



Qualidade de vida de mulheres com câncer ginecológico e mamário submetidas à quimioterapia

Quality of life of women with gynecologic and breast cancer undergoing chemotherapy

Calidad de vida de mujeres con cáncer ginecológico y de mama sometidas a la quimioterapia

Verônica Aparecida Ferreira¹, Isis do Nascimento Teixeira Silveira¹, Nathália Silva Gomes¹, Mariana Torreglosa Ruiz¹, Sueli Riul da Silva¹

Objetivo: analisar a Qualidade de Vida de mulheres portadoras de câncer ginecológico e de mama, submetidas à quimioterapia antineoplásica há pelo menos um ano após o término do tratamento. **Métodos:** estudo descritivo, transversal, realizado em um Hospital de Clínicas. Utilizou-se questionário de dados sociodemográficos e clínicos e o WHOQOL-*bref*, para análise da qualidade de vida. **Resultados:** foram entrevistadas 30 mulheres com idade média de 52 anos; a maior parte com diagnóstico de câncer de mama e que receberam quimioterapia adjuvante. Quanto à qualidade de vida, os domínios mais comprometidos foram os domínios físico e psicológico, seguido pelo ambiental e social. **Conclusão:** incluir medidas de qualidade de vida na prática clínica parece ser crucial para promover um cuidado integral ao paciente e sua família.

Descritores: Qualidade de Vida; Saúde da Mulher; Neoplasias da Mama; Neoplasias dos Genitais Femininos; Quimioterapia.

Objective: analyzing the quality of life of women with gynecologic and breast cancer, undergoing antineoplastic chemotherapy for at least one year after treatment completion. **Methods:** a descriptive, cross-sectional study conducted in a University Hospital. To analyze quality of life, a sociodemographic and clinical data questionnaire and WHOQOL-*bref* were used. **Results:** 30 women with an average age of 52 years were interviewed; most were diagnosed with breast cancer and received adjuvant chemotherapy. Regarding quality of life, the most negatively affected domains were the physical and psychological domains, followed by environmental and social domains. **Conclusion:** including quality of life measures in clinical practice appears to be crucial in promoting comprehensive care to patients and their families.

Descriptors: Quality of Life; Women's Health; Breast Neoplasms; Genital Neoplasms, Female; Drug Therapy.

Objetivo: analizar la Calidad de Vida de mujeres con cáncer ginecológico y de mama, sometidas a la quimioterapia antineoplásica a por lo menos un año después de la finalización del tratamiento. **Métodos:** estudio descriptivo, transversal, realizado en un hospital de clínicas. Se utilizó cuestionario de datos sociodemográficos y clínicos y el WHOQOL-*bref*, para analizar la calidad de vida. **Resultados:** se entrevistaron 30 mujeres con edad media de 52 años; la mayoría diagnosticada con cáncer de mama y que recibieron quimioterapia adjuvante. Acerca de la calidad de vida, los dominios más afectados fueron los físicos y psicológicos, seguido por el ambiental y social. **Conclusión:** incluir medidas de calidad de vida en la práctica clínica parece ser crucial para promover una atención integral al paciente y su familia.

Descriptorios: Calidad de Vida; Salud de la Mujer; Neoplasias de la Mama; Neoplasias de los Genitales Femeninos; Quimioterapia.

¹Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Uberaba, MG, Brasil.

Autor correspondente: Sueli Riul da Silva
Rua Donaldo Silvestre Cicci, 665. CEP: 38082-166. Uberaba, MG, Brasil. E-mail: sueliriul@terra.com.br

Introdução

Assim como o mundo, o Brasil, tem passado por mudanças, caracterizadas pelo processo de urbanização e de industrialização e pelo aumento da expectativa de vida, o que vêm refletindo no aumento da frequência de doenças crônico-degenerativas na população, dentre elas o câncer. Este é considerado uma questão de saúde pública por sua alta incidência e causa de morte⁽¹⁾.

Câncer ginecológico em específico inclui o conjunto das neoplasias do colo uterino, do ovário, da vagina, da vulva, do corpo uterino, da tuba uterina e também pelos sarcomas uterinos e ainda a neoplasia trofoblástica gestacional⁽²⁾. Ressalta-se que por sua alta incidência e prevalência na população feminina, o câncer de mama também é considerado por muitos, como câncer ginecológico.

