

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**

LARISSA RODRIGUES DELL'ANTONIO

**QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE
MAMA EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA EM VITÓRIA – ES**

**VITÓRIA
2013**

LARISSA RODRIGUES DELL'ANTONIO

**QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE
MAMA EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA EM VITÓRIA – ES**

Defesa de Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo – UFES, como requisito para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Helena Costa Amorim

Co-orientadora: Prof^a. Dr^a. Eliana Zandonade

**VITÓRIA
2013**

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

D357q Dell'Antonio, Larissa Rodrigues, 1988-
Qualidade de vida de mulheres com diagnóstico de câncer de
mama em um hospital de referência em Vitória – ES / Larissa
Rodrigues Dell'Antonio. – 2013.
95 f. : il.

Orientadora: Maria Helena Costa Amorim.
Coorientadora: Eliana Zandonade.
Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade
Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Qualidade de vida. 2. Mamas - Câncer. 3. Mulheres -
Saúde e higiene. I. Amorim, Maria Helena Costa. II. Zandonade,
Eliana. III. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de
Ciências da Saúde. IV. Título.

CDU: 614

QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE MAMA EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA EM VITÓRIA – ES

LARISSA RODRIGUES DELL'ANTONIO

Defesa de Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva e à Universidade Federal do Espírito Santo – UFES, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva na área de concentração de Epidemiologia.

Avaliada em 28 de Março de 2013

Comissão Examinadora:

Prof. Dra. Maria Helena Costa Amorim – Orientadora
Universidade Federal do Espírito Santo

Prof. Dr. Sebastião Benício da Costa Neto– 1º. Examinador
Pontifícia Universidade Católica de Goiás

Prof. Dra. Maria Helena de Barros Miotto – 2ª. Examinadora
Universidade Federal do Espírito Santo

VITÓRIA
2013

*Dedico esta Dissertação a todas as
Marias, Anas, Elizetes e Aparecidas
que dividiram este momento tão difícil,
de dor, descoberta e superação comigo.*

AGRADECIMENTOS

Finalmente chegou o tão esperado momento de agradecer... me emociono ao perceber o que isso significa: a obtenção do tão sonhado título de mestre!

Agradeço primeiramente ao meu grande DEUS por toda sua bondade, misericórdia, cuidado e fidelidade. Se não fora o Senhor eu não teria chegado até aqui. Vejo em todo tempo o cuidado e a provisão de DEUS manifestos em minha vida, abrindo as portas certas, nos momentos certos, sempre a me surpreender. Glória a Deus por mais esta etapa vencida!!!

A minha família amada que, apesar de tudo, sei que me ama de modo sobrenatural. Papai e mamãe que mesmo de longe se fizeram tão presentes nessa reta final, obrigada pela base sólida em que criaram e por terem forjado o meu caráter de acordo com a palavra do nosso Mestre! A minha irmã Thalita que cisma em se esquecer que eu sou mais velha e que está sempre cuidando de mim. A minha irmã Priscila e meu cunhado Junior pela parceria, que loucura a minha planilha de dados não?

Agradeço ao Hatus pelo companheirismo, paciência, cuidado e constante presença nos momentos em que eu dizia não conseguir mais. Posso dizer que você foi a melhor coisa que me aconteceu durante o Mestrado! Amo muito você!!!! Agradeço também ao Tio Judson e a Tia Angela que também entraram no processo e com carinho me sustentaram em oração.

Agradeço a minha professora, orientadora e grande amiga Maria Helena Amorim, por ter visto em mim potencial, por ter acreditado e investido em mim desde novembro de 2009, lembro-me claramente daquela manhã e de suas palavras. Obrigada por ter sido você a professora que Deus usou para me auxiliar nessa intensa jornada e pode ter certeza que este não é o fim. Levo comigo o exemplo de enfermeira, professora, pesquisadora, mãe e amiga que você é! MUITO OBRIGADA MESMO!

A Professora Eliana Zandonade, profissional hiper competente, séria e íntegra. Admiro seu caráter e firmeza. Obrigada pela sua atenção, dispensada a mim desde 2010. Obrigada porque mesmo de longe você sempre esteve disponível e acessível, me lembrando até que o tempo não para via FACEBOOK! ☺

Ao professor Sebastião, que mesmo antes de conhecer eu já chamava de Sebá. Obrigada por sua solicitude e atenção a minha pesquisa. Que coisa boa receber o material avaliado por você e perceber seu carinho através da leitura criteriosa. Sua serenidade me encanta!

A Professora Maria Helena Miotto que me nomeou de “gata” desde a feira de Iniciação Científica e também no Mestrado. Obrigada por suas colaborações em minha qualificação e no grupo de Estudo. Sua energia e jovialidade são surpreendentes!

A Professora Denise mulher guerreira que ama e luta por uma Enfermagem melhor de modo admirável. Saiba que a Dell’Antonio se sentiu muito querida ao ver seu interesse em estar presente em sua banca...

Agradeço aos meus colegas de sala por cada troca e contribuição. Em especial a Aparecida, Camila, Thamy e Gabriel, tê-los por perto fez o meu Mestrado mais leve. Agradeço ainda as minhas parceiras nessa intensa pesquisa: Aparecida e Marcela! Juntas comemoramos cada paciente inserida na pesquisa, mas mais ainda cada paciente que conseguíamos realizar o follow up. Ter vocês comigo nas coletas de dado me animava a prosseguir pois sabia que não estava sozinha.

A amiga Larissa Soares, por se fazer sempre presente – mesmo quando estava no Pará. Você será sempre a minha dupla... viu amiga meu filho ficou bem bonito!

Ao Hospital Santa Rita de Cássia, que me permitiu a realização de mais uma pesquisa com suas pacientes. Agradeço especialmente a Kátia por estar sempre disposta a ajudar!

Não posso me esquecer de agradecer à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo auxílio cedido a mim que tornou a realização desse estudo possível.

Para concluir, agradeço a cada mulher que prontamente aceitou a participar da pesquisa e que ativamente construíram comigo este trabalho. Agradeço as demais mulheres do PREMMA que me acompanham desde quando eu ainda estava na faculdade. Durante esses quatro anos de caminhada aprendi a amá-las e creio que esta caminhada não termina aqui. É muito gratificante para mim sentir o afeto e consideração que têm por mim. Amo cada uma de vocês!

*“Instrua o homem sábio, e ele será ainda mais sábio;
Ensine o homem justo, e ele aumentará o seu saber.
O temor do Senhor é o princípio da sabedoria,
e o conhecimento do Santo é entendimento.”*

(Provérbios 9: 9-10)

RESUMO

Introdução: O câncer de mama constitui-se na primeira causa de morte, por câncer, entre as mulheres, o que o torna um problema de saúde pública. O tratamento quimioterápico atua em todas as células do organismo causando efeitos adversos e possíveis alterações na Qualidade de Vida. **Objetivo:** Avaliar a Qualidade de vida de Mulheres com câncer de mama no pré, pós-operatório e em quimioterapia e examinar sua relação com as variáveis sociodemográficas e clínicas. **Metodologia:** Estudo Longitudinal, realizado no Hospital Santa Rita de Cássia (HSRC), mantido pela Associação Feminina de Educação e Combate ao Câncer - Vitória – ES. Coletaram-se os dados durante os meses de janeiro a dezembro de 2012 no ambulatório do HSRC. Utilizou-se os instrumentos, EORTC QLQ C-30 e o EORTC BR-23 para mensurar a QV das entrevistadas. Os dados foram analisados com o Pacote Estatístico para Ciências Sociais (SPSS), versão 20.0, através de cálculos de frequência, média, mediana e desvio padrão. Aplicou-se ainda o teste não paramétrico de Wilcoxon para comparação dos dados obtidos nos diferentes momentos da pesquisa. **Resultados:** Amostra composta por 41 mulheres onde a média de idade foi 52,5 anos, sendo que 42,5% da amostra apresentaram 60 anos ou mais de idade. Mulheres casadas ou em um relacionamento estável representaram de 66% das entrevistadas (n=27). 54% da amostra afirmou ser analfabeta ou ter cursado até a 3ª série do Ensino Fundamental (n=22). Identificou-se a condição socioeconômica C como predominante abrangendo 66% da amostra (n=27). As dimensões que após aplicação do teste de Wilcoxon se apresentaram estatisticamente significantes foram: **Funcionamento Físico; Limitações Funcionais; Falta de Ar; Efeitos da quimioterapia; Imagem Corporal; Fadiga; Falta de Apetite; Náusea e Vômito; Funcionamento Cognitivo; Funcionamento Social; Dificuldade Financeira; Diarreia; Perspectivas Futuras; Sintomas no Braço; Sintomas na Mama.** **Conclusão:** As etapas do tratamento da mulher com diagnóstico de câncer de mama interferem em diferentes dimensões da vida da mesma, impactando sua Qualidade de Vida. Ações estratégicas na Saúde Coletiva são necessárias para que os impactos negativos na QV sejam minimizados oferecendo às pacientes oncológicas melhor assistência.

Descritores: Qualidade de Vida; Neoplasias da Mama; Saúde da Mulher.

ABSTRACT

Introduction: Breast cancer constitutes the leading cause of death from cancer among women, which makes it a public health problem. Chemotherapy acts in all cells of the body causing adverse effects and possible changes in Quality of Life.

Objective: Evaluate the Quality of Life in Women with breast cancer in the preoperative, postoperative and chemotherapy and examine their relationship to sociodemographic and clinical variables. **Methods:** Longitudinal Study, conducted at Santa Rita Hospital, in Vitória, Espírito Santo State, Brazil. The data were collected during the months from January to December 2012 in the outpatient HSRC. We used the instruments, EORTC QLQ C-30 and the EORTC BR-23 to measure QOL of respondents. The data were analyzed using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 20.0 through calculations of frequency, mean, median and standard deviation. Yet applied the nonparametric Wilcoxon test for comparison of data obtained in different moments of the research. **Results:** The sample comprised 41 women whose average age was 52.5 years, and 42.5% had 60 years or older. Women who are married or in a stable relationship accounted for 66% of respondents (n = 27). 54% of the sample claimed to be illiterate or have studied up to 3rd grade of elementary school (n = 22). We identified the prevailing socioeconomic conditions C as covering 66% of the sample (n = 27). The dimensions after applying the Wilcoxon test were statistically significant were: Physical Functioning, Functional Limitations, Lack of Air; Effects of chemotherapy, Body Image, Fatigue, Lack of Appetite, Nausea and Vomiting, Cognitive Functioning, Social Functioning, Financial Difficulty ; Diarrhea; Future Prospects; Symptoms in Arm; Symptoms in Breast. **Conclusion:** The steps of the treatment of women diagnosed with breast cancer interfere in different dimensions of the same life, impacting their quality of life. Strategic Actions in Public Health are required for negative impacts on QOL are minimized providing better care to patients with cancer.

Keywords: Quality of Life: Breast Neoplasms; Women's Health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Fluxograma dos critérios de seleção da amostra do estudo **40**

Artigo1:

Figura 1 Representação gráfica Box Plots das diferenças entre o pré-operatório (momentos 1) e o pós operatório (momento 2) para os escores estatisticamente significantes. Vitória, 2012/2013 **56**

Artigo 2:

Figura 1 Representação gráfica Box Plots das diferenças entre o pré-operatório (momentos 1), pós operatório (momento 2) e quimioterapia (momento 3) para os escores estatisticamente significantes. Vitória, 2012/2013 **76**

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Composição dos questionários EORTC QLQ C-30 e BR-23	45
Artigo 1:		
Tabela 1	Perfil sociodemográfico das mulheres com Diagnóstico de Câncer de Mama. Vitória, 2012-13 (n=87).	55
Tabela 2	Representação das medianas do momento pré e pós-operatório segundo classificação socioeconômicas e os respectivos p-valores do teste Kruskal-Wallis . Vitória, 2012/2013	58
Artigo 2:		
Tabela 1	Perfil sociodemográfico das mulheres com Diagnóstico de Câncer de Mama. Vitória, 2012/2013 (n=41)	72
Tabela 2	Mediana e Teste de Wilcoxon de cada dimensão do Instrumento EORTC QLQ-C30 e BR-23 nos três momentos da pesquisa Vitória, 2012/2013 (n=41)	74

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes estimados para 2012-13 em mulheres, exceto pele não melanoma.	20
Quadro 2	Demonstração dos três principais domínios da Qualidade de Vida, segundo a Unidade de Pesquisa de Qualidade de Vida da Universidade de Toronto.	30
Quadro 3	Estudos de Qualidade de Vida em mulheres com câncer de mama no pré, pós-operatório e tratamento quimioterápico desenvolvidos no mundo.	32
Quadro 4	Variáveis independentes, definição e operacionalização.	42
Quadro 5	Exemplificação da variação dos escores em escalas de funcionalidade.	46
Quadro 6	Exemplificação da variação dos escores em escalas de Saúde Global.	46
Quadro 7	Exemplificação da variação dos escores em escalas de Sintomas.	46

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A	Roteiro para registro das informações das participantes	88
Apêndice B	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	93
Apêndice C	Tabela teste de Wilcoxon na íntegra	95

LISTA DE ANEXOS

Anexo A	Roteiro da Organização Europeia de Pesquisa e Tratamento de Câncer EORTC QLQ C-30	97
Anexo B	Roteiro da Organização Europeia de Pesquisa e Tratamento de Câncer EORTC QLQ BR 23	99
Anexo C	Aprovação no Hospital Santa Rita de Cássia	101
Anexo D	Aprovação no CEP/UFES	102

LISTA DE ABREVIATURAS

AFECC – Associação Feminina de Educação e Combate ao Câncer

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CSE – Classificação Socioeconômica

EORTC – *European Organization for Research and Treatment of Cancer*

GDRC – *Global Development Research Center*

HSRC – Hospital Santa Rita de Cássia

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INCA – Instituto Nacional do Câncer

PREMMA – Programa de Reabilitação para Mulheres Mastectomizadas

QV – Qualidade de Vida

QT – Quimioterapia

SPSS – Pacote Estatístico para Ciências Sociais

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFES – Universidade Federal do Espírito Santo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	19
1.1 Câncer	19
1.2 Epidemiologia do câncer de mama	20
1.3 Tratamentos do câncer de mama	21
1.3.1 Tipos de Cirurgia da Mama	21
1.3.2 Radioterapia	22
1.3.3 Quimioterapia	23
1.3.4 Hormonioterapia	24
1.3.5 Impacto do Tratamento do Câncer de Mama na Qualidade de Vida	24
1.4 Políticas públicas para tratamento do câncer de mama considerando a qualidade de vida	25
1.5 Qualidade de vida	27
1.6 Qualidade de vida de mulheres com câncer de mama	30
1.7 Relevância do estudo	35
2 OBJETIVOS	36
3 METODOLOGIA	37
3.1 Tipo de estudo	37
3.2 Local da pesquisa	37
3.3 População	37
3.4 Amostra	37
3.4.1 Processo de Amostragem	38
3.5 Critérios de inclusão	39
3.6 Critérios de exclusão	39
3.7 Variável dependente	39
3.8 Variável independente	39
3.9 Produção de informações	41
3.9.1 Levantamento de Informações	41
3.9.2 Instrumentos	41
3.9.2.1 Roteiro para registro das informações das participantes	41
3.9.2.2 – Roteiro da Organização Européia de Pesquisa e Tratamento de Câncer (EORTC QLQ C-30 e EORTC QLQ BR 23)	42
3.10 tratamento estatístico dos dados	44
3.11 Considerações éticas	45
4 RESULTADOS	46
4.1 Proposta do artigo 1	46
4.1.1 Resumo	46
4.1.2 Introdução	47
4.1.3 Metodologia	48
4.1.4 Resultados	50
4.1.5 Discussão	54
4.1.6 Conclusão	58

4.1.7 Referências	59
4.2 Proposta do artigo 2	61
4.2.1 Resumo	61
4.2.2 Introdução	62
4.2.3 Metodologia	64
4.2.4 Resultados	66
4.2.5 Discussão	72
4.2.6 Conclusão	74
4.2.7 Referências	75
5 CONCLUSÃO DO ESTUDO	77
6 REFERÊNCIAS	78
APÊNDICES	82
APÊNDICE A	82
APÊNDICE B	87
APÊNDICE C	89
ANEXOS	90
ANEXO A	90
ANEXO B	92
ANEXO C	94
ANEXO D	95

1– INTRODUÇÃO


1.1 – Câncer

O câncer é uma doença multifatorial, ou seja, sua ocorrência está relacionada a causas variadas resultante de fatores intrínsecos (idade, gênero, raça/cor, herança genética) e extrínsecos (uso de tabaco e álcool, hábitos alimentares inadequados, falta de atividade física, obesidade, agentes infecciosos, radiação, poluição, alimentos contaminados) (BRASIL, 2008a).

Em 2011 foram estimados para todo o mundo cerca de 12,7 milhões de casos novos e 7,6 milhões de mortes por câncer, destes 56% dos casos e 64% das mortes ocorreriam entre os países economicamente desenvolvidos (JEMAL et al., 2011).

No Brasil, as estimativas para o ano de 2012 apontam a ocorrência de aproximadamente 518.510 casos novos de câncer, incluindo os casos de pele não melanoma, reforçando a magnitude do problema do câncer no país. Sem os casos de câncer da pele não melanoma, estima-se um total de 385 mil casos novos (BRASIL, 2011a). Os tipos mais incidentes serão os cânceres de pele não melanoma, próstata, pulmão, cólon e reto e estômago para o sexo masculino; e os cânceres de pele não melanoma, mama, colo do útero, cólon e reto e glândula tireoide para o sexo feminino (Quadro 1).

Quadro 1 – Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes estimados para 2012 em mulheres, exceto pele não melanoma.

	Localização primária	Casos novos	Percentual
Mulheres 	Mama Feminina	52.680	27,9%
	Colo do Útero	17.540	9,3%
	Cólon e Reto	15.960	8,4%
	Glândula Tireóide	10.590	5,6%
	Traqueia, Brônquio e Pulmão	10.110	5,3%
	Estômago	7.420	3,9%
	Ovário	6.190	3,3%
	Corpo do Útero	4.520	2,4%
	Sistema Nervoso Central	4.450	2,4%
	Linfoma não Hodgkin	4.450	2,4%

Fonte: Instituto Nacional do Câncer, 2011.

1.2– Epidemiologia do câncer de mama

O câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais frequente no mundo e o mais comum entre as mulheres. Estudos mostraram que na década de 90, este foi o câncer mais frequente no Brasil. Além disso, o câncer de mama constitui-se na primeira causa de morte, por câncer, entre as mulheres, o que o torna um problema de saúde pública (BRASIL, 2011a).

Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA), o número de casos novos de câncer de mama estimados para 2012 e 2013 no Brasil é de 52.680, no mesmo período são estimados para a Região Sudeste 29.360 casos novos destes 900 acontecerão no Espírito Santo onde a incidência de câncer de mama é de 49,42 casos por 100.000 mulheres. Já na capital, Vitória, onde a incidência de câncer de mama é de 71,28 casos por 100.00 mulheres, são estimados 130 casos novos (BRASIL, 2011a).

A alta incidência do câncer de mama pode ser justificada por mudanças ambientais, urbanização crescente e estilos de vida favoráveis a carcinogênese. As causas estão relacionadas a fatores de risco genéticos, idade, uso de anticoncepcionais orais, reposição hormonal, menarca precoce, menopausa tardia, nuliparidade, ocorrência da gravidez após os 30 anos, exposição à radiação ionizante, obesidade pós-menopausa e a falta de atividade física (BRASIL, 2008a).

Apesar de sua elevada incidência e mortalidade crescente, o câncer de mama, desde que diagnosticado em uma fase precoce, é passível de cura. Uma melhor caracterização da situação do tumor possibilita um planejamento individualizado da modalidade terapêutica mais indicada. Além de aumentar as chances de cura das mulheres, influenciará na qualidade de vida dessas mulheres durante o tratamento (ABREU; KOIFMAN, 2002).

Em outubro de 2010, o INCA implementou sete recomendações para se reduzir a taxa de mortalidade por câncer de mama destacando a importância da amamentação, prática de atividade física, acesso a informação sobre o câncer de mama e exames de diagnóstico, redução do consumo de álcool, o controle de peso,

uso rigoroso da terapia de reposição hormonal acompanhado pelo médico e controle de qualidade dos mamógrafos (BRASIL, 2010).

