar: □□□.□□□,□□ reais p9. Renda <i>per capita</i> : □□□.□□□,□□ reais	
III - VARIÁVEIS CLÍNICAS		
p10. Comorbidades: 1) _____ . Há quanto tempo? _____ 2) _____ . Há quanto tempo? _____ 3) _____ . Há quanto tempo? _____ 4) _____ . Há quanto tempo? _____ 5) _____ . Há quanto tempo? _____		
p11. Data do diagnóstico s: □□ meses.	p12. N° hospitalizações: Últimos 12 meses: □□	
p13. Medicações em uso: <input type="checkbox"/> Sim / <input type="checkbox"/> Não.		
Nome: □□□□□□□□□□□□. Posologia: □M-□T-□N. Dose: □□□□mg Nome: □□□□□□□□□□□□. Posologia: □M-□T-□N. Dose: □□□□mg Nome: □□□□□□□□□□□□. Posologia: □M-□T-□N. Dose: □□□□mg Nome: □□□□□□□□□□□□. Posologia: □M-□T-□N. Dose: □□□□mg Nome: □□□□□□□□□□□□. Posologia: □M-□T-□N. Dose: □□□□mg		

	<p>Nome: □□□□□□□□□□. Posologia: □M-□T-□N. Dose: □□□□mg</p> <p>Nome: □□□□□□□□□□. Posologia: □M-□T-□N. Dose: □□□□mg</p> <p>Nome: □□□□□□□□□□. Posologia: □M-□T-□N. Dose: □□□□mg</p> <p>Nome: □□□□□□□□□□. Posologia: □M-□T-□N. Dose: □□□□mg</p>
<b>Hábitos de vida</b>	<p>p14. Tabagismo</p> <p><input type="checkbox"/> Prática atual. Número de cigarros por dia: □□</p> <p><input type="checkbox"/> Prática pregressa e atualmente não fuma. Parou há: □□ meses/anos</p> <p><input type="checkbox"/> Não fuma.</p>
	<p>p15. Uso de bebida alcoólica:</p> <p><input type="checkbox"/> Não ingeri.</p> <p><input type="checkbox"/> Ingestão moderada.</p> <p><input type="checkbox"/> Ingestão mais do que moderada.</p>
	<p>p16. Nestes últimos 30 dias, com que frequência você ingeriu alimentos dos grupos abaixo?</p> <p><input type="checkbox"/> Cereais e derivados.</p> <p><input type="checkbox"/> Feijão e outras leguminosas.</p> <p><input type="checkbox"/> Legumes e verduras.</p> <p><input type="checkbox"/> Raízes e tubérculos.</p> <p><input type="checkbox"/> Carnes e embutidos.</p> <p><input type="checkbox"/> Leite e derivados.</p> <p><input type="checkbox"/> Açúcar e refrigerantes.</p> <p><input type="checkbox"/> Óleos e gorduras vegetais.</p> <p><input type="checkbox"/> Banha, toucinho ou manteiga.</p> <p><input type="checkbox"/> Frutas e sucos naturais.</p> <p><input type="checkbox"/> Ovos.</p> <p><input type="checkbox"/> Refeições prontas ou industrializadas.</p>
	<p>p17. Atividade Física: _____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Regularmente; <input type="checkbox"/> Esporadicamente (&lt; 3 X/semana); <input type="checkbox"/> Não pratica.</p>

## APÊNDICE 2: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) para participar de uma pesquisa. As informações existentes neste documento são para que você entenda perfeitamente os objetivos da pesquisa, e saiba que sua participação é voluntária e espontânea. Se durante a leitura deste documento houver alguma dúvida você deverá fazer perguntas para que possa entender perfeitamente do que se trata. Após ser esclarecido(a) sobre estas informações a seguir e no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final este documento, que está em duas vias, sendo uma via sua e outra do pesquisador responsável.

#### Informações sobre a pesquisa

**Título da pesquisa:** QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES ONCOLÓGICOS SUBMETIDOS À QUIMIOTERAPIA.

**Pesquisador responsável:** Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Luciana P. Kalinke - Fone: (41) 8837-2079 / (41) 3361-3770. **Pesquisadores participantes:** Dr Sérgio Lunardon Padilha, Dr Johnny Francisco Cordeiro Camargo e acadêmica Bruna Caroline Reis.

