UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS- GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

SÂMYA AGUIAR LÔBO

QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA EM QUIMIOTERAPIA

FORTALEZA

2013

SÂMYA AGUIAR LÔBO

QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA EM QUIMIOTERAPIA

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós- Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de concentração: Enfermagem no Processo de Cuidar na Promoção da saúde
Orientadora: Profª. Drª. Ana Fátima Carvalho Fernandes.
Co-orientadora: Profª. Drª. Carolina Maria de Lima Carvalho

FORTALEZA

2013

SÂMYA AGUIAR LÔBO

QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA EM QUIMIOTERAPIA

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós- Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

_____

Profª. Drª. Ana Fátima Carvalho Fernandes (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

_____

Profª. Drª. Marli Teresinha Gimeniz Galvão
Universidade Federal do Ceará (UFC)

_____

Profª. Drª. Mariza Silva de Oliveira

_____

Profª. Drª. Raimunda Magalhães da Silva
Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

Dedico às pacientes com câncer de mama, que lutam diariamente.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, a Deus, pela minha existência e por todas as dádivas que Ele me concede a cada dia. E a Nossa Senhora que está a cada momento da minha vida, passando na minha frente e abençoando meus caminhos.

A meus pais, Sandra e Delano, por não terem medido esforços para me educar, por sempre estarem ao meu lado. Além disso, pelo incentivo e por toda a paciência e dedicação a mim dispensadas.

Às minhas irmãs: Delania, Deyse e Ana Beatriz, pela amizade, pela tolerância e pelo apoio em todos os momentos da minha vida.

À minha querida amiga e colega de profissão: Suzane, sempre presente na minha vida e pela amizade nascida e cultivada nesses anos, que compartilhou de momentos de alegria, tristeza e crescimento mútuo.

Aos meus queridos amigos: Patricia, Fernanda, An'amélia, Lígia, Fabiula, Maria Clara, Viviane, Ronaldo, que estiveram sempre torcendo e me incentivando.

À minha sempre Profª. Dra. Ana Fátima Carvalho Fernandes por ter me influenciado desde a escolha da profissão, pelo exemplo de pessoa e profissional, por ter contribuído nos anos de aprendizado e crescimento profissional, pelo incentivo, apoio e amizade, pelas sugestões, conselhos e escuta. Sem ela, esse trabalho não teria sido possível.

À professora Drª. Carolina Carvalho, co-orientadora, pelo exemplo de humildade e sabedoria, pela contribuição direta nessa dissertação.

Aos meus amigos e companheiros de longo tempo no projeto Saúde Materno e Mamário, principalmente, Anna Paula, Monique, Tiago, Mariza, Paula Natasha, Natasha, Carla Daniele, Kamila, Elisabeth que compartilharam Congressos, cursos, artigos, palestras, conversas, angústias, vitórias, conselhos, cada um de vocês colaborou com meu crescimento profissional e pessoal.

À Professora Drª. Namie Sawada, por compartilhar de sua sabedoria e experiência.

Ao professor Drº. Paulo César, pela sua sempre disponibilidade e pelas orientações estatísticas imprescindíveis para o fim desse trabalho.

À professora Ms. Jênifa, pela paciência e ensinamentos tão válidos sobre o SPSS.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem que colaborou tanto com meu crescimento profissional.

Às acadêmicas de enfermagem Camila, Amanda, Marinna e Altamira que dispensaram do seu tempo e participaram da coleta de dados.

Às mulheres, pacientes das Instituições pública que possibilitaram a realização dessa pesquisa.

Aos profissionais de tais Instituições que colaboram e foram receptivas e solicitas.

Às mulheres integrantes do GEPAM, que sempre me acolheram e foram exemplo de fortaleza e perseverança.

Enfim, a todos que acreditaram e acreditam em mim, me apoiam e torcem pelo meu crescimento profissional.

“A felicidade aparece para aqueles que choram.
Para aqueles que se machucam.
Para aqueles que buscam e tentam sempre.” (Clarice Lispector)

RESUMO

Este estudo teve como objetivo avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS), domínios afetados das mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico. Estudo exploratório de corte transversal, realizado no Centro Regional Integrado de Oncologia e na Santa Casa da Misericórdia de Fortaleza, instituições de tratamento para o câncer de mama. A coleta de dados foi através de instrumento de dados sociodemográficos e clínicas, a avaliação da QV com a aplicação dos Questionários EORTC QLQ – C30 (Versão 3.0) e EORTC QLQ BR 23, durante o período de abril a julho de 2012. Foi utilizado o SPSS 20.0 para a análise dos dados e revisado por um estatístico. Sendo os resultados apresentados em forma de tabelas e discutidas a luz da literatura existente. Participaram da amostra 145 mulheres com câncer de mama em quimioterapia, a média de idade encontrada foi 52 anos, 56,6% das mulheres tinham companheiro, 24,1% são domésticas ou do lar; 55,9% recebia, pelo menos, um salário mínimo. A maioria (86 ou 59,3%) procede do interior do estado, 60,7% mulheres apresentaram até 8 anos de estudo, caracterizando assim, baixa escolaridade na maioria da amostra estudada. Com relação aos dados clínicos, 43,4% das pacientes estava realizando a quimioterapia neoadjuvante, o restante adjuvante. O esquema mais utilizado foi TAC- Docetaxel + doxorrubicina + ciclofosfamida, em 37,2% das mulheres, com tempo de tratamento predominante menor do que 6 meses, em 66,9% das mulheres. Destaca-se que o escore da QVG resultou (76,14), o que significa que a QVG foi considerada razoável ou satisfatória pelas mulheres. A função mais afetada foi a emocional e encontrou-se que condição física e o tratamento provocaram alguma dificuldade financeira (Média= 41,83), na maioria das pacientes. Os sintomas com os maiores escores foram insônia (37,93), fadiga (36,01), perda de apetite (33,56). Com relação ao instrumento QLQ BR-23, o resultado mostra o escore EC= 50,07, significando que muitas mulheres apresentam efeitos colaterais da QT e a satisfação sexual prejudicada. Em suma, os resultados do presente estudo mostram o quão importante é avaliar a QV e os domínios mais afetados da paciente atendida em instituições de Fortaleza. É relevante avaliar o bem-estar físico, psicológico, bem como o físico, o social e o ambiental para a qualidade de vida. Com o estudo, pode-se corroborar com as práticas clínicas pertinentes e as proposições de políticas de saúde que satisfaçam o paciente como um todo.

Palavras-chave: Neoplasias da Mama. Qualidade de Vida. Quimioterapia.

ABSTRACT

The purpose of this study was to evaluate quality of life related to health (HRQoL), affected domains of HRQoL of women with breast cancer undergoing chemotherapy. It was a exploratory cross-sectional study conducted at two institutions: Centro Regional Integrado de Oncologia e na Santa Casa da Misericórdia de Fortaleza, specialized in the treatment of breast cancer. Sociodemographic and clinic data were collected. The QoL assessment was performed through the application of two questionnaires: EORTC QLQ – C30 (Version 3.0) and EORTC QLQ BR 23, during the period of April to July of 2012. Data analysis was performed using SPSS 20.0 and a statistician, and the results are presented in tables and discussed in the light of existing literature. One-hundred and forty-five women with breast cancer undergoing chemotherapy participated in the sample. The mean age was 52 years, 56.6% women had a partner, 24.1% were housewifes or stay-at-home mothers and 55.9% received at least the minimum wage. The majority (59.3%) comes from rural areas in the state. 60.7% women had up to 8 years of schooling, which characterizes low level of schooling. With respect to clinical data, 43.4% patients were undergoing neoadjuvant chemotherapy and the last one was adjuvant. The most used scheme was TAC- Docetaxel + doxorubicin + cyclophosphamide- in 37.2% women, with predominant treatment time of less than 6 months in 66.9% women. It is noteworthy that the GqoL's score of 76.14 indicates that the GQoL was considered reasonable or appropriate by women. The emotional function was the most affected. It was found that the physical condition and the treatment caused some financial hardship (Mean = 41.83) in most patients. The symptoms with the highest scores were insomnia (37.93), fatigue (36.01), and loss of appetite (33.56). Regarding the instrument QLQ BR-23, the result showed an EC score of 50.07, meaning that many women experience side effects of chemotherapy and impaired sexual satisfaction. In summary, the results of this study show how important it is to assess QoL and the most affected areas of the patient treated at institutions of Fortaleza. It is important to assess physical well-being, as well as psychological, social, and environmental for quality of life. This study is consistent with pertinent clinical practices and propositions related to publiic health that benefit the patient as a whole.