1.3 – Tratamentos do câncer de mama

Para o INCA, o objetivo do tratamento do câncer de mama é buscar o melhor resultado de sobrevida com um mínimo de perda estética (BRASIL, 2008a). Portanto tem-se a ideia de realizar o tratamento da mulher visando à diminuição da perda, minimizando assim o impacto na percepção da autoimagem feminina.

O tratamento do câncer de mama deve ser realizado por uma equipe interdisciplinar visando uma abordagem integral da paciente, portanto deve ser desenvolvido por diferentes profissionais de forma articulada.

O câncer de mama possui diferentes formas de tratamento. As modalidades terapêuticas disponíveis atualmente são a cirurgia e a radioterapia (para o tratamento locoregional), e a hormonioterapia e quimioterapia (para o tratamento sistêmico).

1.3.1 – Tipos de cirurgia da mama

A cirurgia é o tratamento de primeira escolha. A escolha da cirurgia a ser usada no tratamento do câncer de mama depende do estadiamento clínico e tipo histológico da doença.

Os tipos de cirurgias descritas no documento de Consenso Controle do Câncer de Mama, publicado em 2004 são: mastectomia simples (retirada da mama com pele e complexo aréolo-papilar); mastectomia radical modificada (preserva um ou dois músculos peitorais e realiza linfadenectomia axilar); mastectomia radical (retirada dos músculos peitorais e linfadenectomia axilar); mastectomia com reconstrução imediata e mastectomia poupadora de pele. Nas cirurgias conservadoras são realizados ressecção de apenas um segmento da mama podendo ser chamadas de setorectomia, tumorectomia alargada e quadrantectomia (BRASIL, 2004).

Segundo o INCA, a mastectomia simples é um tratamento curativo em 98% dos casos de carcinoma ductal *in situ*, mas certamente representa procedimento excessivamente mutilante para considerável parcela dos casos. Tumores com diâmetro inferior a dois centímetros e margens cirúrgicas livres de comprometimento podem ser tratados com ressecção segmentar seguida de radioterapia complementar (BRASIL, 2004).

Cirurgias não conservadoras da mama, seguidas ou não de reconstrução mamária, são indicadas quando é impossível assegurar a obtenção de margens livres, em função da extensão ou multicentricidade do tumor. A linfadenectomia de nível I (base da axila) ou a dissecação do linfonodo sentinela deve ser realizada em casos de comedonecrose ou alto grau histológico (GIII) devido à possibilidade de microinvasão e envolvimento axilar (BRASIL, 2004).

Em contrapartida a cirurgia conservadora preenche os pré-requisitos que norteiam o tratamento cirúrgico do câncer de mama, que são: máximo controle loco-regional, estadiamento, prognóstico semelhante com menor morbidade e mutilação. Contudo, existem alguns pré requisitos para indicação da cirurgia conservadora, tais como: realização de mamografia prévia; diâmetro tumoral menor que 3 cm; ausência de comprometimento da pele; tumor único; avaliação das margens cirúrgicas (no intra ou pós-operatório); proporção adequada entre volume da mama e do tumor (distorção menor do que 30%); facilidade de acesso ao sistema de saúde para garantia do seguimento (BRASIL, 2004).

1.3.2 – Radioterapia

Tratamento local que tem por objetivo destruir as células remanescentes após a cirurgia ou para reduzir o tamanho do tumor antes da cirurgia. Após cirurgias conservadoras deve ser aplicada em toda a mama da paciente, independente do tipo histológico, idade, uso de quimioterapia ou hormonioterapia ou mesmo com as margens cirúrgicas livres de comprometimento neoplásico.

Segundo o INCA a presença de apenas um dos fatores listados a seguir é suficiente para a indicação de radioterapia após a mastectomia, conforme consensuado no

encontro de St. Gallen, Suíça: tumores com diâmetro igual ou maior que cinco centímetros (somar com o tamanho do fragmento de biópsia prévia); pele comprometida pelo tumor; dissecação inadequada da axila; margem comprometida (menor do que 1 cm.); quatro ou mais linfonodos comprometidos. Não houve consenso quanto à indicação de realizar radioterapia quando há de um a três linfonodos comprometidos (BRASIL, 2011b).

1.3.3 – Quimioterapia

As mulheres com indicação de mastectomia como tratamento primário, podem ser submetidas à quimioterapia neoadjuvante, seguida de tratamento cirúrgico conservador, complementado por radioterapia.

A maioria dos quimioterápicos utilizados tem sua dose básica, para efeito antiblástico, que deve ser ajustada para cada doente de acordo com sua superfície corporal. Esta é obtida a partir do peso e da altura do doente. Porém, alguns quimioterápicos têm dose única, que não se modifica com a superfície corporal do doente, e alguns outros são prescritos por Kg do peso corporal (BRASIL, 2011b).

Segundo o Manual de Bases Técnicas em Oncologia desenvolvido pelo Ministério da Saúde em parceria com o INCA (BRASIL, 2011b), os quimioterápicos de um esquema terapêutico podem ser aplicados por dia, semana, quinzena, de 3/3 semanas, de 4/4 semanas, 5/5 semanas ou de 6/6 semanas. Quando se completa a administração do(s) quimioterápico(s) de um esquema terapêutico, diz-se que se aplicou um ciclo. Portanto, a QT é aplicada em ciclos que consistem na administração de um ou mais medicamentos a intervalos regulares, como demonstrados a seguir:

Esquema CMF modificado – intervalo de 3/3 semanas:

C = CTX = ciclofosfamida 600 mg/m² IV dia 1

M = MTX = metotrexato 40 mg/m² IV dia 1

F = 5FU = fluoro-uracila 600 mg/m² IV dia 1

Esquema BEP – intervalo de 3/3 semanas

B = BLM = bleomicina 30 U IV dias 2, 9 e 16

E = VP16 = etoposido 120 mg/m² IV dias 1, 2, 3

P = CDDP = cisplatina 20 mg/m² IV dias 1, 2, 3, 4 e 5.

1.3.4 – Hormonioterapia

Segundo Manual de Bases Técnicas em Oncologia a hormonioterapia consiste do uso de substâncias semelhantes ou inibidoras de hormônios, para tratar as neoplasias que são dependentes destes. A sua administração pode ser diária ou cíclica e se caracteriza por ser de longa duração. Os tumores malignos sensíveis ao tratamento hormonal são: os carcinomas de mama, o adenocarcinoma de próstata e o adenocarcinoma de endométrio. Os hormonioterápicos utilizados no tratamento do câncer de mama são: tamoxifeno, megestrol, inibidores da aromatase (BRASIL, 2011b).

Vale salientar que todos os procedimentos de hormonioterapia do câncer de mama, que estejam em forma de organização de quimioterapia paliativa, prévia ou adjuvante, exigem receptor positivo, que significa presença estabelecida de pelo menos um dos dois receptores hormonais tumorais (para estrogênios ou para progesterona), podendo estar a mulher em pré ou pós-menopausa (BRASIL, 2011b).

1.3.5 – Impacto do tratamento do câncer de mama na qualidade de vida

Cada etapa do tratamento possui suas particularidades e efeitos colaterais que podem elevar o nível de estresse da mulher, o que poderá influenciar em sua QV.

O câncer de mama, pelos fatos sociais e históricos e também a respeito do seu tratamento cirúrgico mutilador, faz com que a mulher se perceba como portadora de uma patologia vista socialmente como aliada à dor e ao sofrimento com desfecho fatal, a mulher sofre reflexos dessas construções historicamente determinadas. Isto

pode, muitas vezes, levá-la à negação desse processo, algumas com informação e outras sem conhecimento das possibilidades de tratamento. Esse fato traduz-se como um elemento de retardo na detecção precoce do câncer e, conseqüentemente, dificulta a obtenção de melhores prognósticos. Subjacente ao significado do câncer existe a ideia de algo que cresce e destrói, sendo associado em muitas culturas à punição e ao castigo (GOMES; SKABA; VIEIRA, 2002; BERVIAN; PERLINI, 2006; AMARAL et al., 2009).

O tratamento quimioterápico atua em todas as células do organismo causando efeitos adversos e possíveis alterações na Qualidade de Vida. Dentre os efeitos adversos o mais temido é a queda dos cabelos, símbolo da feminilidade e instrumento da sexualidade da mulher. Porém, esta forma de tratamento também pode causar manifestações na cavidade bucal tais como aftas, mucosite, infecção, sangramento, dor, perda de função e xerostomia (diminuição da saliva). A mucosite oral é a manifestação bucal mais comumente encontrada em pacientes submetidos a tratamento quimioterápico (HESPANHOL et al, 2010). Portanto a quimioterapia além de promover uma mudança na autoimagem da mulher pode também interferir em seus hábitos cotidianos como sua alimentação e atividades de vida diária.

1.4– Políticas públicas para tratamento do câncer de mama considerando a qualidade de vida

O INCA desenvolve desde 1997 o Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo de Útero e Câncer de Mama – Viva Mulher, que tem como objetivo buscar estratégias para reduzir a mortalidade e repercussões físicas, psíquicas e sociais por câncer de colo de útero e de mama. Em ações conjuntas com o Ministério da Saúde e os estados são oferecidos serviços de prevenção e detecção precoce, tratamento e reabilitação em todo território nacional (BRASIL 2010).

Com o objetivo de definir as estratégias a serem priorizadas para o controle do tumor maligno de mama o INCA elaborou, em parceria com o Ministério da Saúde, o manual denominado Documento de Consenso do Controle do Câncer de Mama (BRASIL, 2004). Foram elencados alguns meios de detecção precoce ao câncer de mama, tais como: o exame sistemático da mama, feito pelo profissional de saúde; a

mamografia, um exame radiológico de alta precisão e custo igualmente elevado e ainda com um difícil acesso a população de menor poder aquisitivo; e ainda, o autoexame da mama, que é uma avaliação feita pela própria mulher.

Assim existem evidências do avanço na identificação das prioridades no contexto das políticas públicas de atenção à saúde da mulher no Brasil. Contudo as mulheres de baixa renda continuam enfrentando entraves para realização da mamografia, visto que estas são dependentes da consolidação e prática dos princípios da integralidade e da equidade no SUS para que a detecção precoce ocorra, incluindo mulheres de todas as faixas etárias e níveis socioeconômicos. Para isso torna-se essencial privilegiar aquelas que têm mais dificuldades de acesso, como as mulheres trabalhadoras e as de baixa renda (SILVA, 2009).

Desde a Elaboração do Documento de Consenso do Controle do Câncer de Mama em 2004 a Qualidade de Vida das mulheres com tal diagnóstico já era citada como objetivo do tratamento, seja ela adquirida através de intervenções interdisciplinares ou por meio dos cuidados paliativos (BRASIL 2004).

O Manual de Bases Técnicas em Oncologia elaborado em 2011 também aborda a temática da Qualidade de Vida afirmando que para execução dos procedimentos quimioterápicos devem visar o aumento de sobrevida, a diminuição da mortalidade ou melhora da qualidade de vida do doente (BRASIL 2011b).

Em 2012, a Associação Brasileira de Portadores de Câncer, instituição idealizadora do Projeto *Advocacy*, que tem por objetivos reduzir a exposição a fatores de risco, diminuir a mortalidade e melhorar a qualidade de vida da mulher com câncer de mama; adotou a estratégia da Promoção à Saúde como forma de atingir esta melhoria em QV (Associação Brasileira de Portadores de Câncer, 2012). Assim, percebe-se que essa é uma preocupação nacional. Contudo, a definição de meios para a obtenção das mesmas nunca se deu de forma aprofundada. Há uma fragilidade de estratégias, uma superficialidade no debate e poucas mudanças na vida cotidiana das pacientes visando à melhoria da sua qualidade de vida.

1.5– Qualidade de vida

A Organização Mundial da Saúde em 1974 definiu a Qualidade de Vida, como: “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura, expectativas, padrões e preocupações”, ou seja, a Qualidade de Vida só pode ser avaliada pela própria pessoa (WHOQOL Group, 1995).

Apesar de ser uma terminologia usada amplamente no cotidiano há uma dificuldade em se obter um consenso sobre o conceito de QV, pois o mesmo está atrelado ao fato de ter caráter subjetivo e, portanto, difícil conceituação (SILVA; ALBUQUERQUE; LEITE, 2010). A autora Minayo conceitua QV como:

Qualidade de vida diz respeito ao padrão que a própria sociedade define e mobiliza para conquistar, consciente ou inconscientemente, e ao conjunto das políticas públicas e sociais que induzem e norteiam o desenvolvimento humano, as mudanças positivas no modo, nas condições e estilos de vida, cabendo parcela significativa da formulação e das responsabilidades ao denominado setor saúde.

Os diferentes significados e aplicações encontrados para QV refletem os diferentes momentos históricos, classes sociais e culturas em que os indivíduos estão inseridos. No campo da saúde, o discurso da relação entre saúde e QV existe desde o nascimento da medicina social (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Diante da subjetividade, a percepção do indivíduo, seus sentimentos e as suas condições de saúde podem afetar sua QV (HUGUET et al., 2009), portanto compreende-se que a QV só pode ser avaliada pela própria pessoa.

Os estudos desenvolvidos no Brasil sobre Qualidade de Vida geralmente relacionam a mesma às questões inerentes à saúde ou a doença. Estuda-se Qualidade de Vida nos ambientes de trabalho, contudo, relacionada a doenças laborais ou acidentes de trabalho. Estuda-se ainda Qualidade de Vida entre grupos etariamente definidos porém quase sempre buscando associação entre a faixa etária e limitações funcionais ocasionadas pela senilidade ou até mesmo por acidentes no trânsito (CAMPOS, 2009; MONTEIRO; BENATTI; RODRIGUES, 2009; SILVEIRA, 2011). Estudos internacionais associam, com mais frequência, a Qualidade de Vida à

fatores socioeconômicos e biológicos, se comparados aos estudos nacionais, porém encontram-se estudos com tal abrangência desenvolvidos no Brasil.

Em seu estudo Leal (2008), aborda a temática QV em diferentes aspectos e perspectivas, tais como a biológica, cultural, econômica e psicológica. Assim, a autora propõe a seguinte definição de QV:

O resultado da soma do meio ambiente físico; social; cultural; espiritual e econômico onde o indivíduo está inserido; dos estilos de vida que este adota; das suas ações e da sua reflexão sobre si, sobre os outros e sobre o meio ambiente que o rodeia. É também a soma das expectativas positivas em relação ao futuro.

Segundo a Unidade de Pesquisa de Qualidade de Vida da Universidade de Toronto-Canadá, a qualidade de vida está relacionada ao grau em que uma pessoa desfruta de possibilidades importantes para sua vida. As possibilidades resultam das oportunidades e limitações que cada pessoa tem em sua vida e reflete a interação de fatores pessoais e ambientais. O usufruto tem dois componentes: a experiência de satisfação e posse ou realização. Os três principais domínios identificados são: ser (*Being*), pertencer (*Belonging*) e tornar-se (*Becoming*), como demonstrado pelo Quadro 2 (GLOBAL DEVELOPMENT RESEARCH CENTER, 2002).

Quadro 2 – Demonstração dos três principais domínios da Qualidade de Vida, segundo a Unidade de Pesquisa de Qualidade de Vida da Universidade de Toronto.

S E R	Ser Físico	Ser fisicamente capaz de se locomover. Minha alimentação e a comida que eu como.
	Ser Psicológico	Ser livre de preocupação e estresse. O humor que eu sou normalmente dentro
	Ser Espiritual	Depois de esperança para o futuro. Minhas próprias ideias de certo e errado.
P E R T E N C E R	Pertencer Físico	A casa ou apartamento eu vivo dentro O bairro que vivemos
	Pertencer Social	Estar perto de pessoas da minha família. Ter um cônjuge ou pessoa especial.
	Pertencer Comunitário	Ser capaz de obter serviços profissionais (médico, social, etc) Ter dinheiro suficiente.
T O R N A R - S E	Tornar-se – prático	Fazer as coisas em volta da minha casa. Trabalhar em um emprego ou ir para a escola.
	Tornar-se – Lazer	Atividades ao ar livre (caminhadas, ciclismo, etc) Atividades internas (TV, ciclismo, etc)
	Tornar-se – Crescimento	Melhorar a minha saúde física e fitness. Ser capaz de lidar com as mudanças em minha vida.

Fonte *Global Development Research Center, 2002.*

Assim compreende-se que a QV pode sofrer impacto de diferentes fatores, sejam eles relacionados à saúde ou não. Portanto deve-se sempre avaliar e valorizar a paciente de maneira holística buscando compreender o bem-estar, bem-ser, bem-ter e bem-viver de cada indivíduo (COSTA NETO, 2002).

1.6– Qualidade de vida de mulheres com câncer de mama

Fatores como os acima citados tornam importante a avaliação da QV entre mulheres que passaram pela mastectomia, seja ela a quadrantectomia ou a cirurgia radical visto que a perda da mama afetará a forma como a mulher se vê diante da vida e diante dos diferentes papéis que ela desempenha na sociedade. Por diversas vezes a sobreposição desses papéis fazem com que ela se sinta incapaz de se compreender como mulher além da mama.

Existem ainda fatores não associados diretamente ao tratamento que também podem influenciar na QV das mulheres como: relacionamento com parceiro, perda da ocupação, diminuição da capacidade de realizar as atividades de vida diária, a possibilidade de desenvolver linfedema, autoestima, entre outros.

Para minimizar os impactos negativos do tratamento oncológico na QV da mulher são necessárias algumas adaptações no estilo de vida das mulheres e ainda é primordial que os profissionais de saúde estejam aptos para orientar as mulheres quanto às técnicas usadas no tratamento e também quanto aos efeitos colaterais das diferentes terapias, pois cabe à equipe de saúde se atentar quanto aos diversos fatores que influenciam na QV.

O Quadro 3 apresenta alguns estudos realizados entre pacientes com Câncer de Mama onde o objetivo central do estudo era avaliar a Qualidade de vida das pacientes entrevistadas. Para elaboração do mesmo, utilizou-se como critérios: texto disponibilizados integralmente, publicado nos últimos 5 anos (2008 em diante), exclui-se estudos de revisão e artigos que utilizaram Qualidade de Vida e Câncer de mama como descritores porém o foco do estudo eram outras comorbidades, como o linfedema por exemplo.

Quadro 3 – Estudos de Qualidade de Vida em mulheres com câncer de mama no pré, pós-operatório e tratamento quimioterápico desenvolvidos no mundo (continua).

TÍTULO E AUTORES	ANO DA PUBLICAÇÃO E OBJETIVOS	TIPO DO ESTUDO	PARTICIPANTES E CRITÉRIOS	RESULTADOS
<p>Qualidade de vida de pacientes com câncer de mama em terapia adjuvante</p> <p>NICOLUSSI, A.C; SAWADA, N.O.</p>	<p>2011</p> <p>Avaliar a Qualidade de Vida, identificar os domínios afetados em pacientes com câncer de mama em terapia adjuvante e correlacioná-los com características sócio-demográficas, clínicas e terapêuticas</p>	<p>Estudo Transversal</p>	<p>Foram investigadas 35 mulheres, câncer de mama em terapia adjuvante.</p>	<p>Considerou-se a Qualidade de Vida geral pouco satisfatória. Os domínios afetados foram: função emocional, insônia, dor e fadiga. Nas correlações, as pacientes acima de 60 anos apresentaram pior escore na função emocional, as submetidas à cirurgia referiram mais constipação, as que realizavam radioterapia obtiveram pior escore para QV geral e as que estavam em quimioterapia há mais de seis ciclos apresentaram a função emocional afetada e dispnéia. Concluiu-se que os tratamentos adjuvantes afetaram de algum modo as pacientes, causando déficit na função emocional e relataram mais sintomas, prejudicando assim sua QV.</p>
<p>Estressores pós-tratamento do câncer de mama: um enfoque qualitativo</p> <p>SILVA, G; SANTOS, M.A.</p>	<p>2010</p> <p>Identificar os estressores presentes na vida de mulheres, no período de um a cinco anos pós-diagnóstico.</p>	<p>Estudo Qualitativo – Análise de Conteúdo</p>	<p>Foram investigadas 16 mulheres, atendidas em um serviço especializado em reabilitação de mastectomizadas.</p>	<p>Os resultados indicaram conflitos com a autoimagem e alteração na sensação de autossuficiência, medo em relação à evolução do quadro, sentimento de culpa pelo transtorno gerado na família, vivência de situações sociais perturbadoras e desejo de retornar à ocupação profissional. Esses resultados reforçam a existência de estressores nessa fase e a importância do apoio oferecido pelos serviços de reabilitação psicossocial, junto a essa população.</p>

Quadro 3 – Estudos de Qualidade de Vida em mulheres com câncer de mama no pré, pós-operatório e tratamento quimioterápico desenvolvidos no mundo (continuação).