**Introdução:** A oncologia é uma especialidade em constante evolução. Técnicas diagnósticas e modalidades terapêuticas possibilitam um aumento da sobrevida e melhoria da Qualidade de Vida dos pacientes com câncer. Embora muitos tratamentos sejam efetivos na remoção e/ou ataque às células malignas, sabe-se que algumas intervenções como a quimioterapia, tem grande impacto nas células tumorais e pode levar a algumas debilitações agudas e crônicas em função da toxicidade de seus componentes, podendo ocasionar redução na capacidade fisiológica, bem como, outras questões relacionadas a diminuição dos níveis de atividade física, emocional, cognitivas e social. Estes fatores contribuem para redução da qualidade de vida do paciente oncológico.

**Finalidade da Pesquisa:** Espera-se com este projeto levantar as reais dificuldades relacionadas à Qualidade de Vida do paciente oncológico, durante seu tratamento quimioterápico. Somente assim, acredita-se que será possível permitir aos profissionais de saúde, um melhor conhecimento das áreas afetadas.

**Procedimento:** Para tanto, é necessário que você concorde em responder em sete questionários divididos em três fases do seu tratamento: três questionários no início do tratamento, dois na metade do tratamento e dois no final do tratamento.

**Riscos e Benefícios:** Não haverá nenhum risco para sua saúde. Os benefícios serão indiretos. Participando da pesquisa você terá a oportunidade de esclarecer dúvidas, adquirir conhecimentos e contribuir com nossa pesquisa. A realização de pesquisas sobre Qualidade de Vida em pacientes com câncer é fundamental para levantar as reais necessidades do paciente para podermos planejar ações conjuntas visando a melhoria da Qualidade de vida do paciente com câncer.

**Custos:** Você não terá nenhum gasto com a pesquisa, porque os materiais utilizados serão custeados pelos pesquisadores.

**Participação:** Caso você queira desistir de participar da pesquisa, poderá fazê-lo em qualquer tempo e no momento que desejar. Durante o decorrer da pesquisa, caso você venha a ter alguma dúvida ou precise de alguma orientação a mais, procure o pesquisador.

**Privacidade e confidencialidade:** Você tem o compromisso dos pesquisadores de que sua imagem e identidade serão mantidas em absoluto sigilo.

Eu \_\_\_\_\_,  
portador (a) do RG: \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar do estudo acima descrito como sujeito.

Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pelo pesquisador sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento.

\_\_\_\_\_ data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.  
Assinatura do sujeito

\_\_\_\_\_ data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.  
Assinatura do Pesquisador



**ANEXOS**

ANEXO 1	-	EMAIL EORTC.....	97
ANEXO 2	-	QUESTIONÁRIO QLQ C30.....	98
ANEXO 3	-	QUESTIONÁRIO QLQ BR23.....	100
ANEXO 4	-	PARECER CONSUBSTANCIADO.....	102

## ANEXO 1: EMAIL EORTC

### Corpo da mensagem

Dear Sir/Madam,

Please find below the links where you can download the documents you requested.

Best regards,

Your data:

Title: Dr

Firstname: Luciana

Lastname: Kalinke

Hospital/Institution: Universidade Federal do Paraná

Address: 1640, Francisco Rocha ap 202

County/State: Paraná

Postal Code: 80730390

Country: Brazil

Phone: +55 41 3361 3770

Fax: +55 41 3336 6552

Email: [lucianakalinke@yahoo.com.br](mailto:lucianakalinke@yahoo.com.br)

Protocol: Avaliação da Qualidade de Vida em Pacientes Oncológicos no estado do Paraná

Documents requested:

Colorectal Module (CR29) in Portuguese

Breast Module (BR23) in Spanish

Colorectal Module (CR29) in Spanish

QLQ-C30 Scoring Manual

Addendum scoring instructions validated modules

Full reference values

Latest issue of the EORTC Quality of Life Group Newsletter

URLs:

<http://www.eortc.be/home/qol/files/CR29/CR29%20Portuguese.pdf>

<http://www.eortc.be/home/qol/files/BR23/BR23%20Spanish%20Colombian.pdf>

[http://www.eortc.be/home/qol/files/CR29/CR29%20Spanish%20\(Colombia\).pdf](http://www.eortc.be/home/qol/files/CR29/CR29%20Spanish%20(Colombia).pdf)