Keywords: Breast Neoplasms. Quality of Life. Chemotherapy.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Itens dos questionários EORTC QLQ-C30 e BR23, com questões correspondentes, número de itens, variação de cada item e escores..... 25

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Distribuição dos dados sociodemográficos das pacientes 28

Tabela 2- Distribuição das características clínicas das pacientes 30

Tabela 3- Distribuição da Média e desvio padrão dos itens das funções e sintomas dos questionários EORTC QLQ-C30 e QLQ -BR23..... 31

SUMÁRIO

1	**INTRODUÇÃO**	**12**
1.1	**Contextualizando o câncer de mama**	**12**
1.2	**Qualidade de vida e o câncer de mama**	**13**
1.3	**Qualidade de vida e a promoção da saúde**	**15**
1.4	**Justificativa e relevância do estudo**	**17**
2	**OBJETIVOS**	**19**
3	**MATERIAIS E MÉTODOS**	**20**
3.1	**Tipo de estudo**	**20**
3.2	**Local e período do estudo**	**20**
3.3	**Casuística**	**21**
3.4	**Coleta de dados**	**22**
3.5	**Instrumentos de coleta de dados**	**22**
3.6	**Análise estatística dos dados**	**26**
3.7	**Aspectos éticos**	**26**
4	**RESULTADOS**	**28**
4.1	**Caracterização sociodemográfica e clínica de mulheres com câncer de mama em quimioterapia**	**28**
4.2	**Qualidade de vida relacionada á saúde**	**31**
5	**DISCUSSÃO**	**33**
6	**CONCLUSÃO**	**40**
	REFERÊNCIAS	**41**
	APÊNDICES	**48**
	ANEXOS	**50**

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualizando o câncer de mama

O câncer de mama é um importante problema de saúde pública em virtude da alta incidência e mortalidade. Ele é o segundo mais comum entre as mulheres. No biênio 2012/2013, foi estimado, para o Brasil, 52.680 casos novos de câncer da mama, com um risco de 52 casos a cada 100 mil mulheres. No Nordeste estima-se 32/100 mil casos para o mesmo período. É esperado para o estado do Ceará cerca de 1.770 novos casos da neoplasia, sendo 720 somente em Fortaleza (BRASIL, 2004; INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2012).

Essa neoplasia é, provavelmente, a mais temida pelas mulheres, sobretudo pelo estigma negativo que traz seu diagnóstico (VERDE *et al.*, 2009), bem como pelos seus efeitos psicológicos, que afetam a percepção da sexualidade e a própria imagem pessoal.

É relativamente raro antes dos 35 anos de idade, porém, acima desta faixa etária, sua incidência cresce rapidamente e progressivamente (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2010).

Quando diagnosticado e tratado precocemente o câncer de mama pode ser considerado um câncer de relativo bom prognóstico (MORAES *et al*, 2006). O controle do câncer mamário depende essencialmente de ações pontuais nas áreas da promoção da saúde, de proteção específica e do diagnóstico precoce da doença. De modo geral, as estratégias adotadas pela saúde pública, destinadas à saúde mamária, especificamente ao câncer de mama, ainda são limitadas (MATOS; PELLOSO; CARVALHO, 2011; PINHO; COUTINHO, 2007).

Essa enfermidade tem boas opções de tratamento que possibilitam às pacientes o prolongamento da vida. A escolha depende do estado da doença, do tipo do tumor e do estado geral de saúde da paciente. As opções de tratamentos são: a cirurgia, a quimioterapia, a radioterapia, a hormonioterapia e a imunoterapia, e podem ser administrados de forma isolada ou combinados (FORONES *et al*, 2005; RANG; DALE, 2007). Dependendo das necessidades de cada paciente, pode haver a conjugação de tais terapias (BRASIL, 2004).

Dentre as modalidades, a quimioterapia é definida como o tratamento que utiliza medicamentos chamados quimioterápicos para destruir as células doentes que compõem o tumor. Tais medicamentos misturam-se com o sangue e são levados a todas

as partes do corpo, destruindo, assim, as células doentes que estão formando o tumor e impedindo que elas se espalhem pelo corpo (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2010).

De forma geral, a quimioterapia pode promover o aparecimento de sérios efeitos colaterais em mulheres com neoplasia mamária. Fadiga, náuseas e vômitos, alterações na função intestinal e alteração na percepção do paladar, são os problemas mais comuns encontrados (SANTOS; VIEIRA, 2011).

1.2 Qualidade de vida e o câncer de mama

Apesar de uma melhora significativa da expectativa de vida da mulher com a referida enfermidade, devido à possibilidade de diagnósticos mais precoces e evolução nos métodos de tratamento, ainda há considerável alteração no estado geral de saúde, bem como um profundo impacto psicossocial nessas mulheres e em seus familiares, visto que o câncer da mama, o diagnóstico e os tratamentos propostos causam uma grande mudança em sua vida (BRASIL, 2007).

Pesquisadores têm se preocupado em investigar as necessidades das sobreviventes do câncer de mama, visando uma atenção mais global ao grupo feminino (CANGUSSU *et al*, 2010). Os diversos fatores relacionados ao câncer influenciam na qualidade dessa sobrevivência. Por tal razão, a saúde emocional dessas mulheres deve ser mais valorizada pelos pesquisadores e profissionais da saúde (TRENTHAM-DIETZ, 2008). Dessa forma, as intervenções que possam ajudar a reduzir o impacto negativo do tratamento da quimioterapia na qualidade de vida são necessárias.

Revisando os estudos realizados sobre a temática, encontrou-se na literatura nacional e internacional estudos acerca do câncer de mama, bem como vários estudos a respeito da qualidade de vida de pacientes com câncer em tratamento quimioterápico (AKIN *et al*, 2008; BROWALL *et al*, 2008; HOPWOOD *et al*, 2007; NICOLUSSI; SAWADA, 2011). O supracitado tratamento tem avaliado seus efeitos colaterais e auxiliado no planejamento de intervenções para diminuir tanto o estresse físico, como o psicológico, visando uma melhor reabilitação.

O avanço terapêutico e tecnológico promove uma melhor sobrevida de pacientes com doenças crônicas. Estudos que avaliam a QV em mulheres com HIV/AIDS (GASPAR *et al*, 2011), em idosos com insuficiência cardíaca (SACCOMANN; CINTRA; GALLANI, 2011), em pacientes com dor crônica

isquêmica (PEDROSA *et al*, 2011), evidenciam que a vida dessas populações é afetada pelas mudanças em seu cotidiano (SACCOMANN; CINTRA; GALLANI, 2011).

A temática QV assumiu grande importância principalmente no que diz respeito a sua avaliação ou mensuração. Na oncologia, a avaliação da QV, iniciou-se na década de 40, com um estudo que desenvolveu uma escala para avaliar a função física e as condições de desempenho do paciente oncológico (SAWADA et al, 2009).

De acordo com a revisão integrativa da literatura latino-americana a respeito da QV em pacientes oncológicos, os estudos encontrados não apresentaram fortes evidências para a prática clínica, sendo concluída e enfatizada a importância do desenvolvimento de estudos de intervenções eficazes para subsidiar a prática de enfermagem e garantir uma assistência de qualidade. A QV de mulheres com câncer de mama é afetada, principalmente, pela angústia e está ligada a sintomas ou a fatores do tratamento ou perda de habilidade (ZANDONAI *et al*. 2010).

A mensuração da qualidade de vida tem sido utilizada para avaliar as mudanças na vida dos pacientes (impactos positivos e negativos sobre a qualidade de vida), avaliar o impacto da doença sentido por eles, criar indicadores da gravidade e da progressão da doença e predizer a influência dos tratamentos sobre a condição de saúde. Tal método é a melhor forma de avaliar a tolerância do cliente ao tratamento (SAWADA *et al*, 2009).

Segundo estudos citados em Makluf; Dias e Barra (2006), as mulheres submetidas à terapia sistêmica, como a quimioterapia, apresentam piores escores de qualidade de vida global, saúde geral, função física e social pelos efeitos colaterais induzidos por esse tipo de tratamento.

A maioria dos instrumentos para avaliação da qualidade de vida é composta por uma série de domínios ou dimensões que compreendem a área que se pretende medir (HIDALGO-RASMUSSEN *et al*, 2011).

Recentes modelos de definições e conceitos de qualidade de vida relacionados à saúde são aplicados a pacientes oncológicos. Instrumentos que mensuram são validados e utilizados para explorar sintomas e efeitos e são apropriados para comparar tratamento ou mudanças em pacientes. Instrumentos gerais são aplicados em população adequada para buscar repercussões da doença na qualidade de vida relacionada à saúde (DELGADO-SANZ *et al*, 2011).

Entre os primeiros instrumentos mais utilizados para mensurar a qualidade de vida de pacientes com câncer de mama encontram-se o *The European Organization*

for Research and Treatment of Cancer Core Cancer Quality Life Questionnaire (EORTC QLQ-C30) e o Breast Cancer Specific Module (EORTC- BR23) (DELGADO-SANZ, 2011). O EORTC QLQ C-30 foi usado em sete estudos, segundo Makluf; Dias e Barra (2006) e vem sendo aplicado, prevalente, em nove estudos de acordo com Zandonai (2010). E já foi validada para população brasileira (BRABO, 2006).