De acordo com estatísticas recentes, o câncer de colo do útero, também chamado de cervical, é o terceiro tipo mais frequente entre as mulheres. Para os anos de 2014/2015, são esperados 15.590 casos novos, com um risco estimado de 15,33 casos a cada 100 mil mulheres, variando conforme a região do Brasil⁽¹⁾.

Neoplasia de ovário, apesar de não ser a mais prevalente, possui alta taxa de mortalidade dentre os cânceres ginecológicos associado à localização profunda dos ovários e diagnóstico tardio dos casos⁽³⁻⁴⁾; já o câncer de vagina apresenta estrita relação com a infecção pelo vírus do HPV, assim como os casos de câncer de colo uterino⁽²⁾.

Dentre os cânceres do corpo uterino, o de endométrio é o mais prevalente e por isso o mais estudado e abordado⁽⁵⁾. A neoplasia da tuba uterina apresenta menor prevalência entre todos os cânceres ginecológicos, possui elevada agressividade, sendo sua descoberta, na maioria das vezes tardia, assim como os casos de câncer de ovário, seus fatores de risco ainda são desconhecidos, acarretando muitas vezes em um prognóstico desfavorável⁽²⁾.

Câncer de mama é a neoplasia que mais

acomete mulheres no mundo. As taxas de mortalidade permanecem elevadas, tendo uma estimativa para 2014 de 57.120 casos novos, com um risco estimado de 56,09 casos a cada 100 mil mulheres, variando conforme a região do Brasil⁽¹⁾. Ressalta-se ainda que o principal motivo da alta mortalidade no país está associada ao diagnóstico da doença em estágios avançados⁽⁶⁾. Sabe-se também que o câncer de mama, pode afetar a saúde física e emocional das mulheres⁽⁷⁾, assim como o relacionamento conjugal, levando a problemas emocionais como depressão, ansiedade, insônia e medo, prejudicando sua qualidade de vida⁽⁸⁾. Por se tratar do tipo de neoplasia mais frequente em mulheres, observa-se maior número de publicações sobre o tema, incluindo a questão da qualidade de vida destas mulheres.

No tocante ao tratamento, dentre os diversos tipos utilizados contra o câncer, pode-se citar a quimioterapia, a cirurgia, o transplante de medula, a imunoterapia, a hormonioterapia, as terapias combinadas, entre outros. No que tange especialmente a quimioterapia, este ainda é o mais utilizado, sendo que quanto antes inicia-se o tratamento, tem-se melhor controle da doença, evitando possíveis complicações⁽⁹⁾. É um tratamento em que se utilizam drogas capazes de destruir células neoplásicas, interferindo nas funções celulares, como na sua divisão e lise. Contudo, essas drogas também podem destruir células normais do organismo, causando inúmeros efeitos adversos como náuseas, vômito, diarreia, constipação, mucosite, mielossupressão, neutropenia, plaquetopenia, anemia, entre outros⁽¹⁰⁾.

Destaca-se que o câncer e seus tratamentos afetam diretamente a vida do paciente, pois uma vez descoberta a doença, mudanças ocorrem em seus hábitos e modos de viver, podendo comprometer sua qualidade de vida⁽¹¹⁾. A doença em si e a terapêutica podem acarretar problemas físicos, emocionais, sociais e alterar suas atividades de vida diárias⁽⁶⁾.

Por ser a qualidade de vida, um conceito subjetivo e variável para cada paciente de acordo com suas expectativas e experiências⁽⁶⁾, percebe-se

a importância da capacitação dos enfermeiros na mensuração dos escores de qualidade de vida nesses pacientes, nos diferentes estágios da doença, para que possam promover um melhor conforto e bem-estar, melhorias assistenciais, além de buscar promover uma vida digna diante de uma doença de difícil prognóstico⁽¹¹⁾.