<http://www.eortc.be/home/qol/files/SCManualQLQ-C30.pdf>

[http://www.eortc.be/home/qol/files/Addendum\\_scoring\\_instructions.pdf](http://www.eortc.be/home/qol/files/Addendum_scoring_instructions.pdf)

[http://www.eortc.be/home/qol/files/RV/RV\\_complete.pdf](http://www.eortc.be/home/qol/files/RV/RV_complete.pdf)

[http://www.eortc.be/home/qol/files/QOL\\_newsletter.pdf](http://www.eortc.be/home/qol/files/QOL_newsletter.pdf)

If you are having technical difficulties please contact us by email: [qlqc30@eortc.be](mailto:qlqc30@eortc.be)

## ANEXO 2: QUESTIONÁRIO QLQ C30

BRAZILIAN



### EORTC QLQ-C30 (versão 3.0.)

Nós estamos interessados em alguns dados sobre você e sua saúde. Responda, por favor, a todas as perguntas fazendo um círculo no número que melhor se aplica a você. Não há respostas certas ou erradas. A informação que você fornecer permanecerá estritamente confidencial.

Por favor, preencha suas iniciais:

--	--	--	--	--

Sua data de nascimento (dia, mês, ano):

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

Data de hoje (dia, mês, ano):

31 

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

	Não	Pouco	Modera- damente	Muito
1. Você tem qualquer dificuldade quando faz grandes esforços, por exemplo carregar uma bolsa de compras pesada ou uma mala?	1	2	3	4
2. Você tem qualquer dificuldade quando faz uma <u>longa</u> caminhada?	1	2	3	4
3. Você tem qualquer dificuldade quando faz uma <u>curta</u> caminhada fora de casa?	1	2	3	4
4. Você tem que ficar numa cama ou na cadeira durante o dia?	1	2	3	4
5. Você precisa de ajuda para se alimentar, se vestir, se lavar ou usar o banheiro?	1	2	3	4
<b>Durante a última semana:</b>				
6. Tem sido difícil fazer suas atividades diárias?	1	2	3	4
7. Tem sido difícil ter atividades de divertimento ou lazer?	1	2	3	4
8. Você teve falta de ar?	1	2	3	4
9. Você tem tido dor?	1	2	3	4
10. Você precisou repousar?	1	2	3	4
11. Você tem tido problemas para dormir?	1	2	3	4
12. Você tem se sentido fraco/a?	1	2	3	4
13. Você tem tido falta de apetite?	1	2	3	4
14. Você tem se sentido enjoado/a?	1	2	3	4
15. Você tem vomitado?	1	2	3	4

Por favor, passe à página seguinte

<b>Durante a última semana:</b>	<b>Não</b>	<b>Pouco</b>	<b>Moderadamente</b>	<b>Muito</b>
16. Você tem tido prisão de ventre?	1	2	3	4
17. Você tem tido diarreia?	1	2	3	4
18. Você esteve cansado/a?	1	2	3	4
19. A dor interferiu em suas atividades diárias?	1	2	3	4
20. Você tem tido dificuldade para se concentrar em coisas, como ler jornal ou ver televisão?	1	2	3	4
21. Você se sentiu nervoso/a?	1	2	3	4
22. Você esteve preocupado/a?	1	2	3	4
23. Você se sentiu irritado/a facilmente?	1	2	3	4
24. Você se sentiu deprimido/a?	1	2	3	4
25. Você tem tido dificuldade de se lembrar das coisas?	1	2	3	4
26. A sua condição física ou o tratamento médico tem interferido em sua vida <u>familiar</u> ?	1	2	3	4
27. A sua condição física ou o tratamento médico tem interferido em suas atividades <u>sociais</u> ?	1	2	3	4
28. A sua condição física ou o tratamento médico tem lhe trazido dificuldades financeiras?	1	2	3	4

**Para as seguintes perguntas, por favor, faça um círculo em volta do número entre 1 e 7 que melhor se aplica a você.**

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

1            2            3            4            5            6            7

Péssima

Ótima

30. Como você classificaria a sua qualidade de vida geral, durante a última semana?

1            2            3            4            5            6            7

Péssima

Ótima

## ANEXO 3: QUESTIONÁRIO QLQ BR23

BRAZILIAN PORTUGUÊSE

**EORTC QLQ - 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.

<b>Durante a última semana:</b>	<b>Não</b>	<b>Pouco</b>	<b>Moderadamente</b>	<b>Muito</b>
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
<b>Durante as últimas <u>quatro</u> semanas:</b>	<b>Não</b>	<b>Pouco</b>	<b>Moderadamente</b>	<b>Muito</b>
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