1.3 Qualidade de vida e a promoção da saúde

Entende-se como qualidade de vida a obtenção das necessidades humanas fundamentais, materiais e espirituais, associando o conceito de promoção de saúde como foco mais relevante (MAKLUF; DIAS; BARRA, 2006).

Para o presente estudo, adotou-se o modelo de qualidade de vida em câncer de mama proposto por Ferrel (1997), que conceitua QV como bem-estar físico, psicológico, social e espiritual. O autor descreve o impacto do câncer de mama sobre os domínios: bem-estar físico e social, com base em pesquisa com sobreviventes do câncer de mama.

O bem-estar físico foi definido como controle ou alívio dos sintomas e a manutenção da função e independência. Efeitos colaterais como náuseas, vômitos, mucosite, alopecia, fadiga, alterações cutâneas e linfedema têm um impacto importante sobre o bem-estar físico e sobre a qualidade de vida global. Para a maioria das mulheres, o impacto do diagnóstico e do tratamento no bem-estar físico continua tardiamente; um exemplo disso é a dor (FERRELL,1997).

O bem-estar social tem sido definido como uma maneira de ver não só a doença ou os sintomas, mas, também, a pessoa. Seu papel nos relacionamentos traz questões relacionadas à família, a problemas sexuais e conjugais, aos filhos – principalmente do sexo feminino –, ao apoio familiar, apoio dos amigos e ao desejo de ajudar outras mulheres com a doença. A volta ao emprego, também, é questão desafiadora para a mulher sobrevivente do câncer de mama, assim como questões financeiras, estigma e discriminação (FERRELL,1997).

A qualidade de vida tem sido uma preocupação constante do ser humano. Atualmente, com as mudanças dos paradigmas e conceitos da saúde, esse tema tem recebido maior destaque nos estudos. Os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença são multifatoriais e complexos, e estão relacionados a aspectos econômicos, socioculturais, estilo de vida e experiência de vida. (SEIDL; ZANNON, 2004)

A melhoria da QV, com a mudança dos paradigmas, está sendo objetivo nas práticas assistenciais e nas políticas públicas para promoção da saúde e prevenção de doenças (SCHUTTINGA, 1995).

No Brasil, através do Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama, objetiva-se que as ações da promoção de saúde atuem sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença e promovam qualidade de vida. Assim, elas poderão melhorar a saúde da população e o controle de doenças e seus agravos.

Para o controle do câncer de mama, destaca-se a ampliação do acesso à informação em todos os níveis dos serviços de saúde, com incentivo do controle do peso corporal e a prática regular de atividade física. Outra estratégia fundamental está na redução das barreiras de acesso aos serviços de saúde para o alcance da cobertura populacional adequada da população-alvo no rastreamento, que ora requer a qualificação contínua do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2004).

Qualidade de vida está relacionada a elementos que a sociedade considera como padrão de conforto e bem-estar, variando com a época, valores, espaços e Histórias (COSTA, SILVA, 2007; MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000). Para os pesquisadores, mesmo na ausência de uma definição universal para o termo QV, em qualquer lugar do mundo, as pessoas são familiarizadas com o termo e entendem o que ele compreende (FAYERS; MACHIN, 2000).

Qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) pode ser definida como aspectos percebidos de bem-estar relacionados ou afetados por uma doença ou tratamento. O significado de QVRS é subjetivo e multidimensional, que envolve uma avaliação de atributos positivos e negativos, como a saúde e as condições de doença, que caracterizam a própria vida. Um constructo multidimensional que inclui percepções e dimensões como física, emocional, social e funcional cognitiva, também inclui transtorno de somatização e sintomas causados pela doença ou pelo tratamento. (DELGADO-SANZ *et al*, 2011; KAGAWA-SINGER; PADILLA; ASHING-GIWA, 2010).

Considerando a diversidade cultural na conceituação de QVRS, quatro dimensões fundamentais são identificadas: física, mental/ psicológica, social e bem-estar geral global. Pode-se adicionar, ainda, a dor, a energia, o sono, o apetite e os sintomas associados à doença e ao tratamento (KAGAWA-SINGER; PADILLA; ASHING-GIWA, 2010).

As condições que dão sentido à vida e fornecem uma razão para viver não são apenas pessoais, mas culturais (FERREL *et al*., 1992; TAYLOR, 2001). A relação de valores culturais entre a vida e a morte e entre a saúde e a doença, estão no centro de Avaliações de QV (KAGAWA-SINGER; PADILLA; ASHING-GIWA, 2010).

Assim, Kagawa- Singer propôs um quadro transcultural de QVRS com os amplos domínios, abordando a necessidade de segurança (alimentação, abrigo, roupas, conforto físico), um senso de integridade, um propósito na vida (a percepção de si para ser um membro contribuinte do próprio grupo), e um sentimento de conexão com outros (KAGAWA- SINGER; BAMBOO, 1988).

As avaliações destes atributos de vida são influenciadas por objetivos pessoais, expectativas, normas e preocupações que ocorrem num determinado contexto cultural e envolvem o indivíduo numa avaliação dinâmica. É importante considerar as diferentes definições culturais da QVRS, a adequação cultural dos determinantes e as dimensões conceituais (KAGAWA-SINGER, 2010).

Tendo em vista a difusão de cultura – diversidade étnica dentro dos países, a extensão da comunicação global e o impacto da discriminação racial em todo o mundo, comparações entre culturas são necessários para melhor entender as disparidades no estado de saúde e da qualidade de vida (KAGAWA-SINGER, 2010).

A seleção de regimes de tratamento, os projetos de políticas públicas e os programas para o tratamento do câncer são baseados em evidências, incluindo o comparativo do impacto de tratamentos na qualidade de vida. Por conseguinte, o peso da evidência científica ressalta a carga desigual de doenças sofridas por minorias étnicas e por países socioeconomicamente mais pobres, e seus povos determinam que a validade intercultural de medidas de QV seja demonstrada (KAGAWA-SINGER, 2010).

1.4 Justificativa e relevância do estudo

A avaliação da QV tem sido considerada obrigatória quando se considera os resultados da quimioterapia para o câncer. Sua medida fornece informações clínicas úteis acerca do real impacto na sensação de bem-estar, de satisfação com a vida dos pacientes, e pode, também, favorecer a minimização dos impactos sofridos com a prática clínica centrada no paciente, tais como no tratamento do suporte ideal, medidas de intervenção psicossocial e melhora na comunicação entre a equipe de profissionais de saúde e o paciente (CAÑADA *et al*, 2011; NASCIMENTO, 2012).

Diante da relevância da temática discutida e da vivência com a temática com mulheres com câncer de mama, surgiu-se a inquietação quanto à necessidade de se analisar a qualidade de vida de mulheres com câncer de mama em quimioterapia.

A aproximação com a mulher em tratamento do câncer de mama surgiu pela participação do grupo de pesquisa de saúde mamária e da experiência vivenciada durante o período da graduação, no Grupo de Ensino Pesquisa Apoio a Mulheres Mastectomizadas – GEPAM – e nos projetos de pesquisa sobre a temática. Essa vivência despertou a curiosidade de conhecer as dificuldades enfrentadas por essa mulher em tratamento quimioterápico, surgindo, assim, o problema de pesquisa desta dissertação, que busca responder a seguinte indagação: A quimioterapia afeta a qualidade de vida das mulheres com câncer de mama durante o tratamento?

Através da identificação e da avaliação da QV pelos instrumentos, o estudo possibilita a busca da melhoria da assistência a essas mulheres pelos profissionais de saúde, devendo ser ponto indispensável no programa de tratamento, já que a qualidade de vida é um aspecto importante a ser mensurado, e avalia as várias dimensões da doença e cria parâmetros para práticas assistenciais cotidianas nos serviços de saúde (SEIDL; ZANNON, 2004).

Os indicadores de qualidade de vida poderão auxiliar na prática clínica, nortear estratégias de intervenção terapêutica, avaliar o sucesso da intervenção após a cirurgia e o tratamento oncológico, além de criar parâmetros para definição de ações no sentido de promoção de saúde.

Nesse contexto, vale destacar a importância dos profissionais da saúde – principalmente os enfermeiros – que, sensibilizados com esses aspectos, atuam com medidas preventivas em busca de amenizar os efeitos colaterais da quimioterapia, fornecem informações a despeito do tratamento, e, considerando os desconfortos desses efeitos, orientam medidas para aliviá-los, promovendo, assim, a saúde e um melhor enfrentamento ao tratamento.

A administração e manejo das complicações decorrentes do tratamento quimioterápico requerem um acompanhamento por uma equipe de profissionais adequadamente treinados e com experiência em oncologia clínica. O enfermeiro é parte integrante desta equipe.

A enfermagem, como parte da equipe oncológica, deve ter uma visão geral dessa terapia, utilizada no tratamento do câncer, o que vai garantir a segurança e a qualidade da atenção prestada ao paciente (PAIVA, 2006).