Entretanto, nota-se um cenário pessimista no que se refere a qualidade de vida de pacientes sobreviventes ao câncer, apesar dos avanços no tratamento, aumento do tempo de sobrevida e da gratuidade do tratamento oferecido pelo Sistema Único de Saúde, uma vez que, muitos aspectos da qualidade de vida ainda estão prejudicados mesmo anos após o diagnóstico e tratamento.

De forma que há que se valorizar a importância da qualidade de vida no cuidado às pessoas com câncer para gerar melhorias na assistência, já que são os profissionais da saúde os responsáveis pelas orientações e aconselhamento dos pacientes sobre o que esperar durante o tratamento, na recuperação e anos após⁽¹²⁾.

A problemática que se impõem aqui é relativa à lacuna de conhecimentos a respeito da qualidade de vida de portadoras de câncer ginecológico, após o término do tratamento - momento em que as mulheres deveriam já estar reinseridas em seus meios familiares, tendo voltado a desenvolver suas atividades de vida diária. Além disto, este estudo se justifica, uma vez que reflete a situação da qualidade de vida de mulheres que sobreviveram a experiência do câncer ginecológico e que foram assistidas em um hospital de ensino do município de Uberaba/MG.

Neste contexto, objetivou-se analisar a qualidade de vida de mulheres portadoras de câncer ginecológico e de mama, após o término de tratamento quimioterápico.

Método

Trata-se de estudo descritivo, transversal, realizado mediante visita domiciliar através de

busca ativa das mulheres que possuíam registros de atendimento na Central de Quimioterapia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro e que residiam no município de Uberaba/MG.

Amostra constituída por todas as mulheres portadoras de câncer ginecológico e de mama, maiores de 18 anos, submetidas à quimioterapia antineoplásica na instituição no período de agosto de 2010 a agosto de 2012, após o período mínimo de um ano do término do tratamento e que residiam no município de Uberaba/MG.

Desta forma, constituíram-se critérios de inclusão: ter tido algum tipo de câncer ginecológico ou de mama; idade superior a 18 anos; intervalo do término do tratamento quimioterápico há pelo menos um ano; ter realizado o tratamento na instituição e residir no município de Uberaba/MG. Cita-se como critérios de exclusão: mulheres que apresentaram cânceres em outras localizações; idade inferior a 18 anos; intervalo do término do tratamento inferior a um ano e/ou residir em outros municípios. De modo que atenderam a tais critérios e foram incluídas, 30 mulheres – que representaram também a população deste estudo atendendo aos critérios de inclusão e exclusão.

Coleta de dados realizada em dois momentos: primeiramente realizou-se consulta aos registros de atendimento na Central de Quimioterapia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Posteriormente, foi agendada, através de contato telefônico, visita domiciliar para a realização da entrevista e a aplicação dos instrumentos. O período de coleta de dados estendeu-se de setembro a dezembro de 2013.

Utilizados dois instrumentos para a coleta de dados: questionário de dados sociodemográficos e clínicos, elaborado pelos próprios pesquisadores, e o Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde, o WHOQOL-*brief*⁽¹³⁾. A primeira parte deste instrumento refere-se ao perfil sociodemográfico da participante e a segunda, é composta por 26 questões e foi respondida pela própria

entrevistada, exceto em casos de impossibilidade (analfabetismo, deficiência visual importante, falta de condições clínicas ou outros). As respostas para todas as questões do WHOQOL-*bref* foram obtidas através de uma pontuação que varia de 1 a 5, sendo que os escores mais altos denotam melhor qualidade de vida. O instrumento é constituído por quatro domínios, sendo eles: físico, psicológico, relações sociais e ambientais. O domínio físico é composto por sete questões, sendo que sete representa o escore mínimo e 35 o máximo; para o domínio psicológico que é composto por seis questões, obtém-se um escore mínimo de seis e máximo de 30; três questões avaliam as relações sociais, atingindo pontuação mínima de três e máxima de 15; já quando interrogadas as questões ambientais, pode-se obter oito pontos como mínimo e 40 pontos atinge a pontuação máxima.