TITULO E AUTORES	ANO DA PUBLICAÇÃO E OBJETIVOS	TIPO DO ESTUDO	PARTICIPANTES E CRITÉRIOS	RESULTADOS
<p><i>Evaluation of the Quality of Life of Gynecological Cancer Patients Submitted to Antineoplastic Chemotherapy</i></p> <p>JORGE, L.L.R.; SILVA, S.R.</p>	<p>2010</p> <p>Avaliar a qualidade de vida de mulheres portadoras de câncer ginecológico, submetidas à quimioterapia antineoplásica.</p>	<p>Estudo Transversal</p>	<p>Foram entrevistadas 50 pacientes, no período de agosto de 2007 a abril de 2009, que estavam em tratamento quimioterápico em um ambulatório de quimioterapia de Uberaba, MG.</p>	<p>Os resultados apontaram que o domínio mais comprometido foi o físico e o mais preservado, o social, sendo que a qualidade de vida geral obteve média acima da obtida em outros estudos. Todos os domínios correlacionaram-se significativamente com a qualidade de vida geral. Pode-se evidenciar, então, que a qualidade de vida dessas mulheres é satisfatória; entretanto, sugere-se que os domínios com escores mais baixos sejam alvo de observações mais acuradas, durante as intervenções multiprofissionais, a fim de se proporcionar melhor qualidade de vida durante o tratamento quimioterápico.</p>
<p>Efeitos da reconstrução mamária imediata sobre a qualidade de vida de mulheres mastectomizadas</p> <p>OLIVEIRA, R.R.; MORAIS, S.S.; SARIAN, L.O.</p>	<p>2010</p> <p>Avaliar prospectivamente os efeitos da reconstrução mamária imediata sobre a qualidade de vida de mulheres mastectomizadas.</p>	<p>Estudo Longitudinal</p>	<p>76 mulheres submetidas à mastectomia no Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher da Universidade Estadual de Campinas, em Campinas, São Paulo, Brasil, entre Agosto de 2007 a Dezembro de 2008. Dois grupos foram formados, 41 mulheres no grupo de mulheres submetidas à mastectomia associada à reconstrução imediata da mama (M+RI) e 35 no grupo de mulheres submetidas à mastectomia exclusiva (M)</p>	<p>Desde o pré-operatório, a pontuação média do Grupo M+RI foi maior que o Grupo M, principalmente nos domínios físico, psicológico, nível de independência e relações sociais. Dos seis domínios abrangidos no questionário, em três (físico, relações sociais, meio ambiente) não foram encontradas diferenças significativas. Houve melhor pontuação para o Grupo M+RI (15,5 a 14,9 no M+RI e 14,3 a 14,2 no M; p=0,04) no domínio psicológico. Observou-se redução significativa do nível de independência no primeiro mês pós-operatório em ambos os grupos, com recuperação significativa após seis meses.</p>

Quadro 3 – Estudos de Qualidade de Vida em mulheres com câncer de mama no pré, pós-operatório e tratamento quimioterápico desenvolvidos no mundo (continuação).

TÍTULO E AUTORES	ANO DA PUBLICAÇÃO E OBJETIVOS	TIPO DO ESTUDO	PARTICIPANTES E CRITÉRIOS	RESULTADOS
<p><i>Concepto de calidad de vida en mujeres con cáncer</i></p> <p>SÁNCHEZ-PEDRAZA, R.; BALLESTEROS, M.P.; ANZOLA, J.D.</p>	<p>2010</p> <p>Analisar o conceito de qualidade de vida em mulheres com câncer e avaliar a estrutura do conceito por grupos etários.</p>	<p>Estudo Qualitativo – Análise de Conteúdo</p>	<p>Das 210 mulheres diagnosticadas com câncer de mama ou em tratamento, durante os anos 2006-2009, 114 delas responderam a pergunta aberta (O que é qualidade de vida para você?).</p>	<p>Entre as mulheres mais jovens destacam-se as preocupações para o direito de um bom tratamento. Nas mulheres com idade entre 41-50 anos destaca-se o poder de gerir a sua doença e da resposta ao tratamento. Nas mulheres com idade entre 51-60 anos destaca-se a importância da habilidade funcional e do prazer, apesar de sofrer a doença. Nas mulheres com mais de 60 anos destaca-se o bem-estar espiritual. Havia três dimensões: saúde, como a capacidade de desfrutar de funções carinho e emocional; capacidade de autonomia ou dependência saudável e harmonia familiar e social. Os grupos etários são representados diferencialmente em cada uma destas três dimensões.</p>
<p><i>Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama en Antioquia, Colombia</i></p> <p>ZAPATA, C.S.; ROMERO, H.G.</p>	<p>2010</p> <p>Determinar a qualidade de vida, e alguns de seus fatores associados em mulheres diagnosticadas com câncer de mama matriculados em programas de tratamento do câncer em uma província colombiana.</p>	<p>Estudo Transversal</p>	<p>220 mulheres com câncer de mama que foram tratados.</p> <p>Não foram entrevistadas pacientes com deficiência mental ou com influência comprovada de substâncias psicoativas, pacientes com carcinoma de mama bilateral e pacientes que devido o seu grave estado de saúde, tiveram dificuldade em responder a pesquisa ou não concordaram em participar do estudo.</p>	<p>A qualidade de vida foi melhor em mulheres com maior nível de escolaridade, que contribuíam com o imposto da saúde, que receberam o apoio da família, que possuíam melhor nível socioeconômico e com apoio de suas crenças (religiosa e espiritual) para lidar com a doença. Ser pertencente aos níveis mais baixos socioeconomicamente e ser cética foram consideradas fatores de risco e contribuíram para uma menor pontuação na qualidade de vida</p>

Quadro 3 – Estudos de Qualidade de Vida em mulheres com câncer de mama no pré, pós-operatório e tratamento quimioterápico desenvolvidos no mundo (conclusão).

TÍTULO E AUTORES	ANO DA PUBLICAÇÃO E OBJETIVOS	TIPO DO ESTUDO	PARTICIPANTES E CRITÉRIOS	RESULTADOS
<p><i>Mastectomy versus conservative surgical treatment: the impact on the quality of life of women with breast cancer</i></p> <p>VEIGA, D.F.; et al.</p>	<p>2010</p> <p>Comparar o impacto da mastectomia e cirurgia conservadora sobre a qualidade de vida de pacientes com câncer de mama.</p>	<p>Estudo Transversal</p>	<p>Realizou-se uma avaliação da qualidade de vida das pacientes submetidas a mastectomia (M) ou mastectomia segmentar (MS), no Hospital das Clínicas de Pouso Alegre, no Estado de Minas Gerais, o uso do SF-36. Os pacientes foram agrupados por idade (<50 anos e > 50 anos) e ano de escolaridade (<8 anos e > 8 anos).</p>	<p>Observou-se diferença significativa entre os dois grupos nos domínios do funcionamento físico ($p = 0,04$) e dor ($p = 0,01$): entre pacientes submetidas à mastectomia registrou-se os piores resultados. Pacientes jovens submetidas à mastectomia tiveram pior qualidade de vida em termos de capacidade física ($p = 0,03$), dor ($p = 0,01$) e funcionamento social ($p = 0,01$); pacientes submetidas à cirurgia conservadora com mais de 50 anos na função emocional apresentaram piores níveis ($p = 0,05$). Mulheres submetidas a mastectomia com menor escolaridade tiveram menores pontuações no funcionamento e desempenho físico ($p = 0,01$ e $p = 0,05$) e dor ($p = 0,05$). Entre as que frequentaram a escola por mais de oito anos, as submetidas à mastectomia apresentaram menor impacto no domínio dor ($p = 0,04$).</p>
<p>Aversão alimentar adquirida e qualidade de vida em mulheres com neoplasia mamária</p> <p>VERDE, S.M.M.L;</p> <p>SÃO PEDRO, B.M.O.;</p> <p>MOURÃO NETTO, M.;</p> <p>DAMASCENO, N.R.T.</p>	<p>2009</p> <p>Avaliar o comportamento alimentar de mulheres com câncer de mama submetidas à quimioterapia, e sua relação com a qualidade de vida destas pacientes.</p>	<p>Ensaio clínico do tipo antes e depois</p>	<p>25 mulheres selecionadas no Hospital AC Camargo (São Paulo, Brasil) durante o período de outubro de 2005 a abril de 2006. As pacientes incluídas no estudo apresentavam diagnóstico de câncer de mama, com estadiamento I e II e indicação de tratamento quimioterápico adjuvante.</p>	<p>Após tratamento quimioterápico (T1), o consumo de macro e micronutrientes não apresentou alterações significantes, mas o consumo de frutas e sucos aumentou ($p=0,03$). Perfil inverso foi observado em relação à preferência por café preto ($p=0,01$) e pelo grupo de bebidas ($p<0,001$). Alimentos gordurosos (38%), laticínios (23%), café preto (15%), chá (15%), chocolate (7%) e carne vermelha (7%) foram os principais alimentos associados ao desconforto das pacientes. Análises de qualidade de vida mostraram que o tratamento quimioterápico promoveu significativa redução no bem estar físico ($p<0,01$). Após o mesmo, algumas variáveis do comportamento alimentar foram significativamente correlacionadas com os parâmetros de qualidade de vida.</p>

1.6 – Relevância do estudo

Diante do conjunto de estudos já desenvolvidos sobre QV das mulheres com Câncer de Mama percebeu-se a importância de estudar o tema não apenas pelo número de casos deste câncer, mas sim devido o impacto que esta doença tem para mulher, seja na dimensão física devido a sequelas resultantes da cirurgia como parestesia ou linfedema no braço homolateral a cirurgia; na dimensão psicológica, pois os níveis de ansiedade e estresse da mulher são alterados, e até mesmo na dimensão sexual visto que após a cirurgia a mulher se vê multilada e por vezes se sente menos atraente fisicamente e até mesmo menos feminina o que irá interferir no relacionamento com seu parceiro.

Dessa forma, algumas questões têm emergido, constituindo-se em uma fonte de motivação para realização deste estudo, entre as quais: a mastectomia interfere na QV de mulheres com câncer de mama? Após a cirurgia quais mudanças acontecem na QV da mulher devido à percepção da sua autoimagem? Quais impactos são causados pela quimioterapia na QV das mulheres com câncer de mama?

2 – OBJETIVOS

- Avaliar a Qualidade de Vida de Mulheres com câncer de mama no pré e pós-operatório no Hospital Santa Rita de Cássia, Vitória-ES, no período de Janeiro a Dezembro de 2012
- Avaliar a qualidade de vida de mulheres com câncer de mama em estudo longitudinal do pré-operatório até o tratamento quimioterápico no Hospital Santa Rita de Cássia, Vitória, ES.

3– METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo longitudinal. Realizou-se o seguimento das mulheres com diagnóstico de câncer de mama no ano de 2012.

Desenvolveu-se duas propostas de artigos:

Artigo 1- referente ao período pré e pós-operatório das pacientes acompanhadas no estudo;

Artigo 2- referente ao pré, pós-operatório, e tratamento quimioterápico das pacientes que evoluíram para essa terapêutica.

3.2 – Local do estudo

Estudo realizado no ambulatório Ylza Bianco localizado no Hospital Santa Rita de Cássia (HSRC) que pertence a Associação Feminina de Educação e Combate ao Câncer (Afecc) - Vitória–ES. É uma entidade filantrópica reconhecida em todo o Estado como referência em tratamento de câncer e que também disponibiliza especialidades gerais.

3.3 – População

Mulheres com diagnóstico de câncer de mama atendidas no ambulatório Ylza Bianco do Hospital Santa Rita de Cássia- Afecc, Vitória, Espírito Santo.

3.4 – Amostra

Artigo 1- composta por 87 (oitenta e sete) mulheres com diagnóstico de câncer de mama que realizaram quadrantectomia ou mastectomia, no ano de 2012, no HSRC.

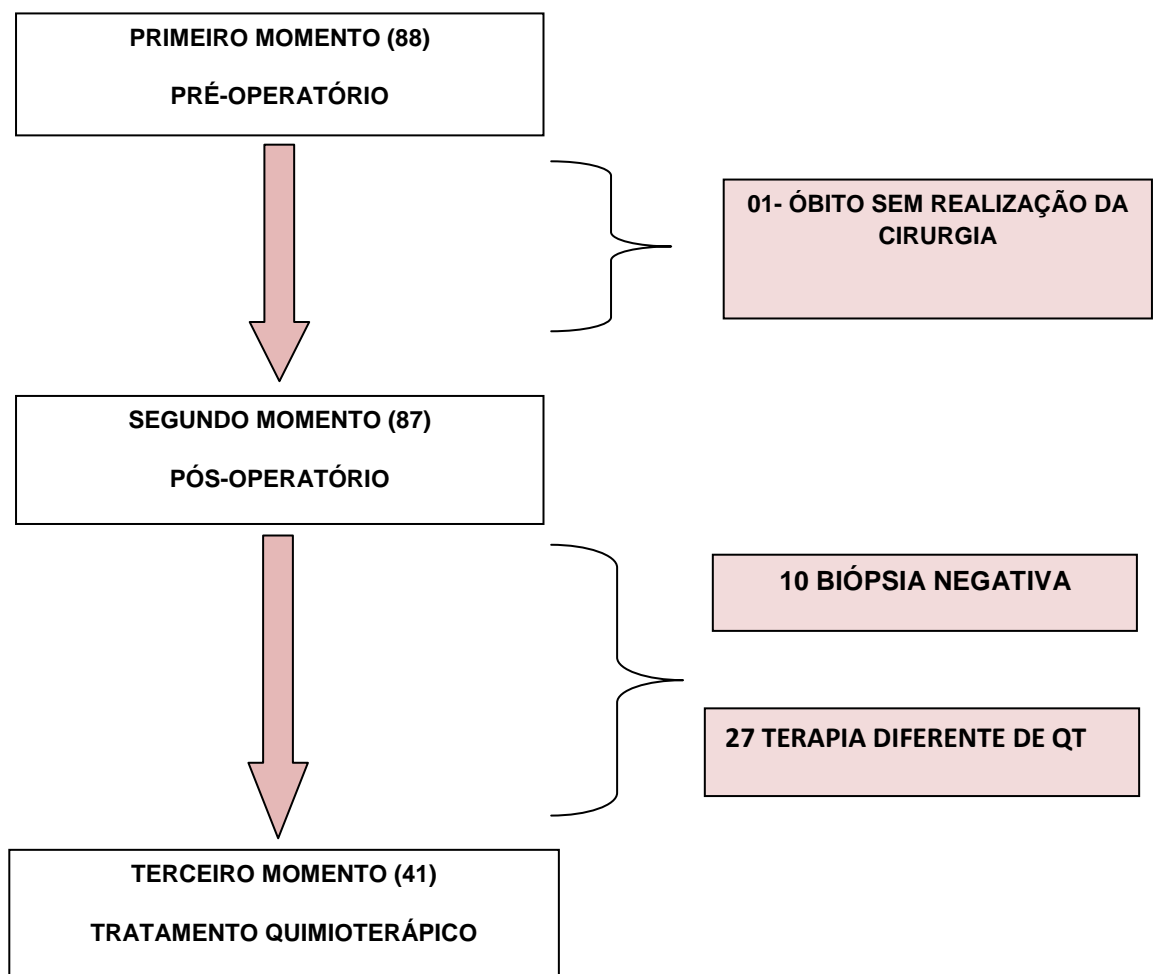
Artigo 2- composta de 41 (quarenta e uma) mulheres com diagnóstico de câncer de mama que realizaram quadrantectomia ou mastectomia, no ano de 2012, no HSRC e que evoluíram para o tratamento quimioterápico.

3.4.1 – Processo de Amostragem

A amostra foi composta de forma aleatória. Utilizou-se para o cálculo do tamanho da amostra, o programa Bioestat 5.0 para comparações pareadas no tempo. Considerou-se *Alfa* de 5%, *Beta* de 80% e aproximadamente 30% das mulheres sem alteração na qualidade de vida após o início do tratamento com a quimioterapia. O *n* mínimo calculado foi de 41 mulheres com diagnóstico de câncer de mama.

Os critérios de seleção da amostra do estudo são demonstrados na Figura 1:

Figura 1 – Fluxograma dos critérios de seleção da amostra do estudo.



3.5 – Critérios de inclusão

Artigos 1 e 2:

- Ser mulher com diagnóstico de câncer de mama atendida no ambulatório Ylza Bianco, Afecç, HSRC;
- Ter indicação de cirurgia como primeiro tratamento;
- Não ter realizado tratamento anterior para o câncer de mama.

3.6 – Critérios de exclusão

Artigos 1 e 2:

- Mulheres que evoluíram a óbito antes de realizar a cirurgia.

Artigo 2:

- Mulheres que não foram submetidas ao tratamento quimioterápico.

3.7 – Variável dependente

Qualidade de Vida de Mulheres com diagnóstico de câncer de mama.

3.8 – Variáveis independentes

As variáveis independentes sociodemográficas, de estadiamento e tipo de quimioterápico estão descritas e definidas no Quadro 4.

Quadro 4 – Variáveis independentes, definição e operacionalização.

	Variável	Definição	Operacionalização
VARIÁVEIS SÓCIODEMOGRÁFICAS	Idade	Anos completados em 2012	1 – Menor de 20 anos 2 – 20 a 29 anos 3 – 30 a 39 anos 4 – 40 a 49 anos 5 – 50 a 59 anos 6 – 60 anos ou mais
	Estado Civil	Estado civil atual	1 – Solteira 2 – Casada/ União Estável 3 – Separada 4 – Viúva
	Raça/Cor	Cor ou raça	1 – Branca 2 – Negra 3 – Amarela 4 – Parda 5 – Indígena
	Escolaridade	Instrução da participante e do(a) chefe da família	1 - Analfabeto ou até a 3 ^a série do ensino fundamental 2 – 4 ^a série do ensino fundamental completa ou até a 8 ^a série incompleta 3 – Fundamental completo 4 – Ensino médio completo 5 – Ensino superior completo
	Atividade laboral	Atividade laboral	1 – Sim 2 – Não
	Condição socioeconômica (CSE)	Classificação por posse de bens e nível de escolaridade do chefe de família – ABA/ABIPEME	1 – CSE A 2 – CSE B 3 – CSE C 4 – CSE D 5 – CSE E
VARIÁVEIS ESTADIAMENTO E TIPO DE QUIMIOTERÁPICO	Estadiamento (Sistema TNM de Classificação dos Tumores Malignos)	Grau de desenvolvimento do tumor	1 – I 2 - II 3 - III 4 – IV
	Protocolo Quimioterápico	Medicação utilizada nas sessões de quimioterapia	

3.9 – Produção de informações

3.9.1 – Levantamento de Informações

Durante doze meses, a pesquisadora entrevistou mulheres que tiveram o diagnóstico de câncer de mama no HSRC.

Para coleta dos dados, a pesquisadora participou das reuniões de preparo cirúrgico que aconteceram quinzenalmente no PREMMA, no ambulatório Ylza Bianco/HSRC. Após o término do grupo de preparo cirúrgico a entrevistadora realizou o *Rapport* explicando detalhadamente os objetivos e a metodologia do estudo. Assim sendo todas as mulheres aceitaram participar da pesquisa mediante a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

No segundo momento da pesquisa, houve o acompanhamento dessas mulheres no pós-operatório tardio, cerca de 15 (quinze) dias após a cirurgia quando essas mulheres compareciam ao ambulatório para retirada dos pontos cirúrgicos.

Para a proposta do artigo 2 realizou-se o terceiro momento da pesquisa, apenas entre as pacientes que evoluíram para o tratamento quimioterápico. Este momento realizou-se após a segunda sessão de quimioterapia para que as manifestações terapêuticas fossem observadas.

As informações sobre o estadiamento e protocolo quimioterápico foram coletadas do prontuário das pacientes.