2 OBJETIVOS

2.1 Geral:

- Avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) de mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico.

2.2 Específicos:

- Descrever as características sociodemográficas e clínicas das mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico;
- Avaliar os domínios afetados de QVRS das mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 Tipo de estudo

Para a avaliação da qualidade de vida de mulheres com câncer de mama em quimioterapia adotou-se um estudo de corte transversal exploratório. Optou-se por este delineamento metodológico, por ele proporcionar descrições detalhadas de variáveis existentes e uso de dados para justificar e avaliar condições e/ou situações, possibilitando a elaboração de planos para melhorar as práticas de atenção à saúde (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

O estudo descritivo, em geral, consiste em descrever situações, acontecimentos, como se manifesta determinado fenômeno. É o método de pesquisa que observa, registra, analisa, descreve fatos e fenômenos sem manipulá-los (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2006).

Do ponto de vista científico, o estudo exploratório tem o objetivo de examinar um tema ou problema de pesquisa pouco conhecido ou desconhecido. Seus resultados poderão ser utilizados para modificação de práticas operantes ou, até mesmo, para a implantação de novas práticas (LEOPARDI, 2002; SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2006).

O estudo transversal, de montagem simultânea, afere, ao mesmo tempo, o efeito clínico e o fator em estudo. Todas as medições são feitas numa única ocasião ou durante um curto período de tempo (HULLEY *et al*, 2008). A descrição quantitativa envolve atributos mensuráveis d um fenômeno, predominância, incidência e tamanho deste (POLIT; BECK,2011).

3.2 Local e Período do estudo

O presente estudo foi realizado em duas Instituições Públicas especializadas no tratamento de diversos tipos de neoplasias, tumores malignos e benignos, abdominais, pélvicos, mama, de cabeça e pescoço, possui ambiente confortável e funcionários com treinamento especializado, sendo esses, o Centro Regional Integrado de Oncologia (CRIO) e na Santa Casa da Misericórdia de Fortaleza, localizados em Fortaleza, Ceará.

A área de abrangência de atendimento desses centros não se limita apenas a Fortaleza, mas, a todos da região do Ceará, ofertando serviços de radioterapia, quimioterapia, fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, enfermagem, terapia ocupacional, assistência social, ambulatório e uma casa de apoio, onde está efetivamente concretizada sua cobertura como referência regional em patologias oncológicas, pois esta oferece acomodação a pacientes oriundos do interior, assim como outros estados do Nordeste.

A coleta de dados deu início a partir de abril de 2012 até julho de 2012.

3.3 Casuística

A pesquisa restringiu-se a mulheres diagnosticadas com câncer de mama, que estavam em tratamento de quimioterapia (QT) e que foram atendidas nas instituições durante os meses de abril, maio, junho e julho de 2012.

Para constituição da população teve-se como critérios: idade igual ou superior a 18 anos, do sexo feminino, com diagnóstico médico de câncer de mama, em qualquer estágio da doença, em qualquer fase do tratamento quimioterápico, a partir do 2º ciclo.

Dados fornecidos pelo serviço através do Centro de Estudos do CRIO, no ano de 2010, constatou-se que foram 621 mulheres com câncer de mama que fizeram sessões de QT.

Para o cálculo da amostra, escolheu-se como a variável de importância para a pesquisa, mulheres com câncer de mama em QT, com prevalência estimada em 58%. Assim, a amostra do estudo foi calculada a partir da fórmula indicada abaixo para o cálculo de amostra em estudos transversais de população finita.

Foram considerados como parâmetros: nível de significância do estudo de 95% (Z_α=1,96); erro amostral de 5%; tamanho da população geral de 1072 mulheres atendidas por ano (dados de 2010) e mulheres com câncer de mama foi de 621.

$$n = \frac{Z_\alpha^2 . P . Q . N}{Z_\alpha^2 . P . Q + (N - 1) . E^2}$$

- α é o nível de significância do teste;
- Z_α é o valor da distribuição t de Student, no nível de 5 % (t = 1,96);
- P é a proporção de mulheres em QT com câncer de mama (P= 58%);
- Q é a população de mulheres em QT com outros tipos de cânceres (Q= 42%);
- E é o erro amostral (E= 5%);
- *n* é o tamanho da amostra.

Após os cálculos, encontrou-se o tamanho da amostra, como sendo, *n* = 275.

No presente estudo, para a coleta de dados, seguiu-se uma sistemática para garantir representatividade da amostra. A pesquisadora manteve-se no serviço durante todos os turnos de atendimento, ou seja, todos os dias da semana, de segunda a sexta, das 8h às 15hs, no período de quatro meses, entretanto, não conseguiu compor o total do cálculo amostral.

Então, seguiu-se com o padrão de amostragem não-probabilística proposital ou intencional, na qual o pesquisador selecionou os sujeitos que foram considerados típicos da população em questão, e foi composta por pacientes diagnosticados com o câncer de mama que estavam em tratamento quimioterápico durante o período da coleta de dados (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Seguindo os referidos meses de 2012, estando presentes todos os dias da semana, encontrou-se 145 mulheres.

3.4 Coleta de dados

Participou da coleta de dados a seguinte equipe: a pesquisadora e quatro acadêmicas integrantes do Projeto Saúde Materno Mamária, após devido treinamento acerca da utilização dos instrumentos e estarem todas aptas à realização da entrevista adequadamente.

A coleta de dados foi por meio de entrevista, desenvolvida na sala de QT (quimioterapia) ou na sala de espera, das Instituições, de acordo com o momento mais oportuno de escolha pela paciente.

3.5 Instrumentos de coleta de dados

Durante a coleta de dados foram utilizados três instrumentos: identificação dos dados sociodemográficos, identificação de dados clínicos da paciente e os questionários da European Organization for Research and Treatment of Câncer Quality

of Life Questionnaire “Core” 30 itens: EORTC QLQ – C30 (Versão 3.0) versão em português e Module Breast Cancer (QLQ- BR 23).

Para utilização dos instrumentos da EORTC foi solicitada autorização através de contato via e-mail. Os procedimentos solicitados pela Organização foram realizados como cadastro e recebeu-se a cópia dos questionários e do manual para análise dos dados.

A EORTC foi fundada em 1962 com o objetivo de desenvolver, coordenar e estimular pesquisas sobre o câncer com grupos multidisciplinares na Europa. Em 1980 criou o Quality of Life Group que desenvolveu a EORTC QLQ – C30 em 1986 e foi denominada QLQ-C30, sendo disponíveis em três versões (ARONSON *et al*, 1993). A primeira versão, contendo 36 questões, é de 1987, a segunda é de 1993 e a terceira, contendo 30 questões, é de 2000. Ela foi validada por Brabo (2006). Machado e Sawada (2006) aplicou-a para avaliar a qualidade de vida de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico adjuvante desenvolvido em Ribeirão Preto-SP.

3.5.1 EORTC QLQ-C30

O EORTC QLQ-C30 é um questionário composto por 30 itens, o qual é divido em três domínios: Estado de Saúde Global que contém duas questões de avaliação, Escalas funcionais com os domínios: desempenho físico, funcional, cognitivo, emocional e social; Escalas de sintomas, compostas por: fadiga, dor, náusea, vômito, dor, dispneia, insônia, perda de apetite, constipação, diarreia, sintomas comumente relatados por pacientes com câncer, e avalia, ainda, dificuldade financeira da doença e do tratamento.

Os itens do questionário de um a 28 são colocados em escala tipo Likert de quatro pontos, onde as respostas seguem padrão: não, pouco, moderadamente e muito. Os itens 29 e 30 são apresentados 1 a 7, da já citada escala, onde 1 representa péssimo e 7 ótimo.

3.5.2 EORTC QLQ- BR23

O módulo EORTC QLQ- BR23 foi criado especificamente para mulheres com câncer de mama e está traduzido e validado para o português (SILVA; LATORRE, 2008). Nele, constam 23 questões, incorporadas em escala multi-itens, para mensurar efeitos colaterais da quimioterapia, sintomas relacionados ao braço e à mama, imagem

corporal e função sexual, satisfação sexual, distúrbio pela perda de cabelo e perspectivas futuras.

3.5.3 Para o cálculo dos escores

Utilizou-se o Manual dos Escores do EORTC (2001) para calcular os escores dos domínios de C-30 e BR-23. Todas as médias dos escores foram transformadas linearmente em um escala de 0 a 100 pontos, conforme descrito no manual.

O escore varia de 0 a 100, em que 0 representa o pior estado de saúde e 100, o melhor estado de saúde – com exceção das escalas de sintomas, nas quais o maior escore representa mais sintomas, e o pior, qualidade de vida. Desse modo, se o escore apresentado na escala funcional for alto, significa um nível funcional saudável, enquanto que um escore alto na escala de sintomas representa um nível alto de sintomatologia e efeitos colaterais.