Dados compilados foram armazenados em planilha do *Microsoft Excel®*, e posteriormente transportados para o *Statistical Package for Social Science®* versão 17.0. Para análise dos dados relativos ao WHOQOL-*bref* utilizou-se a sintaxe oferecida pelo WHOQOL *Group*. Esta sintaxe considera as respostas de cada questão que compõe cada um dos domínios, que ao final de sua análise podem ser convertidos em uma escala de zero a 100 pontos (escores mínimo e máximo respectivamente).

Para a análise dos demais dados, utilizou-se estatística descritiva (frequência, proporção, medidas de posição e dispersão); utilizou-se testes paramétricos: *t de Student* para 2 amostras independentes e o coeficiente de *Pearson* para avaliar a correlação de cada domínio com a qualidade de vida geral. O valor de $p < 0,05$ ($\alpha = 5,0\%$) foi adotado como nível crítico.

Estudo aprovado previamente pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro através do protocolo número 1.698 e todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após terem recebido informações do estudo pelos pesquisadores. Desta forma, foram tomados todos os cuidados éticos na sua execução.

Resultados

Quanto à caracterização sociodemográfica, as mulheres tinham idade média de $52,3 \pm 14,28$ anos, a metade delas vivia com parceiros, a maioria era de cor branca (56,7%), não possuía ocupação remunerada (56,7%) e também não era aposentada (56,7%), como pode-se observar na Tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica de mulheres portadoras de câncer ginecológico e de mama submetidas à quimioterapia antineoplásica (n=30)

Variáveis	n(%)
Faixa etária (em anos)	
20 - 39	7 (23,3)
40 - 49	6 (20,0)
50 - 59	9 (30,0)
≥ 60	8 (26,7)
Escolaridade	
Analfabeta	3 (10,0)
Ensino fundamental	14 (46,7)
Ensino médio	11 (36,6)
Ensino superior	2 (6,6)
Cor	
Negra	9(30,0)
Parda	3(10,0)
Branco	17 (56,7)
Amarelo	1(3,3)
Renda (em salário mínimo)	
< 1	2 (6,7)
1 - 3	22 (73,3)
≥4	6 (20,0)
Religião	
Católica	19 (63,3)
Outras	11 (36,6)
Ocupação remunerada	
Sim	13 (43,3)
Não	17 (56,7)

A maioria das mulheres possuía nível de escolaridade fundamental (46,7%), recebiam em média um a três salários mínimos (73,3%) e o

catolicismo foi a religião prevalente (63,3%) na amostra, conforme dados sumarizados na Tabela 1.

Em relação à caracterização clínica e hábitos de vida das participantes, 20% reportou ser etilista e 6,7% tabagista; 63,3% tinha alguma patologia prévia à neoplasia, sendo que a hipertensão arterial sistêmica foi a afecção isolada mais encontrada (10%); 56,7% tinha mais de uma comorbidade; 76,7% fazia uso de algum medicamento, sendo comumente o uso de anti-hipertensivos (33,4%), como nos mostra a Tabela 2.

Tabela 2 - Caracterização clínica de mulheres portadoras de câncer ginecológico e de mama submetidas à quimioterapia antineoplásica (n=30)

Variáveis	n(%)
Etilismo	
Sim	6(20,0)
Não	24 (80,0)
Tabagismo	
Sim	2(6,7)
Não	28 (93,3)
Patologia	
Sim	19 (63,3)
Não	11 (36,7)
Uso de medicamentos	
Sim	23 (76,7)
Não	7(23,3)
Diagnóstico	
Câncer de útero	9(30,0)
Câncer de mama	11 (36,6)
Câncer de vagina	2(6,7)
Câncer de ovário	5(16,7)
Câncer de tuba uterina	1(3,3)
Mola hidatiforme	2(6,7)

Quanto ao diagnóstico oncológico prévio, verifica-se na Tabela 2 que, 63,4% das mulheres tiveram algum tipo de câncer ginecológico e 36,6% câncer de mama.

Em relação ao tratamento oncológico proposto, houve predomínio da cirurgia *Wertheim-Meigs* e quimioterapia (30%); já quanto ao tratamento

quimioterápico, 80% realizou poliquimioterapia e 83,3% quimioterapia adjuvante. As mulheres realizaram mais frequentemente pelo menos seis ciclos quimioterápicos (66,7%) e, dentre as participantes, 10% estavam tratando recidivas oncológicas.