3.9.2 – Instrumentos

3.9.2.1 – Roteiro para registro das informações das participantes

Coletaram-se informações sociodemográficas das pacientes, tais como: idade, estado civil, raça/cor, escolaridade e condições de saúde. Além de informações sobre o estadiamento e tipo de quimioterápico (Apêndice A).

Utilizaram-se os dados sobre algumas características demográficas para categorizar a situação de vida da respondente. A classificação da condição sócio econômica da

paciente se deu através da avaliação da posse de bens de consumo e do grau de instrução do chefe da família (BRASIL, 2008b).

3.9.2.2 – Roteiro da Organização Européia de Pesquisa e Tratamento de Câncer (EORTC QLQ C-30 – (Anexo A) e EORTC QLQ BR 23 – (Anexo B)).

Os instrumentos de avaliação de QV dividem-se entre dois tipos: os genéricos e os específicos. Os instrumentos genéricos medem os distúrbios de saúde percebidos pelo paciente, podem ser aplicados em vários tipos de doenças, tratamentos e entre culturas e lugares diferentes, após validação. Já os instrumentos específicos avaliam uma doença específica e podem quantificar os ganhos em saúde após o tratamento (LEAL, 2008).

Aplicou-se o questionário EORTC QLQ C-30 e EORTC QLQ BR 23 nas pacientes selecionadas.

O EORTC QLQ C-30 é um roteiro de qualidade de vida geral, específico para pacientes oncológicos e foi validado para o português por Pais-Ribeiro, Pinto e Santos (2008). Composto por trinta questões, é constituído por 5 escalas funcionais (física, desempenho, emocional, cognitiva e social) e 3 escalas de sintomas (fadiga, náuseas e vômitos, e dor), uma escala global do estado de saúde, 6 itens simples que avaliam sintomas comuns aos doentes oncológicos em geral (dispneia, insônia, constipação, diarreia, perda de apetite, dificuldades financeiras) (*European Organization for Research and Treatment of Cancer, 2004*). Os itens do questionário de um ao vinte e oito estão colocados na Escala Likert de quatro pontos, onde as respostas seguem o seguinte padrão: não, um pouco, bastante e muito. Os itens de números vinte e nove e trinta estão colocadas em Escala Likert de sete pontos, onde um corresponde a péssimo e sete corresponde a ótimo.

O QLQ-BR-23 é um módulo específico para câncer de mama, que embora amplamente utilizado em estudos realizados em todo o mundo, inclusive no Brasil, não se encontrou nenhum estudo de validação do mesmo (MAKLUF; DIAS; BARRA, 2006). Composto por 23 questões divididas em dois grupos (Tabela 1). O primeiro abrange os seguintes itens: funcionamento sexual, prazer sexual, perspectivas

futuras e imagem corporal e o segundo grupo investiga sintomas secundários à terapia sistêmica, sintomas na mama, sintomas no braço e queda de cabelo. As respostas estão classificadas numa Escala Likert de quatro pontos (não, um pouco, bastante e muito).

A Tabela 1 apresenta as escalas presentes nos questionários e as questões que as compõem.

Tabela 1 – Composição dos questionários EORTC QLQ C-30 e BR-23.

Escalas	Questões
EORTC QLQ C-30	
Escala Funcional:	
Físico	1 – 5
Função/papel	6 – 7
Cognitivo	20 e 25
Emocional	21 – 24
Social	26 – 27
Qualidade de Vida Global	29 – 30
Escala de Sintomas:	
Fadiga	10; 12 e 18
Dor	9 e 19
Náusea e vômito	14 – 15
Dispneia	8
Insônia	11
Perda de Apetite	13
Constipação	16
Diarréia	17
Impacto financeiro	28
EORTC-BR 23	
Imagem Corporal	39 – 42
Função Sexual	24 – 25
Satisfação Sexual	46
Incomodo com a queda de cabelo	35
Perspectivas futuras	43
Sintomas no Braço	47 – 49
Sintomas na mama	50 – 53
Efeitos da Terapia Sistêmica (quimioterapia)	31 – 34; 36 – 38

Os escores referentes à qualidade de vida foram calculados segundo as normas estabelecidas por EORTC, sendo que os escores mais altos indicariam melhor qualidade de vida nas escalas de saúde global e funcionalidade e os escores menores indicariam melhor qualidade de vida na escala de sintomas.

Os Quadros 5, 6 e 7 demonstra a variação dos escores nas escalas de funcionalidade, saúde global e de sintomas respectivamente.

Quadro 5: Exemplificação da variação dos escores em escalas de funcionalidade.

Paciente	Funcionamento Físico					RS_FÍS3	Score_FIS3
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5		
A	4	4	4	2	1	3	33,33
B	4	2	1	1	1	1,8	73,33
C	1	1	1	1	1	1	100,00

Quadro 6: Exemplificação da variação dos escores em escalas de Saúde Global.

Paciente	Estado Global de Saúde			RS_EST_GLO_SAU3	Score_EST_GLO_SAU3
	Q29	Q30			
D	1	1		1	0,00
E	5	4		4,5	58,33
F	7	7		7	100,00

Quadro 7: Exemplificação da variação dos escores em escalas de Sintomas.

Paciente	Sintomas do Braço			SR_SINT_BRA3	Score_SINT_BRA3
	Q47	Q48	Q49		
G	2	1	1	1,33	11,11
H	4	1	3	2,67	55,56
I	4	4	4	4,00	100,00

3.10 – Tratamento Estatístico dos Dados

Organizou-se os dados no programa *Microsoft Office Excell 2007 for Windows* e analisou-se através do Pacote Estatístico para Ciências Sociais (SPSS), versão 20.0. Analisou-se os resultados através de cálculos de frequência, média, mediana e desvio padrão.

Aplicou-se ainda o teste não paramétrico de Wilcoxon para comparação dos dados obtidos nos diferentes momentos da pesquisa. O nível de significância adotado foi de 5%.

3.11 – Considerações Éticas

Encaminhou-se o projeto de pesquisa ao Centro de Estudos Affonso Bianco do HSRC (Anexo C) e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo, para autorização e de acordo com a Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996, o mesmo foi aprovado sob o número 29.909 (Anexo D).

A participação das mulheres se deu voluntariamente, e todas as entrevistadas receberam orientação sobre o direito à recusa, abandono da entrevista quando desejar e também a possibilidade de não responder às questões específicas que julgar da sua conveniência. Para inclusão na pesquisa todas as entrevistadas assinaram o TCLE (Apêndice B).

4 – RESULTADOS

4.1 – Proposta do artigo 1

Qualidade de Vida de Mulheres com Câncer de Mama no Pré e Pós-Operatório.

4.1.1 – Resumo

Introdução: O câncer de mama constitui-se na primeira causa de morte, por câncer, entre as mulheres, o que o torna um problema de saúde pública. Objetivo: Avaliar a Qualidade de vida de Mulheres com câncer de mama no pré e pós-operatório e examinar sua relação com as variáveis sociodemográficas e clínicas. Metodologia: Estudo Longitudinal, realizado no Hospital Santa Rita de Cássia (HSRC), Vitória – ES. Os dados foram coletados durante os meses de maio a dezembro de 2012 no ambulatório do HSRC. Utilizou-se o instrumento EORTC QLQ C-30 e o EORTC BR-23 para mensurar a QV das entrevistadas e o Pacote estatístico para as Ciências Sociais (20.0) para análise dos dados. Resultados: Amostra composta por 87 mulheres onde 42,5% da amostra apresentaram 60 anos ou mais de idade. Identificou-se a condição socioeconômica C como predominante entre as entrevistadas abrangendo 62% da amostra (n=54). As dimensões que se apresentaram estatisticamente significantes foram: Funcionamento físico; Limitações funcionais; Falta de Ar; Fadiga; Diarreia; Funcionamento Cognitivo; Funcionamento Social; Dificuldade Financeira; Estado Global de Saúde; Efeitos da Quimioterapia; Imagem corporal; Perspectivas Futuras; Funcionamento Sexual; Sintomas no braço. Conclusão: Conclui-se que o processo cirúrgico e de reabilitação é um momento delicado na vida da mulher com diagnóstico de câncer de mama e que são necessárias estratégias na Saúde Coletiva para que Qualidade de Vida seja minimamente impactada.

Descritores: Qualidade de Vida; Neoplasias da Mama; Saúde da Mulher.

4.1.2 – Introdução

O câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais frequente no mundo e o mais comum entre as mulheres. Estudos mostraram que na década de 90, este foi o câncer mais frequente no Brasil. Além disso, o câncer de mama constitui-se na primeira causa de morte, por câncer, entre as mulheres, o que o torna um problema de saúde pública¹.

Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA), o número de casos novos de câncer de mama estimados para 2012 no Brasil é de 52.680, no mesmo período são estimados para a Região Sudeste 29.360 casos novos destes 900 acontecerão no Espírito Santo onde a incidência de câncer de mama é de 49,42 casos por 100.000 mulheres, já na capital, Vitória, onde a incidência de câncer de mama é de 71,28 casos por 100.00 mulheres, são estimados 130 casos novos².

O tratamento do câncer de mama deve ser realizado por uma equipe interdisciplinar visando uma abordagem integral da paciente, portanto deve ser desenvolvido por diferentes profissionais de forma articulada. O câncer de mama possui diferentes formas de tratamento. As modalidades terapêuticas disponíveis atualmente são a cirurgia, a radioterapia (para o tratamento locorregional), a hormonioterapia e a quimioterapia (para o tratamento sistêmico). Cada etapa do tratamento possui suas particularidades e efeitos colaterais que podem elevar o nível de estresse da mulher, o que poderá influenciar em sua Qualidade de Vida (QV)^{3,4}.

A Qualidade de Vida foi definida pela Organização Mundial da Saúde, como: “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura, expectativas, padrões e preocupações”, ou seja, a Qualidade de Vida só pode ser avaliada pela própria pessoa⁵.

Apesar de ser uma terminologia usada amplamente no cotidiano há uma dificuldade em se obter um consenso sobre o conceito de QV, pois o mesmo está atrelado ao fato de ter caráter subjetivo e, portanto, difícil conceituação⁶. Diante da subjetividade, a percepção do indivíduo, seus sentimentos e as suas condições de saúde podem afetar sua QV⁷.

Diante do conjunto de estudos já desenvolvidos sobre QV das mulheres com Câncer de Mama percebeu-se a importância de estudar o tema não apenas pelo número de casos deste câncer, mas sim devido o impacto que esta doença tem para mulher,

seja na dimensão física devido a sequelas resultantes da cirurgia como parestesia ou linfedema no braço homolateral a cirurgia; na dimensão psicológica, pois os níveis de ansiedade e estresse da mulher são alterados e até mesmo na dimensão sexual visto que após a cirurgia a mulher se vê multilada e por vezes se sente menos atraente fisicamente e até mesmo menos feminina o que irá interferir no relacionamento com seu parceiro⁸.

Objetivou-se com este estudo examinar a relação entre a Qualidade de Vida de Mulheres com câncer de mama no pré e pós-operatório com as variáveis sociodemográficas e clínicas.

4.1.3 – Metodologia

Trata-se de um estudo Longitudinal, realizado no ambulatório Ylza Bianco do Hospital Santa Rita de Cássia (HSRC), mantido pela Associação Feminina de Educação (Afecc) e Combate ao Câncer - Vitória – ES. O HSRC é uma entidade filantrópica reconhecida em todo o Estado como referência em tratamento de câncer e que também disponibiliza especialidades gerais.

A amostra foi composta por 87 (oitenta e sete) mulheres com diagnóstico de câncer de mama que realizaram quadrantectomia ou mastectomia, no ano de 2012, no HSRC, houve apenas uma exclusão por óbito.

Adotou-se como critérios de inclusão, mulheres com 18 anos ou mais, que tinham diagnóstico de câncer de mama que estavam em fase de preparo da 1ª cirurgia do câncer de mama e que ainda não tinham realizado nenhum tipo de tratamento de câncer de mama. E como critério de exclusão pacientes que evoluíram a óbito antes de realizar a cirurgia.

Os dados foram coletados durante os meses de maio a dezembro de 2012 no Ambulatório Ylza Bianco, onde os questionários foram aplicados em dois momentos: antes da cirurgia (momento 1) e no pós cirúrgico tardio (momento 2), quando as mulheres compareciam ao ambulatório para retirada dos pontos cirúrgicos.

O instrumento utilizado para mensurar a QV das entrevistadas foi o EORTC QLQ C-30 e o EORTC BR-23. O primeiro é um questionário de qualidade de vida geral, específico para pacientes oncológicos e foi validado para o português por Pais-

Ribeiro, Pinto e Santos (2008)⁹. Composto por trinta questões, é constituído por 5 escalas funcionais (física, desempenho, emocional, cognitiva e social) e 3 escalas de sintomas (fadiga, náuseas e vômitos, e dor), uma escala global do estado de saúde, 6 itens simples que avaliam sintomas comuns aos doentes oncológicos em geral (dispneia, insônia, constipação, diarreia, perda de apetite, dificuldades financeiras).

O segundo é um módulo específico para câncer de mama, que embora amplamente utilizado em estudos realizados em todo o mundo, inclusive no Brasil, não se encontrou nenhum estudo de validação do mesmo¹⁰. Composto por 23 questões divididas em dois grupos. O primeiro abrange os itens funcionamento sexual, prazer sexual, perspectivas futuras e imagem corporal enquanto o segundo grupo investiga sintomas secundários à terapia sistêmica, sintomas na mama, sintomas no braço e queda de cabelo.

Os escores referentes à qualidade de vida foram calculados segundo as normas estabelecidas por EORTC, sendo que os escores mais altos indicariam melhor qualidade de vida nas escalas de saúde global e funcionalidade e os escores menores indicariam melhor qualidade de vida na escala de sintomas¹¹.

Ainda, realizou-se levantamento de dados sobre algumas características demográficas para categorizar a situação de vida do respondente. Isso se deu através das seguintes variáveis: CSE avaliada por posse de bens de consumo e grau de instrução do chefe da família¹².

Organizou-se os dados no programa *Microsoft Office Excell 2007 for Windows* e analisados através do Pacote Estatístico para Ciências Sociais (SPSS), versão 20.0. Aplicou-se o teste não paramétrico de Wilcoxon para comparação dos dados obtidos nos diferentes momentos da pesquisa. Os dados foram apresentados pelos Box-Plot das comparações estatisticamente significantes. Para comparação entre os níveis socioeconômicos nos dois momentos separadamente, foi realizado o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis para mais de duas amostras independentes. O nível de significância adotado foi de 5%.

Encaminhou-se o projeto de pesquisa ao Centro de Estudos Affonso Bianco do HSRC (Anexo C) e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do

Espírito Santo, para autorização e de acordo com a Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 o mesmo foi aprovado sob o número 29.909 (Anexo D).

4.1.4 – Resultados

A Tabela 1 apresenta os dados do perfil sociodemográfico da amostra. Observa-se que a média de idade é 56,7 anos (idade mínima de 31 e máxima de 90 anos), sendo que 42,5% da amostra apresentaram 60 anos ou mais. Quanto ao estado civil 59% das mulheres eram casadas ou estavam em um relacionamento estável (n=51).

Quando questionadas sobre sua procedência 51 mulheres residem na Grande Vitória (58,6%) e 34 mulheres residem em municípios do interior do estado (39,1). Houve ainda 2 mulheres provenientes de outro estado (2,3%).

Predominou-se a raça/cor branca visto que 56 entrevistadas se autodeclararam brancas, o equivalente a 64% da amostra. Quanto ao grau de instrução, 55% das mulheres são analfabetas ou cursaram até a 3ª série do Ensino Fundamental (n=46). Identificou-se a condição socioeconômica C como predominante entre 62% das entrevistadas (n=54).

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico das mulheres com Diagnóstico de Câncer de Mama. Vitória, 2012 (n=87).

Variáveis Sociodemográficas	Frequência (n)	%
Faixa etária		
30 a 39 anos	05	5,8
40 a 49 anos	23	26,4
50 a 59 anos	22	25,3
60 anos ou mais	37	42,5
Estado Civil		
Solteira	09	10
Casada/ União estável	51	59
Separada	08	9
Viúva	19	22
Procedência		
Grande Vitória	51	58,6
Interior	34	39,1
Outro Estado	2	2,3
Etnia		
Branca	56	64
Negra	06	7
Parda	25	29
Grau de escolaridade		
Analfabeto ou até a 3ª série do Ensino Fundamental	46	55
Ensino Fundamental completo	14	17
Ensino Médio completo	15	18
Ensino Superior completo	8	10
Condição socioeconômica		
Classe B	17	19,6
Classe C	54	62
Classe D	16	18,4
Estadiamento		
0	10	11,5
I	16	18,4
II	36	41,5
III	13	15
IV	1	1
Sem informação	11	12,6

A Figura 1 apresenta as medianas das dimensões estatisticamente significantes pelo teste de Wilcoxon, quando comparados o pré e o pós operatório, sendo elas: : Funcionamento Físico ($p= 0.001$); Limitações Funcionais ($p= 0.001$); Falta de Ar ($p= 0.001$); Efeitos da quimioterapia ($p= 0.001$); Imagem Corporal ($p= 0.001$); Funcionamento Sexual ($p= 0.001$) Fadiga ($p= 0.030$); Funcionamento Cognitivo ($p= 0.001$); Funcionamento Social ($p= 0.001$); Dificuldade Financeira ($p= 0.001$); Diarreia ($p= 0.026$); Perspectivas Futuras ($p= 0.015$); Sintomas no Braço ($p= 0.001$).

Figura 1 – Representação gráfica Box Plots das diferenças entre o pré-operatório (momentos 1) e o pós operatório (momento 2) para os escores estatisticamente significantes. Vitória, 2012(continua).