O valor das alternativas varia de 1 a 4, da questão 1 a 28 e 31 a 53, das questões 29 e 30, varia de 1 a 7. Das questões 31 a 53, varia de 1 a 4. É estabelecido um escore bruto (EB) de cada escala, formado pela somatória do valor das alternativas apontadas em cada questão/item que compõe a escala e divide-se pelo número de respostas. Desta forma tem-se:

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

Onde *n* é o número total dos itens que compõem a escala ou item individual.

A partir de então, é realizada a transformação linear (escore entre 0 a 100), que deve seguir os seguintes passos:

O cálculo para escala de funções é:

E1 = {1-(EB-1) / variação}X 100 (1)

O cálculo para escala de sintomas:

E2 = {(EB-1) / variação}X 100 (2)

O cálculo para escore de Qualidade de vida Global:

QVG= {(EB-1) / variação}X 100

Segue abaixo o Quadro 1, que apresenta estrutura dos instrumentos EORTC QLQ-C30 e BR23.

Quadro 1- Itens dos questionários EORTC QLQ-C30 e BR23, com questões correspondentes, número de itens, variação de cada item e escores.

Domínios	Questões	Item	Variação	Cálculo Escore
Medida Global de Saúde/ QVG	29 e 30	2	6	E2
Escalas funcionais				
Função Física	1 a 5	5	3	E1
Desempenho de Papéis	6 e 7	2	3	E1
Função Emocional	21 a 24	4	3	E1
Função Cognitiva	20 e 25	2	3	E1
Função Social	26 e 27	2	3	E1
Escalas de Sintomas				
Fadiga	10,12 e 18	3	3	E2
Náuseas e vômito	14 e 15	2	3	E2
Dor	9 e 19	2	3	E2
Dispneia	8	1	3	E2
Insônia	11	1	3	E2
Perda de apetite	13	1	3	E2
Constipação	16	1	3	E2
Diarreia	17	1	3	E2
Dificuldade financeira	28	1	3	E2
Itens BR23				
Efeitos colaterais	31,32,33,34,36,37,38	7	3	E2
Perda de Cabelo	35	1	3	E2
Imagem Corporal	39,40,41,42	4	3	E1
Perspectivas Futuras	43	1	3	E1
Função Sexual	44,45	2	3	E1
Satisfação sexual	46	1	3	E1
Sintomas relacionados ao braço	47,48,49	3	3	E2
Sintomas relacionados à mama	50,51,52,53	4	3	E2

Fonte: Elaborado pela autora.

3.6 Análise estatística dos dados

3.6.1 Métodos para validação dos instrumentos para avaliação da Qualidade de Vida

Concernente às características psicométricas dos instrumentos para amostra estudada, foi utilizado o teste de consistência interna Alpha de Cronbach para testar a confiabilidade dos instrumentos = 0,831. Assim, pode-se verificar a adequação do instrumento em relação à amostra.

3.6.2 Verificação da associação entre as escalas dos instrumentos para avaliação da qualidade de vida e as variáveis sociodemográficas, clínicas e terapêuticas.

As variáveis sociodemográficas, clínicas e terapêuticas são apresentadas em forma de tabelas, com frequências absolutas, porcentagens correspondentes, medida de tendência central (média) e medida de variabilidade (desvio-padrão).

Os escores das escalas dos questionários de qualidade de vida são apresentados utilizando a média e o desvio-padrão.

Para analisar os dados, foi utilizado o programa SPSS (Statistical Package for Social Science), versão 20.0. Os resultados foram organizados em forma de tabelas e de quadros e foram fundamentados na literatura pertinente ao tema.

A análise estatística dos dados passou pela orientação de um estatístico.

3.7 Aspectos éticos e legais

Após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética, a coleta de dados foi iniciada, com a prévia explanação dos objetivos do estudo às participantes e com a solicitação da assinatura destas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)- Apêndice A.

A pesquisa com seres humanos traz preocupações éticas (HULLEY *et al*, 2008). O estudo seguiu as normas da resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que regulamenta a pesquisa com seres humanos e garante o consentimento livre e esclarecido do indivíduo para realização da pesquisa, ademais garante a proteção aos grupos vulneráveis e aos legalmente incapazes (princípio da autonomia), a ponderação entre os riscos e os benefícios (beneficência), a garantia de que danos previsíveis serão evitados (não maleficência) e a relevância social

da pesquisa com vantagens significativas para os sujeitos (justiça e equidade) (BRASIL, 1996).

A coleta de dados só deu-se início após autorização do Comitê de Ética em Pesquisa (COMEPE) da Universidade Federal do Ceará, pelo protocolo COMEPE nº 10/12, em reunião no dia 15 de março de 2012.

4 RESULTADOS

4.1 Caracterização sociodemográfica e clínica de mulheres com câncer de mama em quimioterapia

Os resultados apresentados pela amostra corresponde a 145 mulheres, que se encontravam em tratamento quimioterápico neoadjuvante e adjuvante para o câncer de mama, durante o período da coleta nos serviços de quimioterapia já citados.

A Tabela 1 refere-se a dados sociodemográficos: faixa etária, estado civil, profissão, renda mensal, procedência e número de anos de estudo.

Tabela 1- Distribuição dos dados sociodemográficos das pacientes.

Varáveis	nº	%	Média ±DP
Faixa etária (ano)			
até 35	8	5,5	52 ± 11
36 – 45	37	25,5	
46- 55	42	29,0	
56 – 65	46	31,7	
66- 82	12	8,3	
Estado civil			
Sem companheiro	63	43,4	
Com companheiro	82	56,6	
Profissão			
Do lar ou doméstica	35	24,1	
Agricultora	23	15,9	
Costureira	15	10,3	
Aposentada	5	3,4	
Outros	67	46,2	
Renda (*SM)			
Até 01	83	57,2	2,14 ±3,63
1- 2	25	17,2	
3- 4	17	11,7	
5- 40	20	13,8	
Procedência			
Capital	54	37,2	
Interior	86	59,3	
Outro estado	3	2,1	
Nº de anos de estudo (ano)			
1- 4	38	26,2	2,23 ± 0,98
5 -8 anos	50	34,5	
9 -11 anos	43	29,7	
12 -| mais	14	9,7	

Fonte: Dados CRIO e SCMF, Fortaleza-CE(2012).
*SM= Salário mínimo= R$ 622,00

A média de idade no grupo em estudo foi de 52 ± 11anos, com idade mínima de 29 e máxima de 82 anos.

Em relação ao estado civil, esse estudo demonstrou que 82 mulheres (56,6%) têm companheiro, seja, por casamento ou união estável. O restante – 63 mulheres (43,4%) – estão incluídas em solteiras, viúvas ou divorciadas.

Verificou-se, neste estudo, que 35 mulheres (24,1%) são domésticas ou do lar; 23 são agricultoras; 15, costureiras; e 67, dentre outras profissões, estão a de serviços gerais, a de técnica em enfermagem, a de vendedora, a de comerciante e a de professora.

Com relação à renda mensal, 81 mulheres (55,9%) recebe, pelo menos, um salário mínimo. 25 recebem de 1 a 2 salário mínimos e o tratamento é realizado no SUS. 20 pacientes recebem, como renda mensal, acima de 4 salários e realizam o tratamento conveniado a plano de saúde.

Quanto à procedência, a maioria (86 ou 59,3%) procede do interior do estado. 54 mulheres são de Fortaleza (37,2%) e 3 são de estados diferentes (3,5%).

Com relação aos anos de estudo, 38 mulheres (26,2%) apresentaram de 1 a 4 anos de estudo e 50 mulheres (34,5%) apresentaram 5 a 8 anos de estudo – o que equivale ao ensino fundamental incompleto ao completo. 43 mulheres, pelo menos, iniciaram o Ensino Médio, estudando de 9 a 11 anos. Apenas 14 mulheres (9,7%) começaram ou concluíram o ensino superior.

Na Tabela 2 constam os dados clínicos: tratamento associado, esquemas de QT e tempo de tratamento, seus valores absolutos, percentagem, média e desvio-padrão de cada variável.

Tabela 2- Distribuição das características clínicas das pacientes.

Características Clinicas	Nº	%	Média + DP
Tratamento associado (n=145)			
Não	63	43,4	
Sim	82	56,6	
Esquemas de QT (n=145)			
TAC (Docetaxel + doxorrubicina + ciclofosfamida)	54	37,2	
AC (adriblastina + ciclofosfamida)	18	12,4	
OUTROS	73	50,3	
Tempo de tratamento (n=142)			
< 6 meses	99	68,3	5,61 ±6,97
A partir de 6 meses	46	31,7	

Fonte: Fonte: Dados CRIO e SCMF, Fortaleza-CE(2012).

Com relação aos dados clínicos, 63 pacientes (43,4%) não haviam realizado nenhum outro tratamento, sendo assim, quimioterapia neoadjuvante. Outras 52 mulheres (35,9%) realizaram cirurgia antes do tratamento de QT. 27 mulheres realizaram cirurgia e RT antes da QT, e somente 3 delas haviam realizado RT antes da QT.