Tabela 3 - Escores obtidos no WHOQOL-bref de mulheres portadoras de câncer ginecológico e de mama submetidas à quimioterapia antineoplásica (n=30)

	Domínios			
	Físico	Psicológico	Social	Ambiental
Média	54,28	62,08	68,88	63,75
Mediana	58,93	64,58	75,00	65,62
Desvio Padrão	22,61	20,77	22,63	18,42

Analisando os domínios do WHOQOL para qualidade de vida, a maior média encontrada foi no domínio social (68,8±22,6); já o domínio físico apresentou os menores escores (54,28±22,6), conforme pode ser visualizado na Tabela 3.

Destaca-se que através da análise do teste *t de Student*, não foram encontradas significância estatística quando analisadas qualidade de vida e caracterização sociodemográfica e clínica, assim como não houve correlação entre qualidade de vida geral e cada um dos domínios do WHOQOL (correlação de *Pearson*).

Discussão

De acordo com dados do Instituto Nacional do Câncer, a faixa etária que apresenta maior incidência do câncer ginecológico e de mama, compreende dos 50 a 59 anos de idade⁽¹⁾, confirmando os nossos achados que revelaram que esta faixa etária foi predominante entre as participantes (30%).

No que se refere à renda, a maioria relatou não possuir ocupação remunerada (56,7%). Ressalta-se que os sintomas físicos produzidos pelo tratamento quimioterápico podem acarretar mudanças expressivas na vida das pacientes, dentre elas, o afastamento

do trabalho remunerado, gerando como consequência sentimento de incapacidade e culpa por não poderem contribuir financeiramente com a renda familiar⁽¹⁴⁾.

Em relação ao nível de escolaridade das mulheres, 36,7% possuíam ensino fundamental incompleto e 10% eram analfabetas. Neste sentido, a literatura aponta que a escolaridade pode interferir nas medidas preventivas e no tratamento do câncer ginecológico, fazendo-se necessária a criação e a implementação de estratégias de apoio para as mulheres com menor nível instrucional⁽¹⁵⁾.

A maioria das mulheres, 29 (96,7%), relatou seguir alguma religião, dentre as contidas no questionário. Sabe-se que a religião e a espiritualidade podem ser maneiras de enfrentar uma doença tão estigmatizante e impactante como o câncer, uma vez que quando as pacientes se apoiam em uma força espiritual, podem ter maior sensação de conforto⁽¹⁶⁾.

A neoplasia que apresentou maior frequência foi o câncer de mama, seguido pelo câncer de colo uterino. Conforme informações do Instituto Nacional do Câncer, o câncer de mama é o segundo tipo mais comum de câncer no mundo, excluindo os tumores de pele não melanoma e é ainda, o que mais acomete mulheres⁽¹⁾.

Estimativas apontam 57.120 casos novos desse tipo de câncer para 2014, sendo a maior incidência nas regiões Sudeste (71,18/ 100 mil), Sul (70,98/ 100 mil), Centro-Oeste (51,30/ 100 mil) e Nordeste (36,74/ 100 mil) e na região Norte (21,29/ 100 mil)⁽¹⁾. Tem-se ainda, no Brasil, a alta incidência e prevalência do câncer de mama, acompanhada pelo aumento do índice de morbimortalidade, devido aos problemas relacionados com detecção precoce, prevenção, diagnóstico e tratamento⁽¹⁵⁾.

Câncer de colo de útero, ocupou o segundo lugar entre as causas de câncer ginecológico na população de estudo, ocupa o terceiro tipo mais comum na população feminina constituindo a quarta causa de morte de mulheres no Brasil⁽¹⁾, corroborando com os achados. Destaca-se que seu rastreamento por meio da realização do exame citopatológico entre mulheres

de 25 a 64 anos, ainda constitui-se na melhor forma de prevenção da doença⁽¹⁷⁾.