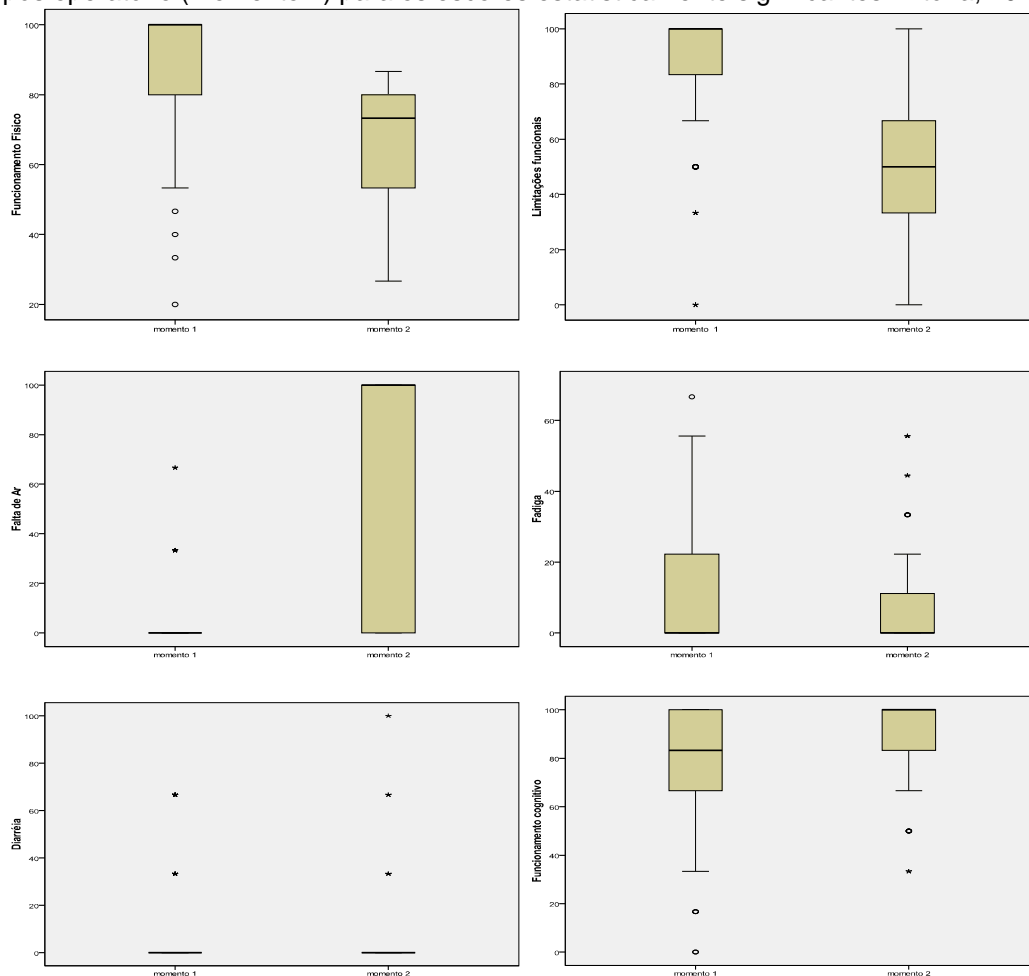
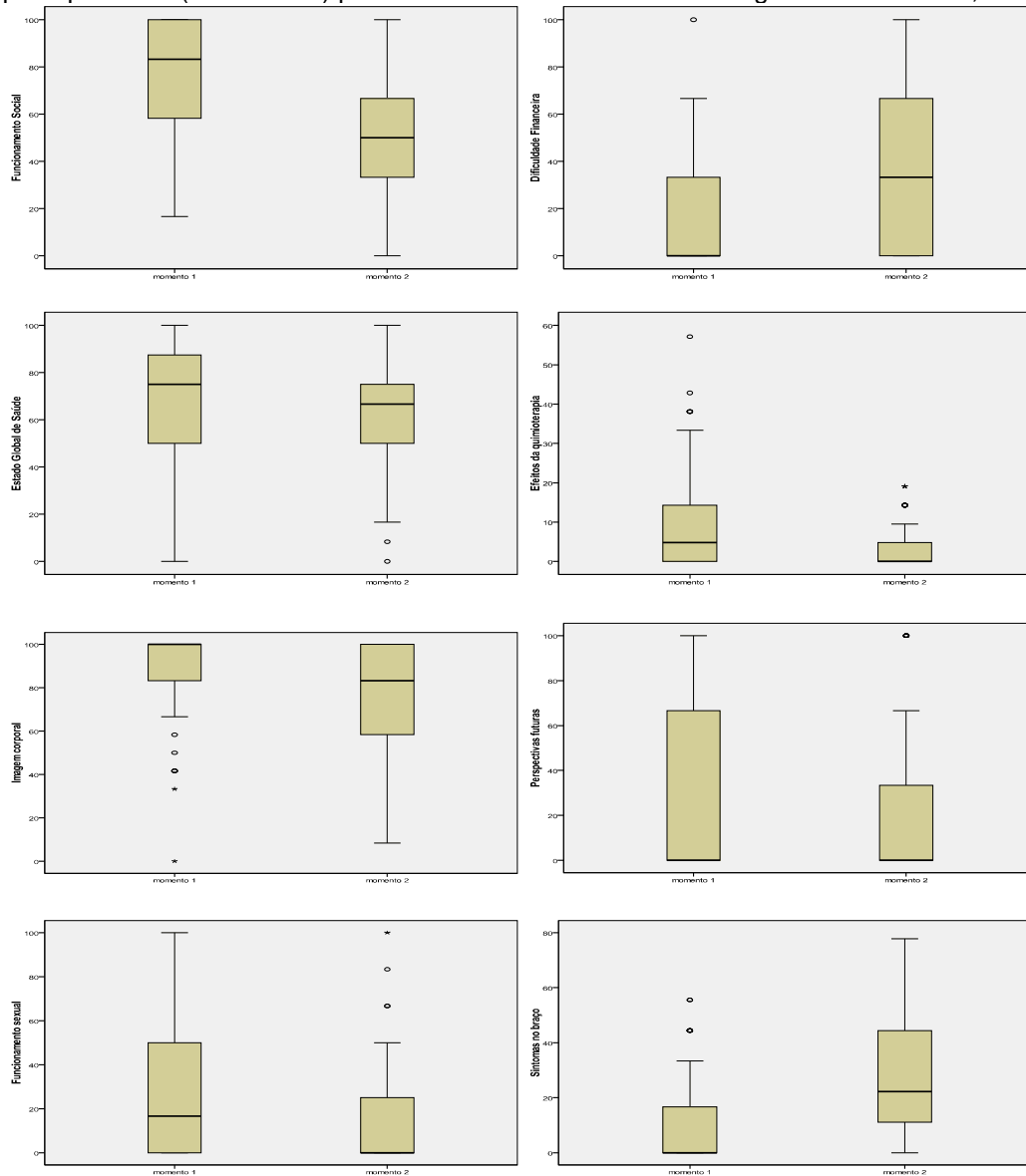


Figura 1 – Representação gráfica Box Plots das diferenças entre o pré-operatório (momentos 1) e o pós operatório (momento 2) para os escores estatisticamente significantes. Vitória, 2012 (conclusão).



A Tabela 2 apresenta as medianas dos momentos 1 e 2 para as classes socioeconômicas e os respectivos p-valores do teste Kruskal-Wallis. Encontrou-se diferença entre as classes socioeconômicas, no primeiro momento, para as variáveis: Funcionamento Físico ($p=0.036$), Fadiga ($p=0.017$), Funcionamento Emocional ($p=0.031$) e Funcionamento Social ($p=0.030$). No segundo momento as dimensões que apresentaram significância estatística fora: Fadiga ($p=0.004$), Efeitos da Quimioterapia ($p=0.028$) e Imagem Corporal ($p=0.047$).

Tabela 2 – Representação das medianas dos momentos pré e pós-operatório segundo classificação socioeconômicas e os respectivos p-valores do teste Kruskal-Wallis . Vitória, 2012

Escores	Medianas Momento 1			p-valor	Medianas Momento 2			p-valor
	B	C	D		B	C	D	
Funcionamento Físico	86.67	100.00	100.00	0.036	66.67	70.00	80.00	0.195
Limitações funcionais	100.00	100.00	100.00	0.437	33.33	50.00	50.00	0.234
Falta de Ar	0.00	0.00	0.00	0.271	100.00	100.00	50.00	0.308
Dor	16.67	0.00	0.00	0.468	0.00	0.00	0.00	0.143
Fadiga	11.11	11.11	0.00	0.017	11.11	11.11	0.00	0.004
Insônia	33.33	0.00	16.67	0.939	33.33	33.33	33.33	0.881
Falta de apetite	0.00	0.00	0.00	0.314	0.00	0.00	0.00	0.383
Náusea e vômito	0.00	0.00	0.00	0.747	0.00	0.00	0.00	0.603
Constipação	0.00	0.00	0.00	0.758	0.00	0.00	0.00	0.179
Diarreia	0.00	0.00	0.00	0.939	0.00	0.00	0.00	0.364
Funcionamento cognitivo	100.00	83.33	83.33	0.556	100.00	100.00	100.00	0.514
Funcionamento Emocional	33.33	66.67	75.00	0.031	66.67	70.83	75.00	0.410
Funcionamento Social	83.33	83.33	100.00	0.030	33.33	50.00	66.67	0.076
Dificuldade Financeira	0.00	0.00	0.00	0.300	33.33	33.33	33.33	0.366
Estado Global de Saúde	83.33	75.00	83.33	0.230	66.67	66.67	70.83	0.336
Efeitos da quimioterapia	0.00	4.76	4.76	0.774	0.00	0.00	0.00	0.028
Preocupações com a queda de cabelo	0.00	33.33	0.00	0.717	0.00	0.00	0.00	1.000
Imagem corporal	91.67	100.00	100.00	0.319	58.33	83.33	75.00	0.047
Perspectivas futuras	0.00	33.33	0.00	0.108	0.00	0.00	0.00	0.992
Funcionamento sexual	16.67	16.67	16.67	0.984	0.00	8.33	0.00	0.125
Prazer sexual	66.67	66.67	33.33	0.325	0.00	66.67	33.33	0.128
Sintomas no braço	0.00	0.00	0.00	0.842	22.22	16.67	22.22	0.810
Sintomas na mama	16.67	12.50	12.50	0.229	25.00	12.50	16.67	0.070

p-valor do teste Kruskal Wallis comparando as medianas das classes socioeconômicas

4.1.5 – Discussão

A predominância dos casos de câncer de mama entre as mulheres com a faixa etária mais elevada concernem com a incidência da doença na população feminina. Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA) a idade continua sendo o principal fator de risco para o câncer de mama, pois as taxas de incidência aumentam rapidamente até os 50 anos e, posteriormente, esse aumento ocorre de forma mais lenta². A diretriz brasileira preconiza a realização do exame clínico das mamas anualmente a partir dos 40 anos e rastreamento mamográfico bienal dos 50 aos 69

anos. Nas mulheres de alto risco, preconiza-se exame clínico e mamografia anuais a partir dos 35 anos. O rastreamento com mamografia anual a partir dos 50 anos, adotado há vários anos pelo Canadá e países Europeus, visa priorizar a população de maior incidência da neoplasia. Se considerado que 62% das mulheres da região sudeste com idade superior a 60 anos jamais foram submetidas a uma mamografia, há de se priorizá-las¹³.

Para estratificar as classes econômicas das entrevistadas utilizou-se o Critério de Classificação Econômica Brasil¹², que pretende estimar o poder de compra das pessoas e famílias, assim houve predominância da classe econômica C com aproximadamente 57%, exatamente a mesma porcentagem de mulheres com escolaridades mais baixas. Abreu e Koifman (2002) afirmam que o nível socioeconômico reflete no prognóstico e conseqüentemente, nas dificuldades de acesso aos programas de prevenção e aos cuidados médicos que as classes sociais menos favorecidas encontram mesmo nos países mais desenvolvidos, sendo o diagnóstico estabelecido numa fase já avançada da doença¹⁴.

Em um estudo transversal de base populacional realizado em Pelotas (RS) com amostra de 879 mulheres de 40 a 69 anos, apresentou 72,6% de sua amostra classificadas entre as classes sociais C e D e detectou-se que o número de mamografias entre essas mulheres era menor que o número de mamografias realizadas pelas classes sociais mais altas, porém o auto-exame das mamas era mais comum entre as mulheres de baixa renda do que entre as mais abastadas¹⁵.

Limitações Funcionais esta dimensão é composta por duas questões que abrangem a capacidade de realizar atividades diárias e atividades de lazer. Esta diminuição pode estar relacionada ao fato do tumor já ter sido retirado, assim sendo as pacientes se sentem mais dispostas e confiantes, portanto têm maior estímulo a voltar a desenvolver suas atividades de vida diária e de lazer mesmo que em um ritmo menor e apesar da dor.

Estudos demonstram que a prática regular de atividade física traz alguns benefícios aos praticantes como melhora do status funcional; aumento da capacidade cardiorrespiratória; redução da sensação de fadiga e aumento da qualidade de vida em pacientes com câncer, além de proporcionar melhor capacidade para realização de atividades de vida diária^{16,17}. Portanto a diminuição da dimensão Funcionamento

Físico entre as pacientes após a cirurgia influencia, ou até mesmo justifica, a diminuição das dimensões Fadiga e Falta de Ar.

Estudos afirmam que a alteração do nível de estresse podem causar alterações fisiológicas visando aliviar os níveis de tensão. Assim as respostas gastrointestinais ao estresse agudo são consideradas adaptativas, uma vez que economizam a energia dos processos digestivos para serem utilizados nas reações de defesa e aumentam a eliminação de resíduos desnecessários ao organismo¹⁸. Portanto em um momento transitório como o vivenciado pelas pacientes a Diarreia é uma manifestação comum em ambos os momentos, tanto no período pré-cirúrgico devido à elevação da ansiedade pela iminência da cirurgia, como no pós-cirúrgico visto que neste período as pacientes precisam se adaptar às suas limitações funcionais e às mudanças em sua imagem corporal.

A dimensão Perspectivas futuras diminuiu, pois as mulheres relataram maior preocupação com sua saúde futura após a cirurgia já que ainda estavam aguardando o resultado do exame histopatológico e não sabiam qual seria seu tratamento posterior. Do mesmo modo a dimensão Funcionamento Cognitivo aumentou, ou seja, ambas as dimensões podem ser relacionadas a possível variação do nível de ansiedade que agiria como uma interferência na capacidade de concentração das mulheres. Esta alteração no nível do estresse pode estar relacionada a iminência do resultado do exame Histopatológico e início de uma nova etapa do tratamento seja com quimioterapia, radioterapia ou hormonioterapia.

Diante das alterações nas dimensões apresentadas, compreende-se a diminuição da dimensão Funcionamento Social. Esta dimensão é composta por duas questões que avaliam se o tratamento interferiu na vida familiar e na vida social da paciente. Após a cirurgia as pacientes percebem que sua família mudou a forma com que a tratavam e que sua vida social ficou prejudicada, pois devido a reabilitação pós-cirúrgica as mesmas verbalizaram que precisavam permanecer em casa e evitar locais em que existiam pessoas aglomeradas.

O aumento da dimensão Dificuldade Financeira justifica-se pela necessidade de comprar alguns medicamentos analgésicos, gastos com transporte para o hospital, mas principalmente por interrupção da atividade laboral, fato este diretamente relacionado à sua limitação física e funcional.

A dimensão Estado Global de Saúde é composta por duas questões que avaliam como a paciente classifica sua saúde e sua QV. Observou-se diminuição desta dimensão, pois após a cirurgia as mulheres entrevistadas avaliaram sua saúde, e principalmente sua QV com piores índices.

Quanto à dimensão Efeitos da Quimioterapia, embora as pacientes entrevistadas ainda não estivessem em quimioterapia no segundo momento, houve presença desta dimensão. Algumas pacientes relataram apresentar queda de cabelo antes mesmo da cirurgia. Sabe-se que alopecia é um dos efeitos colaterais do tratamento quimioterápico, que pode trazer um grande sofrimento, pois, no contexto social, a perda do cabelo a revela diante de todos como uma pessoa inquestionavelmente doecida, e pode reforçar o sentimento de compaixão sentido pelos outros e por ela própria, além do mais culturalmente é normal que o gênero feminino exiba cabelos longos, fato este que dificulta a aceitação da alopecia tanto pela mulher quanto pela sociedade¹⁹.

Justifica-se a diminuição das dimensões Funcionamento Sexual e Imagem Corporal porque as mulheres apresentaram-se menos ativas sexualmente devido à cirurgia e também a sua aceitação física, no segundo momento as entrevistas ainda estavam passando pelo processo de adaptação da perda da mama, uma recente perda, mesmo as mulheres que permanecem ativas houve uma diminuição do prazer sexual. Mcwayne e Heiney (2005) afirmam em seu estudo que a presença da dor também impactará a vida sexual das mulheres bem como na vida social, psicológica e na QV como um todo²⁰. Duarte e Andrade (2003) afirmam que as mamas, além de desempenharem um importante papel fisiológico em todas as fases do desenvolvimento feminino também representam em nossa cultura um símbolo de identificação da mulher, possuindo uma forte carga simbólica de feminilidade, sensualidade e maternidade²¹. A sua feminilidade é expressa pelo erotismo, pela sensualidade e pela sexualidade, assim a perda da mama altera a imagem corporal que a mulher tem de si o que geralmente influencia em seu funcionamento sexual e mais ainda na sua percepção do prazer sexual.

As alterações na dimensão Sintomas no Braço são justificadas, pois após a cirurgia a região passa por um processo de cicatrização, a paciente necessita utilizar um dreno pós cirúrgico e ainda teme por rompimento dos pontos. Todos esses fatores influenciam a mobilidade do braço e ainda sua percepção à dor visto que sua

atenção fica voltada para a região. Devido o tratamento do câncer de mama, estudos mostraram que a dor está diretamente associada à limitação de movimento no ombro²⁰.

Quando relacionados os escores das dimensões com a CSE das pacientes observou-se que as pacientes classificadas na classe C apresentaram melhores níveis de QV nas seguintes dimensões no momento pré-cirúrgico: Funcionamento Físico, Fadiga e Funcionamento Social, enquanto as classificadas na classe B apresentaram melhores níveis de QV na dimensão Funcionamento Emocional. No momento pós-cirúrgico as mulheres classificadas na classe D obtiveram melhores escores que as mulheres de classes B e C nas dimensões Fadiga e Efeitos da Quimioterapia, já na dimensão Imagem Corporal as mulheres da CSE C apresentaram maiores níveis de QV.

Percebe-se que mulheres das CSE mais baixas apresentaram melhor QV quando comparadas às mulheres das CSE elevadas. Diferentemente do que foi encontrado por Huguet (2009) ao avaliar a QV e aspectos da sexualidade de mulheres com câncer de mama e características sociodemográfica, onde se observou que as mulheres das CSE mais abastadas apresentaram melhor QV que as mulheres das CSE mais baixas⁷.

Peres e Santos (2007), ao analisarem a resposta emocional à doença em mulheres de camadas populares com câncer de mama, observaram que pacientes de baixa renda têm sua compreensão do processo de adoecer influenciada pela comum associação automática entre o câncer de mama e um doloroso processo de deterioração física da existência humana. Os autores afirmam que tal associação parece ser especialmente acentuada nessa população pela falta de informação e de aproximação emocional com o câncer de um modo geral²².

Contudo a falta de informação pode atuar como um fator de proteção às pacientes das CSE mais baixas sendo evidenciada no presente estudo com a obtenção dos melhores níveis de QV entre as mulheres menos abastadas.

4.1.6 – Conclusão

Com este estudo pode-se avaliar as alterações na QV de mulheres com diagnóstico de câncer de mama segundo as variáveis sociodemográficas e clínicas, com o Questionário Europeu EORTC QLQ C-30 e BR-23.

O estudo abordou possíveis impactos negativos que o câncer de mama tem na QV das mulheres afetadas e a influência de potenciais variáveis moderadoras, procedimento cirúrgico e classe social. No presente estudo, percebeu-se que os maiores impactos nas dimensões Funcionamento físico; Limitações funcionais; Falta de Ar; Fadiga; Diarreia; Funcionamento Cognitivo; Funcionamento Social; Dificuldade Financeira; Estado Global de Saúde; Efeitos da Quimioterapia; Imagem corporal; Perspectivas Futuras; Funcionamento Sexual; Sintomas no braço, em todas essas dimensões houve diminuição da QV.

Diante do exposto, espera-se que ações visando à melhoria da QV de mulheres com diagnóstico de câncer de mama sejam implementadas para que o tratamento oncológico cause pouco ou nenhum impacto negativo na QV destas pacientes – o que resultará em uma melhor avaliação da assistência e um grande impacto na Saúde Coletiva.

4.1.7 – Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Controle de Câncer de Mama. Documento de Consenso. Rio de Janeiro: INCA, 2004.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação Geral de Ações Estratégicas, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: Inca, 2011. 118p.
3. Venâncio JL. Importância da atuação do psicólogo no tratamento de mulheres com câncer de mama. *Rev Bras Cancerologia* 2004; 50(1): 55-63.
4. Machado SM, Sawada NO. Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico adjuvante. *Texto Contexto Enfermagem* 2008; 17(4): 750-7.
5. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine* 10: 1403-09.
6. Silva CB, Albuquerque V, Leite J. Qualidade de vida em pacientes portadoras de neoplasia mamária submetidas a tratamentos quimioterápicos. *Rev Bras Cancerol* 2010; 56(2): 227-36.
7. Huguet PR, Morais SS, Osis MJD, Pinto AM. Qualidade de vida e sexualidade de mulheres tratadas de câncer de mama. *Rev Bras Ginecol Obstet [online]* 2009; 31(2): 61-7.