Os esquemas mais utilizados foram TAC, 54 mulheres (37,2%) e AC em 18 mulheres (12,4%). A escolha do esquema é realizada de acordo com protocolo da instituição, que prevê o estádio clínico, o diagnóstico histológico, bem como o painel imunohistoquímico para receptores hormonais e HER-2.

O tempo de tratamento predominante da amostra estudada foi menor do que 6 meses, em 97 das mulheres.

4.2 Qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS)

Na Tabela 3, estão presentes os dados descritivos (média e desvio-padrão) relativos aos resultados obtidos nas escalas EORTC QLQ C-30 e QLQ BR-23.

Pode-se observar que as pontuações das escalas variam de escores mínimo 0 e máximo de 100.

Tabela 3- Distribuição da Média e desvio padrão dos itens das funções e sintomas dos questionários EORTC QLQ-C30 e QLQ BR-23.

Funções	**Média**	**DP**
Função Física- FF (n=145)	70,39	±25,04
Desempenho de papel- DP (n=145)	64,13	±34,43
Função Cognitiva- FC (n=145)	73,33	±27,94
Função emocional- FE (n=145)	61,32	±29,01
Função Social- FS (n=145)	76,89	±28,06
Imagem corporal - IC (n=145)	73,79	±31,91
Função sexual - FS (n=145)	72,41	±34,54
Satisfação sexual- SS (n=66)	50,50	±34,21
Perspectivas futuras - PF (n=145)	46,20	±42,34
Sintomas		
Fadiga- FAD (n=145)	36,01	±27,38
Dor- DOR (n=145)	28,39	±32,87
Náuseas e vômitos- NAV (n=145)	28,62	±29,89
Dispneia- DIS (n=145)	10,34	±23,41
Insônia- INS (n=145)	37,93	±43,32
Perda de apetite- PAP (n=145)	33,56	±38,98
Constipação – CON (n=145)	29,88	±37,21
Diarreia- DIA (n=145)	20,68	±32,41
Dificuldade financeira- DIF (n=145)	41,83	±40,59
EC - Efeitos colaterais (n=144)	50,07	±21,22
Sintomas relacionados ao braço (SB) (n=145)	22,06	±23,27
Sintomas relacionados á mama (MA) (n=145)	22,47	±17,76
Distúrbio perda de cabelo (PC)(n=130)	37,43	±44,12
QVG - Qualidade geral de saúde/ QV (n=145)	76,14	±23,54

Fonte: Instituições Públicas Fortaleza-CE, Brasil, 2012.
(1) FUNÇÕES: quanto mais próximo de 100 melhor QVG.
(2) SINTOMAS: quanto mais próximo de 100 pior QVG.

Destaca-se que o escore da QVG (76,14) está mais próximo do escore 100, o que significa que a QVG é considerada razoável ou satisfatória pelas mulheres.

No que se refere às funções da escala EORTC QLQ C30, os escores estão elevados em FF(70,39), DP(64,13), FC(73,33), FS(76,89), indicando um nível de regular a satisfatório. A maioria das pacientes não apresenta confinamento em cama, não necessita de ajuda para tomar banho, vestir-se, comer, não está impedida de realizar atividades de lazer, não apresenta dificuldade em concentrar-se e/ ou recordar informações, e, ainda, a condição física e o tratamento não interferem na vida familiar e

nas atividades sociais. O escore mais baixo é o da FE (M = 61,32), que se sente pouco tenso, irritado, deprimido ou preocupado.

Nas escalas de sintomas, os maiores escores foram em INS (37,93), FAD (36,01), PAP (33,56). Assim, uma parte das mulheres apresenta alguma, apesar de pouca, dificuldade para dormir, fadiga, perda apetite.

O resultado dessa pesquisa mostrou valor médio do escore baixo para sintomas de DOR (28,39), NAV(28,62), DIS(10,34), DIA(20,68), CON(29,88), isso pode significar que a maioria das mulheres não apresenta dor ou que ela não interfere nas atividades cotidianas; pouco se sente nauseada ou pouco vomita; pouco se sente cansada e, assim, quase não necessita descansar. Significa que a maioria das mulheres não apresenta dispneia, não apresentaram constipação nem diarreia.

A condição física e o tratamento (DIF) provocaram alguma dificuldade financeira (Média= 41,83), na maioria das pacientes.

Com relação às subescalas do instrumento QLQ BR-23, o resultado mostra o escore EC= 50,07, significando que muitas mulheres apresentam efeitos colaterais da QT. O escore se apresenta baixo quanto aos sintomas de braço (22,06) e sintomas de mama (22,47). O escore perda de cabelo (37,43) baixo demonstra que há pouca dificuldade de aceitação da perda de cabelo. O escore elevado imagem corporal (73,79) significa que há boa aceitação dessa característica. Já o da função sexual (72,41) elevado, quer dizer que permanece a prática de relação sexual em grande parte das pacientes, entretanto, a satisfação sexual (média = 50,50) está pouco satisfatória, ou prejudicada.

Um pouco menos da maioria das mulheres preocupa-se com o futuro (Média = 46,20).

5 DISCUSSÃO

O principal fator de risco do câncer de mama é a idade (BROWALL *et al*, 2008). As taxas de incidência aumentam rapidamente até os 50 anos, no entanto, posteriormente, esse aumento ocorre de forma mais lenta (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2011). No presente estudo, percebeu-se que a média de idade das portadoras de neoplasia mamária é 52 anos. Mostrou-se que 87 mulheres – o equivalente a 60% das pacientes – detinham até 55 anos, assemelhando-se, assim, ao estudo de Evangelista e Santos (2012) que apresentou média de idade de 51 anos.

A exemplo de outros estudos de qualidade de vida em pacientes em quimioterapia (MACHADO; SAWADA, 2008; SAWADA *et al*, 2009; SILVA; ALBUQUERQUE; LEITE, 2010), nesta pesquisa a maioria das mulheres tem companheiro, seja, por casamento ou união estável.

Verificou-se que os dados sociodemográficos caracterizam uma população composta por usuários do Serviço Público (SUS), com baixas escolaridade e renda, e que buscaram o serviço do hospital de referência, em sua maioria, já com alterações mamárias malignas. Essa amostra se assemelha ao estudo anterior sobre perfil dos pacientes com câncer de mama no Ceará (MOURÃO *et al*, 2008).

Quanto à procedência, a maior parcela das pacientes procede do interior, uma vez que esta é um centro de referência está na capital, os pacientes recebem o encaminhamento de serviços de atendimentos primário e secundário. A falta aplicabilidade do programa nacional existente, regionalizado e hierarquizado para detecção precoce o que dificulta o gerenciamento das ações e a capacitação de profissionais da saúde, gerando a frequente migração de pacientes provenientes de áreas com atendimento deficiente (outros estados e cidades do interior) e, consequentemente, sobrecarregando e onerando os centros de referência. Ademais, tal problemática gera, também, custos financeiros excessivo de tempo para tais pacientes.

É certo que o presente trabalho demonstrou que há uma maior incidência da referida doença em mulheres de baixas escolaridade e renda nas mulheres estudadas. Todavia é importante salientar que, atualmente, houve um aumento do risco de adoecimento entre mulheres com elevado status socioeconômico (BRASIL, 2004).

A prevenção primária dessa neoplasia ainda não é totalmente possível em razão da variação dos fatores de risco e das características genéticas que estão envolvidas na sua etiologia. Novas estratégias de rastreamento para países em

desenvolvimento têm sido estudadas, e, até o momento, a mamografia, para mulheres com idade entre 50 e 69 anos, é recomendada como método efetivo para detecção precoce. A amamentação, a prática de atividade física e a alimentação saudável com a manutenção do peso corporal estão associadas a um menor risco de desenvolvimento desse tipo de câncer (BRASIL, 2004).

Com relação aos dados clínicos, encontrou-se, na população estudada, 63 (43,4%) pacientes que não haviam realizado nenhum outro tratamento, sendo assim, a quimioterapia neoadjuvante. A quimioterapia neoadjuvante é uma opção para o tratamento da doença localmente avançada, do carcinoma inflamatório da mama e, também, da doença em estágio inicial. Em pacientes com doença ressecável, o uso de esquemas de quimioterapia neoadjuvante, incluindo os quatro ciclos de antraciclinas, pode associar-se à alta taxa de resposta clínica objetiva (resposta completa e parcial), variando entre 49% - 85%, mas, também, à baixa taxa de resposta patológica completa, variando entre 4% - 13%, ou à progressão da doença, entre 1% - 3% das pacientes (BEAR *et al*, 2006; FISHER *et al*, 1998; VAN DER HAGE *et al*, 2001).