No que tange a qualidade de vida, o domínio físico apresentou menor escore, com média de 54,28, resultado que se assemelha ao encontrado em um estudo realizado com mulheres submetidas à cirurgia oncológica, as quais relataram a dor física como uma limitação em seus afazeres⁽¹⁸⁾. Sabe-se que o diagnóstico de câncer e o seu tratamento causam impacto significativo na qualidade de vida das pacientes, principalmente no aspecto físico, pois provocam sinais e sintomas como náuseas, vômito, diarreia, constipação, mucosite, mielossupressão, neutropenia, plaquetopenia, anemia⁽¹⁰⁾, assim como a fadiga e a dor⁽⁹⁾.

Dor, diminuição da qualidade de vida, falta de adesão ao tratamento e a possibilidade maior risco de mortalidade estão associadas com a maior prevalência de *distress* em pacientes oncológicos. Ressalta-se que o *distress* pode gerar desde sentimentos de vulnerabilidade, de tristeza e de medos, até ansiedade, pânico, isolamento social e crise espiritual, interferindo na maneira de lidar com o câncer e suas alterações⁽¹⁹⁾.

O domínio psicológico foi o segundo mais comprometido, com um escore de 62,08. Em uma revisão integrativa da literatura, comprovou-se a ocorrência de problemas psicológicos, onde a maioria das pacientes com câncer de mama referiu 'angústia psicológica', relacionada com depressão, ansiedade e baixa função emocional, alterando negativamente a qualidade de vida⁽²⁰⁾.

Outro estudo demonstrou a presença de sentimentos negativos em pacientes com câncer, o que pode ser influenciado pelo estigma do mal prognóstico que a doença exhibe e pelos transtornos que causam tanto no cotidiano quanto nos aspectos sociais e comportamentais das mulheres, bem como pelo próprio tratamento, por causar efeitos colaterais impactantes⁽⁹⁾.

Também o domínio ambiental se encontrou comprometido, porém com menor escore (63,75).

Este domínio aborda questões sobre segurança física e proteção; ambiente no lar; recursos financeiros; cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade; oportunidades de adquirir novas informações e habilidades; participação e oportunidades de recreação e lazer; ambiente físico e meios de transporte.

Corroborando com a literatura, pode-se inferir que a falta de recursos financeiros dificulta a locomoção para o serviço de saúde, precariza as condições de moradia e de segurança, assim como não favorece a realização de atividades físicas (apenas 30% das pacientes praticavam), situação esta que pode ter consequências desfavoráveis para a manutenção de uma qualidade de vida satisfatória para essas pacientes, pois gera preocupações e até mesmo desistência do tratamento⁽¹⁸⁾. Sendo assim, os profissionais da saúde devem auxiliar essas pacientes, bem como encaminhá-las para serviços assistenciais, quando necessário.

Domínio social, que é avaliado por questões relativas às relações pessoais, suporte/apoio social e atividades sexuais, apresentou maior escore (68,88), o que vai de encontro com um estudo realizado com 100 pacientes oncológicos submetidos à quimioterapia. Os autores concluíram que as relações sociais são benéficas para o aumento da qualidade de vida dessas pacientes, as quais recebem ajuda e apoio de outras pessoas, auxiliando no enfrentamento da doença⁽⁹⁾.

Estudo que abordou qualidade de vida de sobreviventes ao câncer de mama (período de pelo menos um ano após tratamento) comparada às mulheres saudáveis, pareadas por faixa etária, apontou que entre as sobreviventes obteve-se piores escores para os domínios físicos, psicológicos e ambientais, assim como os resultados encontrados neste estudo. Os autores evidenciam a necessidade de melhoria assistencial voltada à este grupo (sobreviventes)⁽¹²⁾. Estudo aponta que a melhoria na qualidade de vida dos pacientes ocorre na medida em que os efeitos colaterais dos tratamentos possam ser evitados e controlados, e também na adesão a

tratamentos complementares eficazes que possam auxiliar os pacientes a enfrentarem melhor a doença e o tratamento recebido⁽²¹⁾.