8. Conde DM, Pinto-Neto AM, Júnior RF, Aldrighi JM. Qualidade de vida de mulheres com câncer de mama. *Rev Bras Ginec Obstet* 2006; 28(3): 195-204.
9. Pais-Ribeiro J, Pinto C, Santos C. Validation study of the portuguese version of the QLC-C30-V.3. *Psic Saúde & Doenças* [online] 2008; 9(1): 89-102.
10. Makluf ASD, Dias RC, Barra AA. Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer da mama. *Rev Bras Cancerol* 2006; 52(1): 49-58.
11. European Organization for Research and Treatment of Cancer, 2004 EORTC Quality of Life Study Group. *QLQ-C30: Scoring manual*. Bruxelas: 2004.
12. Brasil. Critério de Classificação econômica do Brasil. ABEP, ABIPEME [Internet]. 2008 [citado 2012 ago 19]. Disponível em: http://www.abep.org/codigosguias/critério_Brasil_2008r.
13. Gebrim LH, Quadros LGA. Rastreamento do câncer de mama no Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2006; 28(6): 319-23.
14. Abreu E, Koifman S. Fatores prognósticos no câncer da mama feminino. *REv. Bras. Cancerol.* 2002; 48(1): 113-31.
15. Scowitz ML, Menezes AMB, Gigante DP, Tessaro S. Condutas na prevenção secundária do câncer de mama e fatores associados. *Rev Saúde Pública* 2005; 39(3): 340-9.
16. Chor D, Griep RH, Lopes CS, Faerstein E. Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde: pré-testes e estudo piloto. *Cad Saúde Pública* 2001; 17(4): 887-96.
17. Emery CF, Yang HC, Frierson GM, Peterson LJ, Suh S. Determinants of physical activity among women treated for breast cancer in a 5-yr longitudinal follow-up investigation. *Psychooncology* 2009; 18: 377-86.
18. Arrais KC, Machado-de-Sousa JP, Trzesniak C, Santos Filho A, Ferrari MC, Osório FL, et al. Social anxiety disorder women easily recognize fearfull, sad and happy faces: the influence of gender. *Journal of Psychiatric Research* 2010; 44: 535-40.
19. Pereira SG, Rosenhein DP, Bulhosa MS, et al. Vivências de cuidados da mulher mastectomizada: uma pesquisa bibliográfica. *Rev Bras Enferm* 2006; 59(6): 791-5.
20. Mcwayne J, Heiney SP. Psychologic and social sequelae of secondary lymphedema. *Cancer* 2005; 104(3): 457-66.
21. Duarte TP, Andrade AN. Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade. *Estudos de Psicologia* 2003; 8(1): 155-63.
22. Peres RS, Santos MA. Breast cancer, poverty and mental health: emotional response to the disease in women from popular classes. *Rev Latino-americana Enferm* 2007; 15(número especial): 786-91.

4.2 – Proposta do artigo 2

Qualidade de Vida de mulheres com Câncer de mama no pré-operatório, pós-operatório e em tratamento quimioterápico.

4.2.1 – Resumo

Objetivo: Avaliar a Qualidade de vida de Mulheres com câncer de mama no pré, pós-operatório e em quimioterapia e examinar sua relação com as variáveis sociodemográficas e clínicas. Metodologia: Estudo Longitudinal, realizado no Hospital Santa Rita de Cássia (HSRC), mantido pela Associação Feminina de Educação e Combate ao Câncer - Vitória – ES. Coletaram-se os dados durante os meses de maio de 2012 a janeiro de 2013 no ambulatório do HSRC. Utilizou-se os instrumentos, EORTC QLQ C-30 e o EORTC BR-23 para mensurar a QV das entrevistadas no período pré, pós-operatório e durante o tratamento quimioterápico. Utilizou-se o Pacote Estatístico para as Ciências Sociais na versão 20.0 para análise dos dados. Resultados: Amostra composta por 41 mulheres onde a média de idade foi 52,5 anos, sendo que 42,5% da amostra apresentaram 60 anos ou mais de idade. Mulheres casadas ou em um relacionamento estável representaram de 66% das entrevistadas (n=27). As dimensões que após aplicação do teste de Wilcoxon se apresentaram estatisticamente significantes foram: Funcionamento Físico; Limitações Funcionais; Falta de Ar; Efeitos da quimioterapia; Imagem Corporal; Fadiga; Falta de Apetite; Náusea e Vômito; Funcionamento Cognitivo; Funcionamento Social; Dificuldade Financeira; Diarreia; Perspectivas Futuras; Sintomas no Braço; Sintomas na Mama. Conclusão: As etapas do tratamento da mulher com diagnóstico de câncer de mama interferem em diferentes dimensões da vida da mesma, impactando sua Qualidade de Vida. Ações estratégicas na Saúde Coletiva e um atendimento interdisciplinar são necessários para que os impactos negativos na QV sejam minimizados oferecendo aos pacientes oncológicos melhor assistência.

Palavras-chave: Qualidade de Vida; Neoplasias da Mama; Saúde da Mulher.

4.2.2 – Introdução

O câncer de mama possui diferentes formas de tratamento. As modalidades terapêuticas disponíveis atualmente são a cirurgia e a radioterapia (para o tratamento locorregional) e a hormonioterapia e a quimioterapia (para o tratamento sistêmico).

A cirurgia é o tratamento de primeira escolha. A escolha da cirurgia a ser usada no tratamento do câncer de mama depende do estadiamento clínico e tipo histológico da doença. Os tipos de cirurgias descritas no documento de Consenso Controle do câncer de mama, publicado em 2004 são: mastectomia simples (retirada da mama com pele e complexo aréolo-papilar); mastectomia radical modificada (preserva um ou dois músculos peitorais e realiza linfadenectomia axilar); mastectomia radical (retirada dos músculos peitorais e linfadenectomia axilar); mastectomia com reconstrução imediata e mastectomia poupadora de pele. Nas cirurgias conservadoras são realizados ressecção de apenas um segmento da mama podendo ser chamadas de setorectomia, tumorectomia alargada e quadrantectomia¹.

As mulheres com indicação de mastectomia como tratamento primário podem ser submetidas à quimioterapia neoadjuvante, seguida de tratamento cirúrgico conservador, complementado por radioterapia. O tratamento quimioterápico atua em todas as células do organismo causando efeitos adversos e possíveis alterações na Qualidade de Vida.

Dentre os efeitos adversos o mais temido é a queda dos cabelos símbolo da feminilidade e instrumento da sexualidade da mulher. Porém, esta forma de tratamento também pode causar manifestações na cavidade bucal tais como aftas, mucosite, infecção, sangramento, dor, perda de função e xerostomia (diminuição da saliva)². Portanto a quimioterapia além de promover uma mudança na autoimagem da mulher pode também interferir em seus hábitos cotidianos como sua alimentação e atividades de vida diária.

Cada etapa do tratamento possui suas particularidades e efeitos colaterais que podem elevar o nível de estresse da mulher, o que poderá influenciar em sua QV.

Desde a Elaboração do Documento Consenso do Controle do Câncer de Mama em 2004 a Qualidade de Vida das mulheres com tal diagnóstico já era citada como objetivo do tratamento seja ela adquirida através de intervenções interdisciplinares ou por meio dos cuidados paliativos¹.

O Manual de Bases Técnicas em Oncologia elaborado em 2011 também aborda a temática da Qualidade de Vida afirmando que para serem liberados para execução os procedimentos quimioterápicos devem visar o aumento de sobrevida, a diminuição da mortalidade ou melhora da qualidade de vida do doente³.

Em 2012, a Associação Brasileira de Portadores de Câncer, instituiu o Projeto *Advocacy*, que tem por objetivo: Reduzir a exposição a fatores de risco, diminuir a mortalidade e melhorar a qualidade de vida da mulher com câncer de mama. A estratégia adotada para melhoria da qualidade de vida, segundo o projeto, se daria através da Promoção à Saúde⁴.

Assim, percebe-se que a melhoria da qualidade de vida de mulheres com câncer de mama é uma preocupação nacional. Contudo, a definição de meios para a obtenção das mesmas nunca é aprofundada. Há uma fragilidade de estratégias, uma superficialidade no debate e poucas mudanças vida cotidiana das pacientes visando à melhoria da sua qualidade de vida.

Em seu estudo Leal (2008) aborda a temática QV em diferentes aspectos e perspectivas, tais como a biológica, cultural, econômica e psicológica⁵, assim, a autora propõe a seguinte definição de QV:

O resultado da soma do meio ambiente físico; social; cultural; espiritual e econômico onde o indivíduo está inserido; dos estilos de vida que este adota; das suas ações e da sua reflexão sobre si, sobre os outros e sobre o meio ambiente que o rodeia. É também a soma das expectativas positivas em relação ao futuro.

Assim, o presente estudo tem por objetivo avaliar a Qualidade de vida de Mulheres com câncer de mama no pré, pós-operatório e em quimioterapia e examinar sua relação com as variáveis sociodemográficas e clínicas.

4.2.3 – Metodologia

Estudo Longitudinal, realizado no Hospital Santa Rita de Cássia (HSRC), mantido pela Associação Feminina de Educação (Afecc) e Combate ao Câncer - Vitória – ES. O HSRC é uma entidade filantrópica reconhecida em todo o Estado como referência em tratamento de câncer e que também disponibiliza especialidades gerais.

A amostra foi composta por 41 (quarenta e uma) mulheres com diagnóstico de câncer de mama que realizaram quadrantectomia ou mastectomia, no ano de 2012, no HSRC. Inicialmente foram entrevistadas 88 mulheres, uma delas foi a óbito antes de realizar a cirurgia e 46 pacientes evoluíram para outros tratamento que não a quimioterapia.

Os critérios para inclusão dos sujeitos na pesquisa foram: mulheres com 18 anos ou mais, que tinham diagnóstico de câncer de mama que estavam em fase de preparo da 1ª cirurgia do câncer de mama e que ainda não tinham realizado nenhum tipo de tratamento de câncer de mama. Adotou-se com critério de exclusão pacientes que evoluíram a óbito antes de realizar a cirurgia e que não foram submetidas ao tratamento quimioterápico.

Coletou-se os dados durante os meses de maio a janeiro de 2013 no Ambulatório Ylza Bianco, onde os questionários foram aplicados em três momentos: antes da cirurgia (momento 1), no pós cirúrgico tardio (momento 2), quando as mulheres compareciam ao ambulatório para retirada dos pontos cirúrgicos e durante o tratamento quimioterápico (momento 3) na segunda sessão.

O instrumento utilizado para mensurar a QV das entrevistadas foi o EORTC QLQ C-30 e o EORTC BR-23. O primeiro é um questionário de qualidade de vida geral, específico para pacientes oncológicos e foi validado para o português por Pais-Ribeiro, Pinto e Santos⁶. Composto por trinta questões, é constituído por 5 escalas funcionais (física, desempenho, emocional, cognitiva e social) e 3 escalas de sintomas (fadiga, náuseas e vômitos, e dor), uma escala global do estado de saúde, 6 itens simples que avaliam sintomas comuns aos doentes oncológicos em geral (dispneia, insônia, constipação, diarreia, perda de apetite, dificuldades financeiras)⁷. O segundo é um módulo específico para câncer de mama, que embora amplamente

utilizado em estudos realizados em todo o mundo, inclusive no Brasil, não encontrou-se nenhum estudo de validação do mesmo⁸. Composto por 23 questões divididas em dois grupos. O primeiro abrange os itens funcionamento sexual, prazer sexual, perspectivas futuras e imagem corporal enquanto o segundo grupo investiga sintomas secundários à terapia sistêmica, sintomas na mama, sintomas no braço e queda de cabelo.

Os escores referentes à qualidade de vida foram calculados segundo as normas estabelecidas por EORTC, sendo que os escores mais altos indicariam melhor qualidade de vida nas escalas de saúde global e funcionalidade e os escores menores indicariam melhor qualidade de vida na escala de sintomas.

Ainda, realizou-se levantamento de dados sobre algumas características demográficas para categorizar a situação de vida do respondente. Isso se deu através das seguintes variáveis: CSE avaliada por posse de bens de consumo e grau de instrução do chefe da família⁹.

Para análise, os dados foram organizados no programa *Microsoft Office Excell 2007 for Windows* e analisados através do Pacote Estatístico para Ciências Sociais (SPSS), versão 20.0. Analisaram-se os resultados através de cálculos de frequência, média, mediana e desvio padrão. Aplicou-se ainda o teste não paramétrico de Wilcoxon para comparação dos dados obtidos nos diferentes momentos da pesquisa, dois a dois. O nível de significância adotado foi de 5%.

Encaminhou-se o projeto de pesquisa ao Centro de Estudo Affonso Bianco do HSRC e submeteu-se ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo de acordo com a Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996, sendo aprovado, sob o número 29.909.

4.2.4 – Resultados

A Tabela 1 apresenta os dados do perfil sociodemográfico da amostra composta por 41 mulheres onde a média de idade foi 52,5 anos (idade mínima 31 anos e máxima 74 anos). Mulheres casadas ou em um relacionamento estável foram predominantes entre as entrevistadas alcançando a marca de 66% (n=27).

Quanto a procedência 23 mulheres residem na Grande Vitória (56%) e 17 mulheres residem em municípios do interior do estado (41,5%), houve ainda 1 mulher proveniente de outro estado (2,5%).

A etnia branca foi predominante visto que 23 entrevistadas se autodeclararam brancas o equivalente a 56% da amostra.

Quanto a escolaridade 54% da amostra afirmou ser analfabeta ou ter cursado até a 3ª série do Ensino Fundamental (n=22). Identificou-se a condição socioeconômica C entre 66% da amostra (n=27).

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico das mulheres com Diagnóstico de Câncer de Mama. Vitória, 2012/2013 (n=41) (Continua)

Variáveis Sociodemográficas	Frequência (n)	%
Faixa etária		
30 a 39 anos	04	9,7
40 a 49 anos	12	29,3
50 a 59 anos	12	29,3
60 anos ou mais	13	31,7
Estado Civil		
Solteira	03	7
Casada/ União estável	27	66
Separada	04	10
Viúva	07	17
Procedência		
Grande Vitória	23	56
Interior	17	41,5
Outro Estado	01	2,5
Raça/Cor		
Branca	23	56
Negra	02	5
Parda	16	39

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico das mulheres com Diagnóstico de Câncer de Mama. Vitória, 2012/2013 (n=41) (Final)

Variáveis Sociodemográficas	Frequência (n)	%
Grau de escolaridade		
Analfabeto ou até a 3ª série do Ensino Fundamental	22	54
Ensino Fundamental completo	06	15
Ensino Médio completo	10	24
Ensino Superior completo	03	7
Condição socioeconômica		
Classe B	07	17
Classe C	27	66
Classe D	07	17
Estadiamento		
I	06	14,6
II	25	61
III	8	19,6
IV	01	2,4
Sem informação	01	2,4

Quanto a QV das mulheres entrevistadas observou-se que houve mudanças entre o primeiro momento (pré cirúrgico), o segundo momento (pós cirúrgico tardio) e o terceiro momento (tratamento quimioterápico). A Tabela 2 apresenta a mediana e o resultado do Teste de Wilcoxon de cada dimensão do Instrumento EORTC QLQ-C30 e BR-23 nos três momentos da pesquisa, onde o momento pré-operatório está representado pela sigla M1, o momento pós-operatório pela sigla (M2) e o tratamento quimioterápico pela sigla (M3). Após aplicação do teste verificou-se diferenças significativas nos resultados das três relações dos diferentes momentos da pesquisa (M1xM2; M1xM3; M2xM3) nas seguintes dimensões: Funcionamento Físico (p=0.001;0.004;0.001); Limitações Funcionais (p=0.0010;0.001;0.004); Falta de Ar (p=0.001;0.004;0.001); Efeitos da quimioterapia (p=0.008;0.001;0.001); Imagem Corporal (p=0.008;0.001;0.001). As dimensões que depois de aplicado teste apresentaram-se estatisticamente significantes em duas relações (M1xM2; M1xM3 ou M1xM3; M2xM3) foram: Fadiga (p=0.001;0.001); Falta de Apetite (p=0.002;0.008); Náusea e Vômito (p=0.001;0.001); Funcionamento Cognitivo (p=0.002;0.034); Funcionamento Social (p=0.001;0.003); Dificuldade Financeira (p=0.001;0.001). As dimensões que quando aplicado teste apresentaram-se

estatisticamente significantes somente em uma relação (M1xM2 ou M2xM3) foram: Diarreia ($p=0.050$); Perspectivas Futuras ($p=0.039$); Sintomas no Braço ($p=0.003$); Sintomas na Mama ($p=0.001$). Todas as diferenças encontradas são na direção da piora da qualidade de vida com o passar do tempo (ao longo dos momentos).

Tabela 2 - Mediana e Teste de Wilcoxon de cada dimensão do Instrumento EORTC QLQ-C30 e BR-23 nos três momentos da pesquisa Vitória, 2012/2013 ($n=41$).

Escore	Medianas			p-valor Wilcoxon		
	Momento 1	Momento 2	Momento 3	M1 x M2	M1 x M3	M2 x M3
Funcionamento Físico	100.0	60.0	86.7	0.001	0.004	0.001
Limitações funcionais	100.0	33.3	66.7	0.001	0.001	0.004
Falta de Ar	0.0	100.0	0.0	0.001	0.002	0.001
Dor	0.0	0.0	0.0	0.687	0.696	0.755
Fadiga	11.1	11.1	44.4	0.185	0.001	0.001
Insônia	33.3	33.3	33.3	0.902	0.341	0.316
Falta de apetite	0.0	0.0	33.3	0.684	0.002	0.008
Náusea e vômito	0.0	0.0	33.3	0.680	0.001	0.001
Constipação	0.0	0.0	0.0	0.202	0.604	0.103
Diarreia	0.0	0.0	0.0	0.340	0.380	0.050
Funcionamento cognitivo	83.3	100.0	100.0	0.002	0.034	0.666
Funcionamento Emocional	58.3	66.7	66.7	0.070	0.258	0.688
Funcionamento Social	83.3	50.0	50.0	0.001	0.003	0.644
Dificuldade Financeira	0.0	33.3	66.7	0.001	0.001	0.122
Estado Global de Saúde	75.0	66.7	66.7	0.619	0.767	0.951
Efeitos da quimioterapia	4.8	0.0	38.1	0.008	0.001	0.001
Preocupações com a queda de cabelo	0.0	0.0	33.3	X	0.317	X
Imagem corporal	100.0	83.3	66.7	0.008	0.001	0.010
Perspectivas futuras	0.0	0.0	0.0	0.039	0.205	0.463
Funcionamento sexual	16.7	16.7	16.7	0.182	0.194	0.942
Prazer sexual	66.7	66.7	33.3	0.317	0.148	0.102
Sintomas no braço	0.0	22.2	11.1	0.003	0.191	0.079
Sintomas na mama	8.3	16.7	8.3	0.288	0.099	0.001

X: o teste não pode ser calculado.

Pode-se observar que na dimensão Preocupações com a queda de cabelo não foi possível aplicar o teste, pois o número de mulheres respondentes é menor, isso ocorreu porque para a questão Preocupações com a queda de cabelo ser respondida a mulher precisava responder positivamente a questão sobre a

ocorrência da queda de cabelo (inserida na dimensão Efeitos da quimioterapia), assim se a mulher responde negativamente sobre a ocorrência da queda de cabelo a mesma não responde a questão sobre preocupação com a queda de cabelo.

Figura 1 – Representação gráfica Box Plots das diferenças entre o pré-operatório (momentos 1), pós operatório (momento 2) e quimioterapia (momento 3) para os escores estatisticamente significativos. Vitória, 2012/2013 (Continua).