Nesse sentido, a quimioterapia neoadjuvante é uma excelente oportunidade para o estudo de biomarcadores, já que a resposta patológica completa é um desfecho intermediário com alta relação com aumento da sobrevida e, portanto, com bom prognóstico (BEAR *et al*, 2006; FISHER *et al*, 1998; VAN DER HAGE *et al*, 2001). Isso facilita a realização de estudos com a finalidade de que suas aplicações práticas melhorem a saúde, pois torna-se desnecessário o acompanhamento dos pacientes por longos períodos (FOLGUEIRA *et al* , 2011).

Informações disponíveis na literatura indicam que regimes de combinação, incluindo os antracíclicos (doxorrubicina ou epirrubicina) administrados em doses adequadas por pelo menos 6 ciclos de tratamento (FAC, FEC100) reduzem a taxa anual de mortalidade em 38% nas mulheres com menos de 50 anos e em cerca de 20% (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ONCOLOGIA CLÍNICA, 2011).

A maioria das pacientes realizou quimioterapia adjuvante: 52 mulheres (35,9%) realizaram cirurgia antes do tratamento de QT; 27 mulheres (18,6%) realizaram cirurgia e RT antes da QT; e três mulheres (2,1%) realizaram RT antes da QT. A quimioterapia adjuvante torna-se uma opção de escolha no tratamento em alguns casos de câncer de mama, diminuindo a chance de recidiva e aumentando a sobrevida da mulher. Após retirar o nódulo, cirurgicamente, a recidiva da neoplasia pode ocorrer através de possível micro metástases ocultas. Assim, a associação do esquema

quimioterápico com os retromencionados tratamentos pode erradicá-los (MACHADO; SAWADA, 2008).

Nos casos em que a cirurgia seja o tratamento inicial, é recomendável iniciar o tratamento quimioterápico adjuvante logo que a paciente esteja recuperada do procedimento cirúrgico.

Na revisão de estudos de Whelan *et al* (2000), a RT pós-cirurgia em pacientes que receberam QT, os benefícios na sobrevida foram encontrados em pacientes que iniciaram o tratamento radioterápico antes de seis meses após a cirurgia.

Por outro lado, apesar da efetividade da RT poder ser aumentada pela QT simultânea, a toxicidade também pode se elevar. Com isso, a utilização associada à RT e à QT com antracíclicos não é recomendada, devendo, pois, ser evitada, devido ao aumento de cardiotoxicidade da associação, e devendo, ainda, o início da RT ser protelado para após o término da terapia sistêmica (HADDAD, 2011; SHAPIRO, 1998).

Estudos de meta-análises (Early Breast Cancer Trialists Collaborative Group ,2000) têm mostrado que a mortalidade por câncer de mama pode ser significativamente reduzida pela radioterapia locorregional e pelas modernas técnicas atuais do tratamento radioterápico. Assim, algumas das pacientes com câncer de mama receberam RT como parte de seu tratamento inicial. Nesta dissertação, os protocolos mais utilizados foram TAC (ciclofosfamida + doxorrubicina + docetaxel), 54 (37,2%) mulheres e AC (adrisblatina + ciclofosfamida) em 18 (12,4%) mulheres.

Sabe-se que o uso sequencial de antraciclinas e taxanos (paclitaxel ou docetaxel) eleva a taxa de resposta objetiva, bem como de resposta patológica completa – chegando a 26% - 34%, além de associar-se a menor porcentagem de pacientes com comprometimento linfonodal com relação a esquema baseado em antraciclinas (GREEN *et al*, 2005; SMITH, *et al*, 2002; VAN DER HAGE, 2001). A administração concomitante de antraciclina e taxano (doxorrubicina e paclitaxel) ou de taxano e não antracíclico (paclitaxel e cisplatina) induz alta taxa de resposta clínica objetiva, variando de 89% - 91%, e baixa taxa de resposta patológica completa em 14% e 24% dos casos, respectivamente (HADDAD, 2011; NIXON *et al*, 1994; SHAPIRO *et al*, 1998).

Configurou-se que a maioria das pacientes encontrava-se no início do tratamento. O tempo de tratamento predominante da amostra estudada foi menor do que seis meses, em 97 mulheres. Sabe-se que mais mudanças na QV ocorrem entre o primeiro e o segundo ano depois da cirurgia (SALOMEN *et al*, 2010).

Estudos (ASHING-GIWA, 2007; BROWALL *et al*, 2008; NASCIMENTO, 2012; NICOLUSSI; SAWADA, 2011) mostraram consideráveis mudanças na QV geral e em suas várias dimensões em pacientes com câncer de mama em quimioterapia. As mulheres deste estudo consideraram satisfatória o seu estado de saúde e a qualidade de vida, evidenciado pelo escore da QVG (76,14), corroborando com o estudo de Silva; Albuquerque e Leite (2010).

Demonstrou-se com esta pesquisa que os escores do questionário EORTC QLQ C30 estão elevados em função física (70,39), em Dependência de Papéis (64,13), em Função Cognitiva (73,33) e em Função Social (76,89), indicando um nível regular a satisfatório dessas funções. Em contrapartida, nos estudos de Browall *et al* (2008); Nicolussi e Sawada (2011), a mulher que recebeu a QT apresentou significante diminuição da função física, social e cognitiva entre início e fim do tratamento (seis ciclos completos de QT).

Não houve escore significativo relacionado aos sintomas: dor, náuseas e vômitos, dispneia, diarreia, constipação, perda de cabelo, sintomas de braço e de mama, tampouco na função imagem corporal e sexual durante o tratamento quimioterápico nestas mulheres com câncer de mama.

É de bom alvitre ressaltar que a dor e a dispneia podem estar, geralmente, relacionadas a metástases (YUSTOS *et al*, 2009).

Náuseas e vômitos são efeitos adversos e desagradáveis, induzidos pela quimioterapia, experimentados em 70 - 80% dos pacientes em tratamento com QT. Entretanto, esses efeitos podem ser amenizados utilizando associações de fármacos antieméticos aos esquemas de QT, como é utilizado nas instituições do estudo. Assim, o efeito profilático atua agudamente e no tempo retardatário, já que as náuseas e vômitos podem ser nas primeiras 24 horas pós-QT, em 40 - 60% dos casos, ou em até cinco dias depois da administração da QT (ARROYO *et al*, 2012; SHIH; WAN; CHAN, 2009).

O escore considerado mais baixo das funções da primeira escala foi o da Função Emocional (M = 61,32). Na Revisão Bibliográfica da Literatura de Montazeri (2008) de 1974 até 2007 sobre QVRS em pacientes com câncer de mama, também, observou-se que a angústia psicológica em pacientes com câncer de mama está comumente relacionada à depressão, à ansiedade e à baixa função emocional e, ainda, à diminuição da QV, especialmente na função emocional e na saúde mental.

O apoio do companheiro e da família tem sido descrito na literatura como um aspecto importante para a saúde mental de pacientes com câncer e fatores de

proteção para depressão (BARDWELL *et al*, 2006), sendo que a falta de apoio tem sido associada a transtornos emocionais (CAPLETTE-GINGRAS; SAVARD, 2008).

Em estudo realizado na China, identificou que a magnitude da alteração na angústia psicológica proporciona um impacto significativo no estado físico e funcional, porém não no estado social da QV. Segundo autores, (WING; WONG, 2007; ZADONAI *et al*, 2010), a angústia está mais ligada aos sintomas, fatores do tratamento ou perda de habilidades do que relacionamentos familiares ou sociais.

Na escala de sintomas, os maiores escores, ou seja, os sintomas mais evidenciados foram: insônia (37,93), fadiga (36,01) e perda de apetite (33,56). O estudo corroborou com o de Browall *et al* (2008), que afirma haver aumento da fadiga e perda de apetite em mulheres com câncer de mama nessa fase. Com relação aos itens do instrumento QLQ BR-23, o resultado mostra que o escore EC = 50,07, ou seja, muitas mulheres apresentam efeitos colaterais da QT.

Entre os efeitos físicos da quimioterapia, a fadiga é o mais prevalente sintoma reportado e uma fonte de elevado estresse para as pacientes. Sendo esse sintoma definido como uma persistente e subjetiva sensação de cansaço, relacionado à doença ou ao seu tratamento, que interfere no desempenho das atividades usuais. É acompanhada por queixas de falta de energia, exaustão, perda de interesse por atividades anteriormente prazerosas, fraqueza, dispneia, dor, alterações de paladar, prurido, lentidão, irritabilidade e perda de concentração (BONASSA, 2005; CONCEIÇÃO; LOPES, 2008).

A condição física e o tratamento provocaram alguma dificuldade financeira (Média = 41,83), na maioria das pacientes. Autores afirmam, (LOTTI *et al*, 2008; VENÂNCIO, 2004), que durante o tratamento, a paciente vivencia perdas físicas e financeiras, e sintomas adversos, tais como: depressão e diminuição da autoestima, sendo necessárias constantes adaptações às mudanças físicas, sociológicas, sociais, familiares e emocionais ocorridas. Além disso, podem ocorrer limitações nas atividades da vida diária e mudanças biopsicossociais que também podem interferir na qualidade de vida, como a perda do emprego (MORTARI *et al*, 2010).