Destacamos que o câncer para a população feminina gera alguns estressores que as acompanham mesmo após todo o processo de diagnóstico e de tratamento, sendo estes de ordem física (alterações e limitações causadas pela doença e tratamento) e/ou psicológica – incluindo o medo da morte, da recidiva, de não estar presente na criação dos filhos e a culpa pelo peso da hereditariedade no caso principalmente do câncer de mama, entre outros estressores. Passar pela experiência do câncer ginecológico, especialmente o câncer de mama, pode representar para as mulheres uma experiência mutilante com aspectos negativos que afetarão sua vida permanentemente, sendo definido por elas como ‘uma doença que não se acaba’. Contudo, sobreviver ao câncer representa para as mulheres superar a finitude da vida, uma vez que durante o tratamento as mesmas se encontram em uma linha tênue entre a vida e a morte⁽²²⁾.

A experiência do câncer para mulheres sobreviventes reflete em perdas e ganhos. As perdas são inerentes à doença; já os ganhos podem ser relacionados à reflexão e resignificação da vida; adoção de hábitos de vida mais saudáveis, engajamento em práticas religiosas e superação frente à doença e à morte⁽²³⁾.

Destaca-se ainda o fato de o estudo ter sido desenvolvido no domicílio das pacientes, o que propiciou primeiramente a possibilidade de levantamento de dados reais num contexto próprio de cada paciente, tornando as respostas fidedignas em relação à condição atual de vida de cada uma delas. Secundariamente, ressaltamos os aspectos positivos da interação dos pesquisadores com as pacientes, que na ocasião puderam oferecer, após a coleta de dados, informações e orientações às pacientes e familiares/cuidadores, no sentido de favorecer a qualidade de vida, processo este, oportunizado pela visita domiciliar⁽²⁴⁾.

Conclusão

Quadro sociodemográfico do grupo de mulheres portadoras de câncer ginecológico e de mama, submetidas à quimioterapia antineoplásica, atendidas pelo Sistema Único de Saúde, evidenciou aspectos como baixa escolaridade e faixa etária acima de 50 anos. Quanto à qualidade de vida verificou-se que os domínios mais comprometidos foram os domínios físico e psicológico e o mais preservado, o domínio social. Pode-se apontar que incluir medidas que promovam a qualidade de vida na prática clínica parece ser crucial para avaliar determinadas intervenções e as consequências da doença na vida destas pacientes. Além disso, ressalta-se a necessidade de uma equipe multiprofissional qualificada e capacitada no tratamento oncológico visando uma atenção integral ao paciente e seus familiares.

Pode-se citar como limitações deste estudo o desenho do tipo transversal que permite apenas descrever o objeto em estudo num determinado momento, sem possibilitar uma exploração mais aprofundada das variáveis. Além disto, tem-se como limitação, o pequeno número de participantes, apesar de todas as mulheres sobreviventes terem sido assistidas na Central de Quimioterapia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, integrarem o estudo, ou seja, a amostra foi representativa da população estudada. Neste sentido, pesquisas futuras devem ser realizadas através de estudos longitudinais e/ou através de grupos comparativos (saudáveis e sobreviventes).

Agradecimentos

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico pelo apoio financeiro.

Colaborações

Ferreira VA, Silveira INT, Gomes NS e Silva SR contribuíram para a concepção, coleta dos dados de campo, análise, interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação final da versão a ser publicada. Ruiz MT contribuiu para a análise, interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2013.
2. Ricci MD, Piato JRM, Piato S, Pinotti JA. Oncologia Ginecológica: aspectos atuais do diagnóstico e do tratamento. Barueri: Manole; 2008.
3. Ferreira PAR, Sallum LFTA, Sarian LO, Andrade LALA, Derchain S. Carcinoma de ovário seroso e não seroso: tipo histológico em relação ao grau de diferenciação e prognóstico. Rev Bras Ginecol Obstet. 2012; 34(5):196-202.
4. Instituto Nacional do Câncer. Tipos de câncer: ovário. Rio de Janeiro: INCA; 2014.
5. Instituto Nacional do Câncer. Tipos de câncer: colo do útero. Rio de Janeiro: INCA; 2014.
6. Nicolussi AC, Sawada NO. Qualidade de vida de pacientes com câncer de mama em terapia adjuvante. Rev Gaúcha Enferm. 2011; 32(4):759-66.
7. Panobianco MS, Magalhães PAP, Soares CR, Sampaio BAL, Almeida AM, Gozzo TO. Prevalência de depressão e fadiga em um grupo de mulheres com câncer de mama. Rev Eletr Enferm [periódico na Internet] 2012 [citado 2014 nov 17]; 14(3):532-40. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n3/pdf/v14n3a09.pdf>
8. Simeão SFAP, Landro ICR, Conti MHS, Gatti MAN, Delgallo WD, Vitta A. Qualidade de vida em grupos de mulheres acometidas de câncer de mama. Ciênc Saúde Coletiva. 2013; 18(3):779-88.