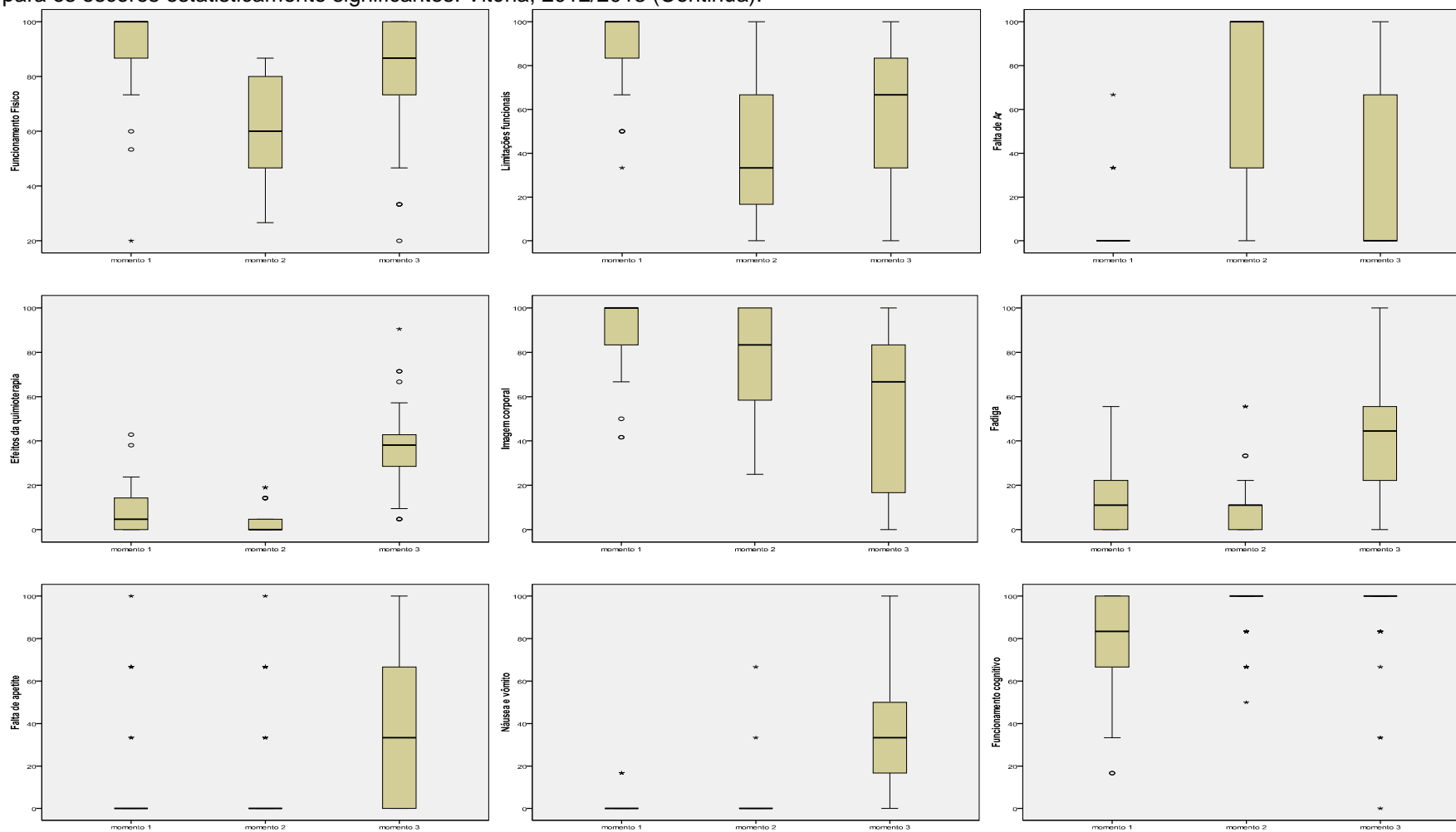
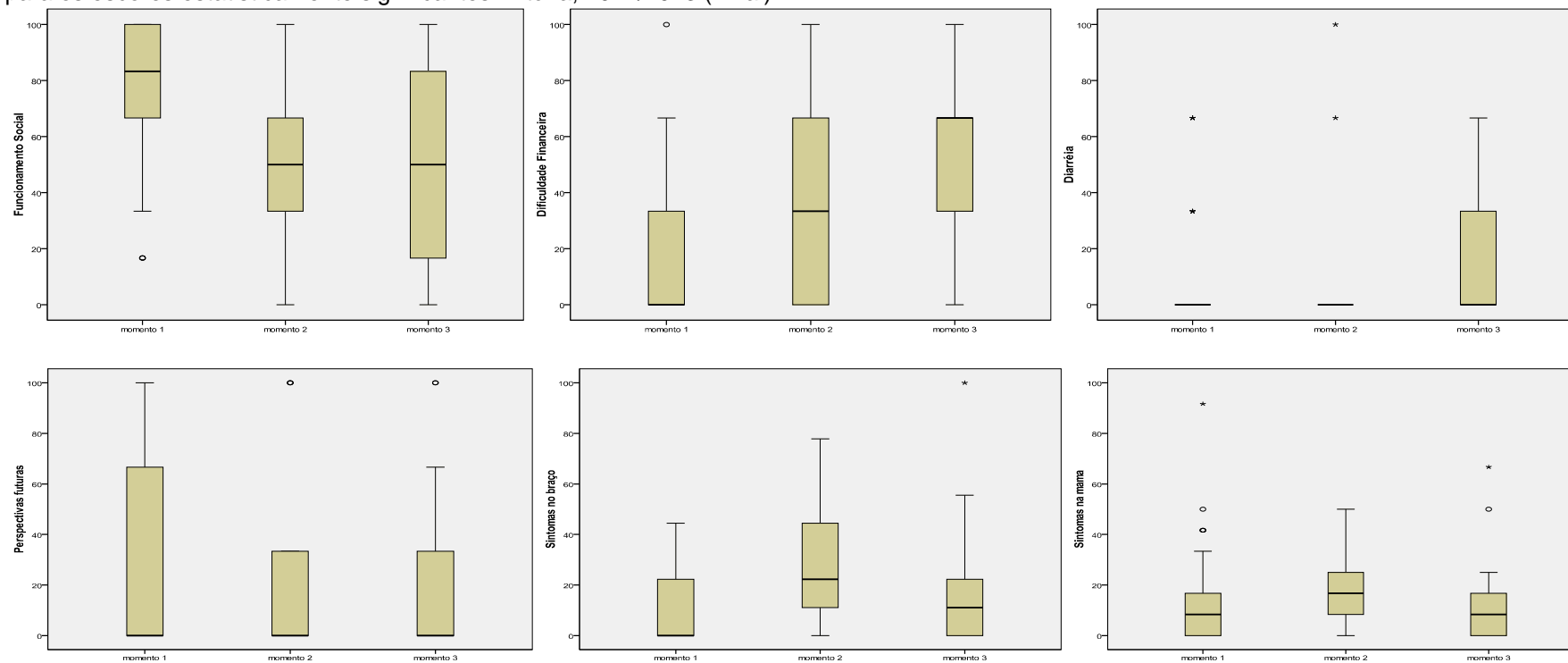


Figura 1 – Representação gráfica Box Plots das diferenças entre o pré-operatório (momentos 1), pós operatório (momento 2) e quimioterapia (momento 3) para os escores estatisticamente significantes. Vitória, 2012/2013 (Final)



A Figura 1 apresenta graficamente as dimensões significativas nos resultados dos três momentos da pesquisa: Funcionamento Físico; Limitações Funcionais; Falta de Ar; Efeitos da quimioterapia; Imagem Corporal. As dimensões apresentaram-se estatisticamente significantes nos resultados de dois momentos da pesquisa: Fadiga; Falta de Apetite; Náusea e Vômito; Funcionamento Cognitivo; Funcionamento Social; Dificuldade Financeira. As dimensões que apresentaram-se estatisticamente significantes somente em um momento da pesquisa: Diarreia; Perspectivas Futuras; Sintomas no Braço; Sintomas na Mama.

4.2.5 – Discussão

Entre os fatores de risco identificados para o desenvolvimento do câncer de mama, a idade constitui-se um dos mais evidentes visto que a incidência de câncer de mama aumenta com a idade, sendo que menos de 1% de todos os cânceres de mama ocorrem em idade inferior a 25 anos, cerca de 50% ocorrem em mulheres entre 50 e 64 anos e 30% ocorrem em mulheres acima dos 70 anos. A faixa etária mais elevada além de apresentar as maiores incidências de casos de câncer de mama apresentam também as maiores taxas de mortalidade sendo que o câncer de mama ainda representa a causa mais frequente de mortes em mulheres entre 35 e 55 anos^{1,10}.

Além da idade, fatores como baixa escolaridade e condição socioeconômica constituem-se fatores de risco visto que entre mulheres com essas características possuem carência de informações e acesso restrito às novas terapêuticas, assim entre elas a prática da prevenção secundária é pouco frequente, inclusive nas nações mais ricas^{11,12}.

O Funcionamento físico das pacientes sofre alteração no pós-operatório visto que para reabilitação cirúrgica é necessário que a mesma não realize esforços com o braço. Existe ainda a possibilidade da mulher, por medo do rompimento dos pontos cirúrgicos, permanecer durante todo o período pós-operatório com o braço homolateral à cirurgia imobilizado, o que também justifica a alteração na dimensão Sintomas no Braço. Com o tratamento quimioterápico o Funcionamento físico das

pacientes permanece alterado, mas agora seu comprometimento é justificado pelas alterações sistêmicas causadas pela quimioterapia.

Alterações no Funcionamento físico e os Sintomas no Braço desenvolvidos pelas pacientes ocasionam Limitações Funcionais e uma diminuição da capacidade de desenvolver as suas atividades de vida diária e laborais tanto no pós-operatório como durante o tratamento quimioterápico.

Estudos afirmam que entre os efeitos físicos da quimioterapia, a fadiga é o sintoma mais referido e maior responsável de estresse para as pacientes. A fadiga é definida como uma persistente e subjetiva sensação de cansaço, relacionado à doença ou ao seu tratamento, que interfere no desempenho das atividades^{13,14}. No presente estudo as entrevistadas apresentaram alteração na dimensão Falta de Ar este é um dos sinais caracterizadores da fadiga¹³. Outros Efeitos da Quimioterapia são Falta de Appetite, Diarreia, Náusea e vômito dimensões estas que também se apresentaram estatisticamente significantes quando relacionados os momentos pré e pós-cirúrgico com a quimioterapia (M1xM3; M2xM3). Com o tratamento quimioterápico o estado nutricional do indivíduo fica debilitado e piora com os sintomas de náuseas e vômitos causados pelos quimioterápicos ocasionando fadiga, redução da massa muscular e o aumento da suscetibilidade a infecções podendo ser fatal^{15,16}.

A piora das dimensões Funcionamento Cognitivo e Perspectivas Futuras está associada ao nível de estresse presente no momento pré-cirúrgico visto que no momento pós-cirúrgico as pacientes relatam ter maior dificuldade de se concentrar, de lembrar-se das coisas e ainda maior preocupação com seu estado de saúde futuro.

Diante das diferentes etapas do tratamento oncológico a paciente sofre alterações na sua Imagem Corporal seja ela pela remoção cirúrgica da mama ou pelas alterações causadas pela quimioterapia tais como mucosite, pigmentação de unhas e pele, e ainda a tão temida alopecia². As alterações na percepção da autoimagem, as limitações físicas e funcionais e ainda os efeitos colaterais da quimioterapia interferem ainda no Funcionamento Social da mulher em tratamento do câncer de mama que muitas vezes opta por permanecer em casa para evitar o olhar curioso

dos vizinhos ou o olhar de pena de estranhos. O isolamento social é uma das estratégias utilizadas pelas mulheres mastectomizadas para minimizar seu constrangimento em espaços públicos^{17,18}.

Após o primeiro momento da pesquisa as pacientes apresentaram alteração na dimensão Dificuldade Financeira, esta dimensão é composta por uma questão que avalia o impacto do tratamento na vida financeira da paciente. Esse impacto pode estar relacionada a necessidade de aumentar a frequência das consultas no hospital, seja para retirada do dreno ou pontos cirúrgicos, exames ou consultas para determinar a conduta clínica do tratamento, exigindo assim um maior gasto com o traslado da paciente. Há ainda o gasto com medicamentos analgésicos, antieméticos ou anti-inflamatórios.

A dimensão Sintomas na Mama apresentou-se estatisticamente significativa quando comparadas as respostas do momento pós-cirúrgico com as da quimioterapia. Esta dimensão é composta por questões que avaliam a presença de inchaço, dor, sensibilidade na mama e alterações na pele tais como vermelhidão, prurido ou descamação. Com a remoção cirúrgica da mama a mulher volta toda a sua atenção para o local podendo assim estar mais atenta a qualquer mudança existente na área. Sabe-se que a quimioterapia atua nas células de multiplicação rápida como as da pele podendo causar descamações e aumentar a sensibilidade na região cirúrgica¹⁹.

4.2.6 – Conclusão

As diferentes etapas do tratamento da mulher com diagnóstico de câncer de mama – diagnóstico, cirurgia e quimioterapia, interferem em diferentes dimensões da vida da mesma, impactando sua Qualidade de Vida.

Ações estratégicas na Saúde Coletiva são necessárias para que os impactos negativos na QV sejam minimizados oferecendo às pacientes oncológicas melhor assistência.

Faz-se necessário o desenvolvimento de mais pesquisas que avaliem a Qualidade de Vida de mulheres com câncer de Mama submetidas ao tratamento quimioterápico para ampla discussão do tema.

4.2.7 – Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Controle de Câncer de Mama. Documento de Consenso. Rio de Janeiro: INCA, 2004.
2. Hespanhol FL, Tinoco EMB, Teixeira HGC, Falabella MEV, Assis NMSP. Manifestações bucais em pacientes submetidos à quimioterapia. Ciênc Saúde Coletiva 2010; 15(1): 1085-94.
3. Brasil. Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Regulação, Avaliação e Controle/Coordenação Geral de Sistemas de Informação. Manual De Bases Técnicas Da Oncologia. 2011.
4. Associação Brasileira de Portadores de Câncer. Construindo uma Rede de Controle do Câncer de Mama em Santa Catarina – Advocacy. 2012.
5. Leal CMS. Reavaliar o conceito de qualidade de vida. [Internet]. 2008 [citado 2013 jan 28]. Disponível em: <http://www.porto.ucp.pt/lusobrasileiro/actas/Carla%20Leal.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2013.
6. Pais-Ribeiro J, Pinto C, Santos C. Validation study of the portuguese version of the QLC-C30-V.3. Psic Saúde & Doenças [online] 2008; 9(1): 89-102.
7. European Organization for Research and Treatment of Cancer, 2004 EORTC Quality of Life Study Group. QLQ-C30: Scoring manual. Bruxelas: 2004.
8. Makluf ASD, Dias RC, Barra AA. Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer da mama. Rev Bras Cancerol 2006; 52(1): 49-58.
9. Brasil. Critério de Classificação econômica do Brasil. ABEP, ABIPEME [Internet]. 2008 [citado 2012 ago 19]. Disponível em: http://www.abep.org/codigosguias/critério_Brasil_2008r.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação Geral de

Ações Estratégicas, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: Inca, 2011. 118p.

11. Kamangar F, Dores GM, Anderson WF. Patterns of cancer incidence, mortality and prevalence across five continents: defining priorities to reduce cancer disparities in different geographic regions of the world. *J Clin Oncol* 2006; 24: 2137-50.

12. Peres RS, Santos MA. Câncer de mama, pobreza e saúde mental: resposta emocional à doença em mulheres de camadas populares. *Rev Latino-Am Enfermagem* [online]. 2007; 15: 786-91.

13. Menezes MFB, Camargo TC. A fadiga relacionada ao câncer como temática na enfermagem oncológica. *Rev Latino-Am Enfermagem* [online]. 2006; 14(3): 442-7.

14. Silva CB, Albuquerque V, Leite J. Qualidade de vida em pacientes portadoras de neoplasia mamária submetidas a tratamentos quimioterápicos. *Rev Bras Cancerologia* 2010; 56(2): 227-36.

15. WU TC. Estudo prospectivo do valor da acupuntura no controle da náusea e vômito em pacientes de câncer de mama submetidos à quimioterapia adjuvante. São Paulo. Tese [Doutorado em Ciências] – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2007.

16. Fernandes MH, Graziani SR. Acupuntura na prevenção da náusea e do vômito decorrentes do tratamento da quimioterapia antineoplásica. *Revista PIBIC, Osasco*, 2006; 3(2): 49-58.

17. Bergamasco R B, Angelo M. O sofrimento de descobrir-se com câncer de mama: como o diagnóstico é experienciado pela mulher. *Rev Bras Cancerologia* 2001; 47(3): 277-82.

18. Araujo IMA, Fernandes AFC. O significado do diagnóstico do câncer de mama para a mulher. *Esc Anna Nery* [online]. 2008; 12(4): 664-71.

19. Pereira SG, Rosenhein DP, Bulhosa MS, et al. Vivências de cuidados da mulher mastectomizada: uma pesquisa bibliográfica. *Rev Bras Enferm* 2006; 59(6): 791-95.

5 – CONCLUSÃO DO ESTUDO

Conclui-se com o presente estudo que a Qualidade de Vida de Mulheres com câncer de mama é impactada com o processo cirúrgico e também com o tratamento quimioterápico.

Detectou-se uma limitação na quantidade de artigos que comparasse a qualidade de vida da mulher com câncer de mama em tratamento quimioterápico em que a Qualidade de Vida fosse avaliada anteriormente ao início do tratamento.

Assim, este estudo é de grande relevância para a Saúde Coletiva, pois apresenta um olhar mais amplo das variações da Qualidade de Vida durante os tratamentos, mas com o referencial anterior ao início dos mesmos.

6 – REFERÊNCIAS DO ESTUDO

ABREU, E; KOIFMAN, S. Fatores prognósticos no câncer da mama feminina. **Rev. Bras. Cancerologia**, v.48, n. 1, p. 113-131, 2002.

AMARAL, A. V. et al. Qualidade de vida em mulheres mastectomizadas: as marcas de uma nova identidade impressa no corpo. **Psicologia Hospitalar**, (São Paulo) [online]. v. 7, n. 2, p. 36-54, 2009.

BERVIAN, P; PERLINI, M. A família (con)vivendo com a mulher/mãe após mastectomia. **Rev. Bras. Cancerologia**,v. 52, n. 2, p. 121-128, 2006.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. **Documento do consenso do controle do câncer de mama**, 2004. Disponível em: <<http://inca.gov.br/publicacoes/ConsensoIntegra.pdf>>. Acesso em: 5 de Out. 2011.

_____. Instituto Nacional Do Câncer. Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. **3. ed. rev. atual. ampl. Rio de Janeiro: INCA**, 2008a.

_____. **Critério de Classificação econômica do Brasil**. ABEP, ABIPEME. 2008b. Disponível em: <www.abep.org/codigosguias/critério_Brasil_2008r>. Acesso em: 19 ago. 2012.

_____. Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama. **Documento de Posição da Femama para o diagnóstico precoce do câncer de mama**. Femama, 2010.

_____. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2011a.

_____. Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Regulação, Avaliação e Controle/Coordenação Geral de Sistemas de Informação. **Manual De Bases Técnicas Da Oncologia**. 2011b.

CAMPOS, E. F. **Estresse E Ler/Dort No Trabalho**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Administração). Universidade Estadual Do Goiás. Goiânia, 2009.

- COSTA NETO, S. B. **Qualidade de vida dos portadores de neoplasia de cabeça e de pescoço**: o bem-estar, o bem-ser, o bem-ter e o bem-viver. Tese (Doutorado em Psicologia). Universidade de Brasília. Brasília, 2002.
- DUARTE, T. P.; ANDRADE, A. N. Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade. **Estudos em Psicologia**, v. 8, n. 1, p. 155-163, 2003.
- EUROPEAN ORGANIZATION FOR RESEARCH AND TREATMENT OF CANCER. Quality of Life Study Group. **QLQ-C30: Scoring manual**. Bruxelas: EORTC, 2004.
- GLOBAL DEVELOPMENT RESEARCH CENTER. **Notes on “Quality of Life”. The Global Development Research Center. 2002.** Disponível em <www.gdrc.org/uem/qol-define.html> . Acesso em: 1 fev. 2013.
- GEBRIM, L. H.; QUADROS, L.G.A. Rastreamento do câncer de mama no Brasil. **Rev. Bras. Ginecologia Obstetrícia** [online]. v.28, n. 6, p. 319-323, 2006.
- GOMES, R.; SKABA, M. M. V. F.; VIEIRA, R. J. S. Reinventando a vida: proposta para uma abordagem sócio-antropológica do câncer de mama feminina. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, n. 1, p. 197-204, 2002.
- HESPANHOL, F. L.; et al. Manifestações bucais em pacientes submetidos à quimioterapia. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 1085-94, 2010.
- HUGUET, P. R., et al.. Qualidade de vida e sexualidade de mulheres tratadas de câncer de mama. **Rev. Bras. Ginecologia e Obstetrícia**, v. 31, n. 2, p. 61-7, 2009.
- JEMAL, D. V. M. et al. Global cancer statistics. **CA: A Cancer Journal for Clinicians**, v. 61, p. 69–90, 2011.
- JORGE, L. L. R.; SILVA, S. R. Evaluation of the Quality of Life of Gynecological Cancer Patients Submitted to Antineoplastic Chemotherapy. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online]. v.18, n.5, p. 849-855, 2010.
- LEAL, C. M. S. **Reavaliar o conceito de qualidade de vida**. Disponível em: <<http://www.porto.ucp.pt/lusobrasileiro/actas/Carla%20Leal.pdf>>. Acesso em: 28 jan. 2013.