BRAZILLIAN PORTUGUÊSE

<b>Durante a última semana:</b>	<b>Não</b>	<b>Pouco</b>	<b>Moderadamente</b>	<b>Muito</b>
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 4: PARECER CONSUBSTANCIADO

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná - HCUFPR

### PROJETO DE PESQUISA

**Título:** Qualidade de vida dos pacientes oncológicos submetidos a quimioterapia.

**Pesquisador:** Luciana Puchalski Kalinke

**Versão:** 1

**Instituição:** Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

**CAAE:** 00552012.4.0000.0096

### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

**Número do Parecer:** 5301

**Data da Relatoria:** 12/03/2012

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo observacional, de coorte, prospectivo, para avaliar a qualidade de vida (QV) de pacientes com câncer de mama ou colo retal em diferentes etapas do tratamento quimioterápico, através da aplicação de questionários desenvolvidos pela Organização Europeia de Pesquisa e Tratamento do Câncer. Espera-se a inclusão de 108 sujeitos com câncer de mama e de 90 sujeitos com câncer de colo retal. O estudo terá duração de 2 anos.

#### Objetivo da Pesquisa:

Caracterizar a QV e identificar os principais domínios (físico, emocional, social e cognitivo) afetados na QV de pacientes com diagnóstico de câncer de mama ou colo retal em diferentes etapas do tratamento quimioterápico; caracterizar o perfil sócio-demográfico e clínico desses pacientes; propor intervenções para a melhoria da QV com base nos dados levantados.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O estudo permitirá o levantamento das necessidades enfrentadas por pacientes com câncer de mama ou colo retal, o que possibilitará a criação de estratégias para melhorar a qualidade de vida desses indivíduos.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa está bem fundamentada do ponto de vista teórico, e se justifica pela importância de se estabelecer o impacto que o câncer de mama ou de colo retal tem sobre a qualidade de vida dos indivíduos, a fim de se identificar fatores que possam contribuir para a melhora da mesma. A metodologia está adequada ao tipo de estudo proposto. Estão previstos procedimentos para assegurar a confidencialidade do sujeito. No entanto, não está especificado no projeto de pesquisa a faixa etária dos sujeitos a serem incluídos no estudo, este item foi esclarecido pela pesquisadora.

#### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) esclarece ao sujeito a finalidade da pesquisa e contempla informações relacionadas aos procedimentos envolvidos, aos riscos e benefícios, aos custos, à participação no estudo e à confidencialidade.

#### Recomendações:

Pesquisador atendeu todas as pendências, podendo o projeto ser aprovado.

#### Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Comentários e considerações frente à Resolução 196/96:

- É necessário especificar a faixa etária dos sujeitos a serem incluídos no estudo e, se houver intenção de recrutamento de menores de idade (adolescentes - maior de 14 e menor de 18 anos), apresentar o Termo de Assentimento - PENDÊNCIA ATENDIDA.

Pendências em relação ao TCLE:

- Incluir campo para rubricas em todas as páginas - PENDÊNCIA ATENDIDA.

- No item Introdução usar termos mais simples para facilitar a compreensão do sujeito - PENDÊNCIA ATENDIDA.

- No item Procedimento acrescentar informações sobre o que será abordado nos questionários (função sexual, por exemplo) - PENDÊNCIA ATENDIDA.

- No item Riscos e Benefícios escrever claramente que o sujeito de pesquisa não terá benefícios diretos decorrentes de sua participação no estudo - PENDÊNCIA ATENDIDA.

- No item Custos retirar a frase -porque os materiais utilizados serão custeados pelos pesquisadores- ou especificar quais materiais, a fim de evitar conflitos; esclarecer que o sujeito de pesquisa não será remunerado por participar da pesquisa - PENDÊNCIA ATENDIDA.

- Acrescentar ao TCLE informações relacionadas ao acesso e destino dos dados coletados - PENDÊNCIA ATENDIDA.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HC-UFPR, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 196/96, manifesta-se pela aprovação do projeto conforme proposto para início da Pesquisa. Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos.

É obrigatório trazer ao CEP/HC uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que foi aprovado, para assinatura e rubrica. Após, xerocar este TCLE em duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma para o participante da pesquisa.

CURITIBA, 20 de Março de 2012

---

Assinado por:

Renato Tambara Filho