9. Terra FS, Costa AMDD, Damasceno LL, Lima TS, Filipini CB, Leite MAC. Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos submetidos à quimioterapia. *Rev Bras Clin Med.* 2013; 11(2):112-7.
10. Bonassa EMA, Gato MIR. Terapêutica oncológica para enfermeiros e farmacêuticos. São Paulo: Atheneu; 2013.
11. Chaves PL, Gorini MIPC. Qualidade de vida do paciente com câncer colorretal em quimioterapia ambulatorial. *Rev Gaúcha Enferm.* 2011; 32(4):767-73.
12. Kluthcovski ACGC, Urbanetz AAL. Qualidade de vida em pacientes sobreviventes de câncer de mama comparada à de mulheres saudáveis. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2012; 34(10):453-8.
13. The Whoqol Group. Development of the WHOQOL: rationale and current status. *Int J Ment Health.* 1994; 23(3):24-56.
14. Frazão A, Skaba MMFV. Mulheres com câncer de mama: as expressões da questão social durante o tratamento de quimioterapia neoadjuvante. *Rev Bras Cancerol.* 2013; 59(3):427-35.
15. Pinheiro AB, Lauter DS, Medeiros GC, Cardozo IR, Menezes LM, Souza RMB, et al. Câncer de mama em mulheres jovens: análise de 12.689 casos. *Rev Bras Cancerol.* 2013; 59(3):351-9.
16. Panobianco MS, Pimentel AV, Almeida AM, Oliveira ISB. Mulheres com diagnóstico avançado do câncer do colo do útero: enfrentando a doença e o tratamento. *Rev Bras Cancerol.* 2012; 58(3):517-23.
17. Silva DSM, Silva AMN, Brito LMO, Gomes SRL, Nascimento MDSB, Chein MBC. Rastreamento do câncer do colo do útero no Estado do Maranhão, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2014; 19(4):1163-70.
18. Gomes NS, Riul SS. Avaliação da autoestima de mulheres submetidas à cirurgia oncológica mamária. *Texto Contexto Enferm.* 2013; 22(2):509-16.
19. Albuquerque KA, Pimenta CAM. *Distress* do paciente oncológico: prevalência e fatores associados na opinião de familiares. *Rev Bras Enferm.* 2014; 67(5):744-51.
20. Zandonai AP, Cardozo FMC, Nieto ING, Sawada NO. Qualidade de vida nos pacientes oncológicos: revisão integrativa da literatura latino-americana. *Rev Electr Enf. [periódico na Internet]* 2010 [citado 2014 out 10]; 12(3):554-61. Disponível em:<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a20.htm>
21. Nicolussi AC, Sawada NO, Cardozo FMC, Andrade V, Paula JM. Health-related quality of life of cancer patients undergoing chemotherapy. *Rev Rene.* 2014; 15(1):132-40.
22. Silva G, Santos MA. Estressores pós-tratamento do câncer de mama: um enfoque qualitativo. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2010; 18(4):688-95.
23. Santana VS, Peres RS. Perdas e ganhos: compreendendo as repercussões psicológicas do tratamento do câncer de mama. *Aletheia.* 2013; 40(1):31-42.
24. Santos SAS, Souza AC, Abrahão AL, Marques D. A visita domiciliar como prática de acolhimento no programa médico de família/Niterói. *Rev Pesq Cuid Fundament Online [periódico na Internet].* 2013 [citado 2014 out 10]; 5(2):3698-5. Disponível em:http://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/34083/ssoar-revpesquisa-2013-2-santos_et_al-The_domiciliary_visit_as_a.pdf?sequence=1