- MAKLUF, A. S. D.; DIAS, R. C.; BARRA, A. A. A avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer de mama. **Rev. Bras. Cancerologia**, v. 52, n. 1, p. 49-58, 2006.
- MCWAYNE J, HEINEY S. P. Psychologic and social sequelae of secondary lymphedema. **Cancer**, v. 104, n. 3, p. 457-466, 2005.
- MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, 2000.
- MONTEIRO, C. M; BENATTI, M. C. C; RODRIGUES, R. C. M. Acidente do trabalho e qualidade de vida relacionada à saúde: um estudo em três hospitais. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online]. 2009, vol.17, n.1, p. 101-107.
- NICOLUSSI, A. C.; SAWADA, N. O. Qualidade de vida de pacientes com câncer de mama em terapia adjuvante. **Rev. Gaúcha Enferm.** [online]. v. 32, n.4, p. 759-766, 2011.
- OLIVEIRA, R. R.; MORAIS, S. S. SARIAN, L. O. Efeitos da reconstrução mamária imediata sobre a qualidade de vida de mulheres mastectomizadas. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** [online].v.32, n.12, p. 602-608, 2010.
- PAIS-RIBEIRO, J.; PINTO, C.; SANTOS, C.. Validation study of the portuguese version of the QLC-C30-V.3. **Psic. Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 9, n. 1, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862008000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 24 jan. 2013.
- PEREIRA, S. G. et al. Vivências de cuidados da mulher mastectomizada: uma pesquisa bibliográfica. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 59, n. 6, p. 791-795, 2006.
- SANCHEZ-PEDRAZA, R.; BALLESTEROS, M. P.; ANZOLA, J. D. Concepto de calidad de vida en mujeres con cáncer. **Rev. Salud Pública** [online]. v. 12, n. 6, p. 889-902, 2010.
- SCLOWITZ, M. L. et al. Condutas na prevenção secundária do câncer de mama e fatores associados. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, p. 340-349, 2005.
- SILVA, C. B.; ALBUQUERQUE, V.; LEITE, J. Qualidade de vida em pacientes portadoras de neoplasia mamária submetidas a tratamentos quimioterápicos. **Rev. Bras. Cancerologia**, v. 56, n. 2, p. 227-233, 2010.

SILVA, G.; SANTOS, M. A. Stressors in Breast Cancer Post-Treatment: a Qualitative Approach. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online]. v.18, n.4, p. 688-695, 2010.

SILVA, P.F. **Perfil de mulheres com câncer de mama atendidas em Vitória - ES** : Influência das variáveis sociodemográficas com o estadiamento clínico do tumor antes do tratamento. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2009.

SILVEIRA, J. Z. M. **Qualidade de vida e sequelas de acidentes de trânsito**. 2011. Dissertação de Mestrado. Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Soc. Sci. Med.** v. 41, p. 1403-10, 1995.

VEIGA, D. F.; CAMPOS, F. S. M.; RIBEIRO, L. M.; et al. Mastectomy versus conservative surgical treatment: the impact on the quality of life of women with breast cancer. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** [online]. v.10, n.1, p. 51-57, 2010.

VERDE, S. M. M. L.; SAO PEDRO, B. M.; MOURAO NETTO, M; ET. al. Aversão alimentar adquirida e qualidade de vida em mulheres com neoplasia mamária. **Rev. Nutr.** [online]. v.22, n.6, p. 795-807, 2009.

ZAPATA, C. S.; ROMERO, H. G. Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama en Antioquia, Colombia. **Rev Panam Salud Publica** [online]. v. 28, n.1, p. 9-18, 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro para registro das informações das participantes

Data: _____

NOME: _____

IDADE - Qual é a sua data de nascimento? ____/____/____ (Dia/ Mês/ Ano)

LOCAL DE RESIDÊNCIA

1 Zona Urbana 2 Zona Rural Município _____

ESTADO CIVIL - Qual é o seu estado civil atual?

1 Solteira 2 Casada / União Estável 3 Separada 4 Viúva

ETNIA - A senhora considera que sua cor ou raça é :

1 Branca 2 Negra 3 Amarela 4 Parda 5 Indígena

IMC - Qual é o seu peso atual? _____ Qual é a sua altura? _____

Valor do IMC = Peso (Kg) / (Altura x Altura (m)): _____

ESCOLARIDADE - A senhora sabe ler e escrever? 1 S 2 Nã

Estudou até que série? ão freqüentou a escola

Escolaridade	Situação
Analfabeto ou até a terceira série do ensino fundamental	
Quarta série do ensino fundamental completa ou até a oitava série incompleta	
Fundamental completo	
Ensino médio completo	
Ensino superior completo	

CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS E DE TRABALHO

A senhora tem ou teve algum trabalho neste último ano? 1 Sim 2 Não

Qual é ou era o trabalho que a senhora exercia? _____

1 Funcionária 2 Dona de casa 3 Autônoma/
conta-própria 4 Empregadora 5 Outro

A senhora possui os bens de consumo abaixo relacionado?

Bens de consumo (assinalar com X)							
Bens	Não	Quantidade					
		1	2	3	4	5	6
Televisor em cores	0						
Vídeo cassete e/ou DVD	0						
Rádio	0						
Banheiro	0						
Automóvel	0						
Empregada mensalista	0						
Máquina de lavar roupa	0						
Geladeira	0						
Freezer (aparelho independente ou parte de geladeira duplex)	0						

Fonte: ABA/ABIPEME

Qual o grau de instrução do(a) chefe da família?

INSTRUÇÃO (assinalar com X)	
Analfabeto / Primário incompleto	
Primário Completo / Ginásial Incompleto	
Ginásial Completo / Colegial Incompleto	
Colegial Completo / Superior Incompleto	
Superior Completo	

Fonte: ABA/ABIPEME

Qual é a sua renda familiar atual (renda de toda a família junta)?

- | | | | |
|---|---|--|---|
| 1 <input type="checkbox"/> Até 1 salário
mínimo | 2 <input type="checkbox"/> De 1 a 2
salários mínimos | 3 <input type="checkbox"/> De 2 a 3
salários mínimos | 4 <input type="checkbox"/> De 3 a 4 salários
mínimos |
| 5 <input type="checkbox"/> De 4 a 5
salários mínimos | 6 <input type="checkbox"/> De 5 a 6
salários mínimos | 7 <input type="checkbox"/> Mais de 6
salários mínimos | Valor do salário
mínimo
R\$ _____ |

Quantas pessoas vivem desta renda?

INFORMAÇÕES GERAIS DE SAÚDE

A senhora possui escova de dente de uso individual na sua residência? _____

A senhora utiliza o dentífrício (pasta) nas suas escovações? _____

A senhora faz uso de algum produto para bochecho diariamente? _____

Se sim, qual? _____

A senhora realiza alguma atividade física com frequência (caminhadas / exercícios / prática de esportes, etc.)? Quantas vezes por semana?

- | | | |
|--|---|--|
| 1 <input type="checkbox"/> Nenhuma atividade
física | 2 <input type="checkbox"/> 1 ou 2 vezes por
semana | 3 <input type="checkbox"/> 3 ou mais vezes por
semana |
|--|---|--|

Quanto tempo a senhora gasta, geralmente, para realizar esta atividade física? _____

A senhora consome bebida alcoólica? Se sim, com que frequência?

- | | | | |
|----------------------------------|--|---|--|
| 1 <input type="checkbox"/> Nunca | 2 <input type="checkbox"/> Raramente ou
socialmente | 3 <input type="checkbox"/> Nos finais de semana | 4 <input type="checkbox"/> Diariamente |
|----------------------------------|--|---|--|

A senhora já fumou ou ainda fuma?

- | | | |
|--|---------------------------------------|--|
| 1 <input type="checkbox"/> Não fumante | 2 <input type="checkbox"/> Ex-fumante | 3 <input type="checkbox"/> Fumante atual |
|--|---------------------------------------|--|

Se sim, quantos cigarros a senhora fumava / fuma por dia? _____

Por quanto tempo a senhora fumou / há quanto tempo a senhora fuma? _____

Há quanto tempo parou de fumar _____

COMORBIDADES

A senhora tem alguma desses problemas de saúde?

- a. Hipertensão / Pressão alta 1 Sim 2 Não
- b. Diabetes 1 Sim 2 Não
- c. Doença do coração / cardiovascular 1 Sim 2 Não

Apresenta algum outro problema de saúde? _____

A senhora toma alguma medicação ou faz tratamento para alguma destas doenças?

- a. Hipertensão / Pressão alta 1 Sim 2 Não
- b. Diabetes 1 Sim 2 Não
- c. Doença do coração / cardiovascular 1 Sim 2 Não

A senhora toma alguma outra medicação? Se sim, qual? _____

Para quê? _____

Com que frequência toma essa medicação? _____

REDE SOCIAL E RELACIONAMENTOS

Com quantas pessoas a senhora mora? _____

A senhora tem ou teve filhos? 1 Sim 2 Não

Se sim, quantos filhos a senhora tem ou teve? _____

Como a senhora considera a sua relação com os seus filhos?

1 Muito boa 2 Boa 3 Regular 4 Ruim 5 Muito ruim

A senhora tem um parceiro, um companheiro afetivo atualmente? 1 Sim Não

Como a senhora considera a sua relação com o seu companheiro?

1 Muito boa 2 Boa 3 Regular 4 Ruim 5 Muito ruim

CRENÇAS ESPIRITUAIS

Atualmente a senhora tem crenças religiosas ou espirituais que lhe ajudam em sua vida, na atualidade? 1 Sim 2 Não

CONDIÇÃO DE SAÚDE

Quando teve seu diagnóstico de câncer de mama? _____

Qual estadiamento? 1 I 2 II 3 III 4 IV

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____, estou sendo convidada a participar, como voluntária, de uma pesquisa. Após ser esclarecida sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assinarei no final deste documento, que está em duas vias: uma delas será minha e a outra será da pesquisadora responsável.

1-OBJETIVO DA PESQUISA

Avaliar e descrever a qualidade de vida de mulheres mastectomizadas matriculadas em um programa de reabilitação.

2-DURAÇÃO E LOCAL DA PESQUISA

Minha participação nessa pesquisa acontecerá no Hospital Santa Rita de Cássia, onde participarei em três momentos respondendo a dois questionários (roteiro) por meio de uma entrevista. O tempo necessário é estimado em torno de 15 minutos.

3-RISCOS E DESCONFORTOS

Fui esclarecido de que não há riscos existentes no preenchimento dos questionários.

4-BENEFÍCIOS

Fui esclarecido de que não receberei nenhum benefício direto. Como benefício indireto a possibilidade de uma maior conscientização dos profissionais de saúde sobre o impacto na qualidade de vida das mulheres mastectomizadas em tratamento do CA de mama.

5-GARANTIA DE SIGILO DE IDENTIDADE

Serei identificado por um número de participação, que será conhecido apenas pelas pesquisadoras. Nenhum resultado será reportado com identificação pessoal. Todos os cuidados serão tomados para a manutenção da identidade da participante. Caso a pesquisa seja publicada o meu nome não será divulgado.

6-RESSARCIMENTO FINANCEIRO

É do meu conhecimento que nenhuma ajuda financeira será concedida pela participação no estudo.

7-DIREITO DE RECUSA EM PARTICIPAR DA PESQUISA

Fui informada que posso abandonar a pesquisa e isto não acarretará em nenhum tipo de penalidade ou prejuízo.

8-ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS

Em caso de quaisquer dúvidas referentes à pesquisa, poderei contatar as responsáveis: Maria Helena da Costa Amorim, (mhcamorim@yahoo.com.br - (27) 3335-7287) e Larissa Rodrigues Dell'Antonio – (larissadellantonio@hotmail.com - (27) 9798-6070). Na dificuldade de encontrar as pesquisadoras, poderei procurar através do site do Comitê de Ética em Pesquisa – www.ccs.ufes.br/cep ou Tel: 3335-7211.

Declaro que entendo todos os termos acima expostos, como também, os meus direitos, e voluntariamente aceito participar deste estudo.

Vitória, _____ de _____ de 2012 .

Pesquisadora

Participante da pesquisa

Apêndice C - Tabela teste de Wilcoxon na íntegra

Tabela 5 – Teste de Wilcoxon aplicado aos escores das dimensões dos instrumentos EORTC QLQ-C30 e BR-23 comparando o pré-operatório (M1), o pós-operatório (M2) e a quimioterapia (M3), das mulheres com Diagnóstico de Câncer de Mama. Vitória, 2012

Escore	p-valor Wilcoxon		
	M1 x M2	M1 x M3	M2 x M3
Funcionamento Físico	0,001	0,004	0,001
Limitações funcionais	0,001	0,001	0,004
Falta de Ar	0,001	0,002	0,001
Dor	0,687	0,696	0,755
Fadiga	0,185	0,001	0,001
Insônia	0,902	0,341	0,316
Falta de apetite	0,684	0,002	0,008
Náusea e vômito	0,680	0,001	0,001
Constipação	0,202	0,604	0,103
Diarréia	0,340	0,380	0,050
Funcionamento cognitivo	0,002	0,034	0,666
Funcionamento Emocional	0,070	0,258	0,688
Funcionamento Social	0,001	0,003	0,644
Dificuldade Financeira	0,001	0,001	0,122
Estado Global de Saúde	0,619	0,767	0,951
Efeitos da quimioterapia	0,008	0,001	0,001
Preocupações com a queda de cabelo	A	0,317	A
Imagem corporal	0,008	0,001	0,010
Perspectivas futuras	0,039	0,205	0,463
Funcionamento sexual	0,182	0,194	0,942
Prazer sexual	0,317	0,148	0,102
Sintomas no braço	0,003	0,191	0,079
Sintomas na mama	0,288	0,099	0,001

■ 3 comparações estatisticamente significantes ■ 2 comparações estatisticamente significantes ■ 1 comparação estatisticamente significante

ANEXOS

ANEXO A – EORTC QLQ-C30

PORTUGUESE



EORTC QLQ-C30 (version 3)

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

Escreva as iniciais do seu nome:

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

A data de nascimento (dia, mês, ano):

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

A data de hoje (dia, mês, ano):

31

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

	Não	Um pouco	Bastante	Muito
1. Custa-lhe fazer esforços mais violentos, por exemplo, carregar um saco de compras pesado ou uma mala?	1	2	3	4
2. Custa-lhe percorrer uma <u>grande</u> distância a pé?	1	2	3	4
3. Custa-lhe dar um <u>pequeno</u> passeio a pé, fora de casa?	1	2	3	4
4. Precisa de ficar na cama ou numa cadeira durante o dia?	1	2	3	4
5. Precisa que o/a ajudem a comer, a vestir-se, a lavar-se ou a ir à casa de banho?	1	2	3	4

Durante a última semana :

	Não	Um pouco	Bastante	Muito
6. Sentiu-se limitado/a no seu emprego ou no desempenho das suas actividades diárias?	1	2	3	4
7. Sentiu-se limitado/a na ocupação habitual dos seus tempos livres ou noutras actividades de lazer?	1	2	3	4
8. Teve falta de ar?	1	2	3	4
9. Teve dores?	1	2	3	4
10. Precisou de descansar?	1	2	3	4
11. Teve dificuldade em dormir?	1	2	3	4
12. Sentiu-se fraco/a?	1	2	3	4
13. Teve falta de apetite?	1	2	3	4
14. Teve enjoos?	1	2	3	4
15. Vomitou?	1	2	3	4

Por favor, passe à página seguinte

ANEXO B – EORTC QLQ-BR23



EORTC QLQ - BR23

Às vezes os doentes relatam que tem os seguintes sintomas ou problemas. Por favor, indique em que medida sentiu estes sintomas ou problemas durante a semana passada.

Durante a semana passada:	Não	Um pouco	Bas- tante	Muito
31. Sentiu secura na boca?	1	2	3	4
32. A comida e a bebida souberam-lhe de forma diferente da habitual?	1	2	3	4
33. Os olhos doeram-lhe, picaram ou choraram?	1	2	3	4
34. Caiu-lhe algum cabelo?	1	2	3	4
35. Só responda a esta pergunta se teve quedas de cabelo: Ficou preocupada com as quedas de cabelo?	1	2	3	4
36. Sentiu-se doente ou indisposta?	1	2	3	4
37. Teve afrontamentos?	1	2	3	4
38. Teve dores de cabeça?	1	2	3	4
39. Sentiu-se menos atraente fisicamente devido à doença e ao tratamento ?	1	2	3	4
40. Sentiu-se menos feminina por causa da doença e do tratamento?	1	2	3	4
41. Teve dificuldade em olhar para o seu corpo, nua?	1	2	3	4
42. Sentiu-se pouco satisfeita com o seu corpo?	1	2	3	4
43. Preocupou-se com o seu estado de saúde no futuro?	1	2	3	4
Durante as últimas quatro semanas:	Não	Um pouco	Bas- tante	Muito
44. Até que ponto sentiu desejo sexual?	1	2	3	4
45. Até que ponto esteve sexualmente activa? (com ou sem relações sexuais)	1	2	3	4
46. Só responda a esta pergunta se esteve sexualmente activa: Até que ponto as relações sexuais deram lhe prazer?	1	2	3	4

Por favor, passe para a página seguinte

Durante a última semana:

	Não	Um pouco	Bas- tante	Muito
47. Teve dores no braço ou no ombro?	1	2	3	4
48. Teve o braço ou a mão inchados?	1	2	3	4
49. Teve dificuldade em levantar o braço ou fazer movimentos laterais com ele?	1	2	3	4
50. Sentiu dores na área da mama afectada?	1	2	3	4
51. A área da mama afectada inchou?	1	2	3	4
52. Sentiu a área da mama afectada muito sensível?	1	2	3	4
53. Teve problemas de pele na área ou à volta da área da mama afectada? (por exemplo, comichão, pele seca, pele a escamar)	1	2	3	4

ANEXO C – Aprovação no Hospital Santa Rita de Cássia**DECLARAÇÃO**

Declaramos para os devidos fins que o projeto de pesquisa intitulado: **"Avaliação da Qualidade de Vida de Mulheres com Diagnóstico de Câncer de Mama em um Hospital de Referência em Vitória-ES"**, da mestranda Larissa Rodrigues Dell'Antonio, sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Maria Helena Costa Amorim do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo foi autorizado para ser desenvolvido nesta instituição, no período de Março 2012 a Julho 2012, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

Vitória/ES, 22 de Março de 2012.

Weslene Vargas Moura
Diretora das Unidades Ambulatoriais – AFECC/HSRC

ANEXO D – Aprovação no CEP/UFES

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Centro de Ciências da Saúde/UFES

PROJETO DE PESQUISA

Título: A QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE MAMA EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA EM VITÓRIA, ES.
Área Temática:

Pesquisador: Larissa Rodrigues Dell'Antonio

Versão: 2

Instituição: Centro de Educação da Universidade Federal do Espírito Santo

CAAE: 02152212.8.0000.5060

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 29909

Data da Relatoria: 30/05/2012

Apresentação do Projeto:

- Projeto de mestrado;
- Trata-se de uma coorte prospectiva, onde será realizado o follow up de mulheres com diagnóstico de câncer de mama;
- A pesquisa será realizada com as mulheres integrantes do Programa de Reabilitação de Mulheres Mastectomizadas (PREMMA), do ambulatório Ylza Bianco do Hospital Santa Rita de Cássia da Associação Feminina de Educação e Combate ao Câncer - AFECC, no município de Vitória/ES.

Objetivo da Pesquisa:

- Avaliar a Qualidade de Vida de mulheres mastectomizadas em diferentes momentos do tratamento, pré-operatório, pós-operatório e em quimio ou radioterapia;
- Identificar a relação da Qualidade de Vida com as seguintes variáveis: idade, naturalidade, religião, estado civil, raça/cor, posição que ocupa na família, grau de instrução, ocupação, número de pessoas que moram na residência, tipo de domicílio, procedência, renda pessoal e familiar, problema de saúde crônico, tabagismo, alcoolismo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

- A relação risco/benefício está bem descrita no projeto.
- Riscos: A pesquisa não oferece riscos a suas participantes.
- Benefícios: Os resultados da presente poderão contribuir para capacitação dos profissionais de saúde que participam do tratamento das mulheres mastectomizadas. E assim, poderá conferir a mulheres com Câncer de Mama um melhor atendimento.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa, de um modo geral, está bem descrita e não apresenta implicações éticas aos participantes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- As pesquisadoras apresentam a carta de autorização do responsável pela AFECC.
- O TCLE foi alterado e está de acordo com a resolução 196.

Recomendações:

Todas as pendências foram solucionadas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as pendências foram solucionadas.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VITÓRIA, 31 de Maio de 2012

Assinado por:

Adauto Emmerich Oliveira