O escore satisfação sexual apresentou média = 50,50, isso quer dizer que há relativamente insatisfação na qualidade da relação. Estudo de Montazeri (2008) indica que a sua interrupção ou insatisfação com a vida sexual está relacionada a uma QV pobre em pacientes jovens, ao tratamento quimioterápico, a mastectomia total e dificuldades com parceiro no que diz respeito às relações sexuais. Como também,

pesquisas sugerem que problemas de funcionamento sexual são comuns em mulheres com câncer de mama em quimioterapia (BECKJORD; CAMPAS, 2007; BROECKEL *et al*, 2002; SHEPPARD; ELY 2008; SPAGNOLA *et al*, 2003).

Assim, quando a doença é detectada na mulher adulta, a gravidade da doença e o impacto na sua vida podem ser ainda maiores que em mulheres de meia-idade ou idosas (CASTRO; SALVADOR; MENEGHETTI, 2011). Os sintomas de menopausa precoce, como a sensação de calor, a falta de desejo sexual e falta de lubrificação vaginal também têm maior impacto na mulher jovem (BISH *et al,* 2005).

Mulheres em quimioterapia têm maior risco de apresentarem pior perspectivas futuras (SALOMEN *et al*, 2010), evidenciado no estudo pela Média do escore (46,20).

Outros autores apontam que o sexo feminino, baixo nível de escolaridade e não ter um companheiro podem estar relacionados a baixos níveis de qualidade de vida (ROGERSON, 1995). Ainda, que o melhor nível socioeconômico e de escolaridade, relação marital estável e cirurgia com conservação mamária estão associados a melhores taxas de qualidade de vida, inclusive a sexual (HUGUET *et al*, 2009).

Rebelo *et al*.(2007) realizaram um estudo avaliando a qualidade de vida em 60 mulheres portuguesas com câncer de mama, o qual obteve, como resultado comparativo, entre mulheres com companheiro e sem companheiro, que as pacientes sem companheiro apresentaram médias de funcionamento sexual maior do que as pacientes com companheiro. Já a presente pesquisa encontrou médias superiores de funcionamento sexual para as mulheres com companheiro.

Mulheres empregadas têm mais risco de mudanças negativas na imagem corporal do que mulheres aposentadas (SALOMEN *et al*, 2010)

Sabe-se que os parâmetros para qualidade de vida são dinâmicos, assim os índices de QV devem ser reavaliados periodicamente durante a doença e por todo o período de tratamento (AKIN *et al*, 2008).

As pesquisas que abordam a qualidade de vida englobam tanto a morbidade clínica causada diretamente pelo estado de doença, quanto às influências da doença e das terapêuticas sobre as atividades cotidianas e a satisfação de viver. Por meio da avaliação dos aspectos de qualidade de vida podem-se formular estratégias de intervenção, com o intuito de minimizar os efeitos da doença de caráter progressivo, bem como as alterações na qualidade de vida (MORTARI *et al*, 2010).

Em suma, os resultados do presente estudo mostram o quão importante é avaliar a QV e os domínios mais afetados da paciente com câncer de mama atendida em instituições de tratamento quimioterápico em Fortaleza. É relevante avaliar o bem-estar físico, psicológico, bem como o físico, o social e o ambiental para a qualidade de vida. Assim, para que a mulher com câncer de mama se sinta adaptada e com uma qualidade de vida razoável, é mais importante examinarmos a forma como ela se sente e se vê capaz de enfrentar a doença do que os indicadores da doença em si, como estágio ou tipo de cirurgia realizada (CASTRO; SALVADOR; MENEGHETTI, 2011).

Nesse sentido, o trabalho do enfermeiro é de grande importância à promoção da saúde dessas mulheres para obter melhores resultados frente ao tratamento e obter uma melhor qualidade de vida. É importante examinarmos, com maior atenção, avaliando o impacto da qualidade de vida, pós uma doença crônica como o câncer para suas vidas (CASTRO; SALVADOR; MENEGHETTI, 2011).

6 CONCLUSÃO

Ultimamente, pesquisadores da área da saúde têm intensificado os estudos sobre a qualidade de vida (QV). Com esta dissertação viu-se a possibilidade de conhecer o perfil das pacientes das instituições de referência em tratamento para o câncer de Fortaleza e avaliar a qualidade de vida dessa amostra.

Portanto, quando uma pessoa se depara com uma doença grave, como o câncer de mama, é importante que o tratamento seja realizado visando não só a cura, mas também a qualidade de vida dessas mulheres, mesmo quando o tratamento for para controle ou paliativo. É necessária a compreensão do significado da promoção à saúde e a sua relação com os fatores determinantes da qualidade de vida (físicos, sociais, ambientais, emocionais, culturais e individuais).

Concluiu-se com o presente estudo que as pacientes cearenses com câncer de mama apresentam mudanças nos domínios emocionais, financeiros, satisfação sexual, perspectivas futuras, e apresentam como sintomas, mais a fadiga, a insônia e a perda de apetite. Nesse diapasão, vê-se a necessidade de criar intervenções que possam minimizar esses domínios afetados e os sintomas.

Com o estudo, pode-se corroborar com as práticas clínicas pertinentes e as proposições de políticas de saúde que satisfaçam o paciente como um todo, considerando a percepção subjetiva do próprio indivíduo.

Sabe-se que o tempo de tratamento é bastante relevante, pois, há variação considerável de QV em grupos bem distintos no início de tratamento e em cuidados paliativos.

Face ao exposto, percebe-se que há a necessidade de realização de novos estudos que busquem preencher as lacunas desta dissertação, como avaliação da QV durante mais de um momento da QT, em uma população maior.

Além disso, os enfermeiros devem ser encorajados a realizar pesquisas científicas para identificar estratégias de prevenção e intervenção mais efetivas no controle e manejo dos domínios afetados e sintomas da QT, melhorando a qualidade de vida do paciente e valorizando o trabalho desse profissional.

REFERÊNCIAS

AKIN, S. *et al*. The quality of life and self-efficacy of Turkish breast cancer patients undergoing chemotherapy. **European Journal of Oncology Nursing**., v.12, p. 449-56. 2008.

ARONSON, N. K. *et al*. The European Organization for research and treatment of cancer QLQ-C30: A quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. **J Natl Cancer Inst**, v. 85, n. 5 p. 365-76, 1993.

BONASSA, E. M. A. **Enfermagem em terapêutica Oncológica**. 3. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2005.

ARROYO, A. J. *et al*. Estudio comparativo de eficacia y seguridad de dos protocolos antieméticos en quimioterapia ginecológica. **Farm Hosp**., v.36, n. 4, p.220-228, 2012.

ASHING-GIWA, K. T. *et al*. Examining predictive models of HRQOL in a population-based, multiethnic sample of women with breast carcinoma. **Qual. Life Res.,** v.16, p. 413-428, 2007.

BARDWELL, W. A. *et al*. Objective Cancer-Related Variables Are Not Associated With Depressive Symptoms in Women Treated for Early-Stage Breast Cancer. **Journal of Clinical Oncology**. v. 24, p. 2420-2427, 2006.

BEAR, H. D. *et al*. Sequential preoperative or postoperative docetaxel added to preoperative doxorubicin plus cyclophosphamide for operable breast cancer: National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project Protocol B-27. **J. Clin. Oncol.**, v. 24, p. 2019-27, 2006.

BECKJORD, E.; CAMPAS, B. E. Sexual quality of life in women 19. with newly diagnosed breast cancer. **J Psychosoc Oncol**., v. 25, n. 2, p.19-36, 2007.

BISH, A. *et al*. Understanding why women delay in seeking help for breast cancer symptoms. **Journal of Psychosomatic Research.,** v. 58, p. 321-326, 2005.

BONASSA, E. M. A. Conceitos gerais em quimioterapia antineoplásica. *In*: BONASSA, E. M. A.; SANTANA, T. R. **Enfermagem em terapêutica oncológica**. São Paulo (SP): Atheneu, 2005.

BRABO, E. P. **Validação para o Brasil do questionário de qualidade de vida para pacientes com câncer de pulmão QLQ LC 13 da Organização Europeia para a Pesquisa e Tratamento do Câncer 2006.** Dissertação. -- Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), 2006.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar : manual técnico** / Agência Nacional de Saúde Suplementar. – 2. ed. Rev. e Atual. – Rio de Janeiro: ANS, 2007.168 p.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Resolução nº. 196 de 10 de outubro de 1996.

Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Bioética**, Brasília, DF, v.4, n. 2, supl., p. 15-25, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Controle do câncer de mama. Documento de consenso. Abril 2004. Disponível em: < http://www.inca.gov.br/publicacoes/Consensointegra.pdf>. Acesso em: 20 set. 2011.

BROECKEL, J. A. *et al*. Sexual functioning in long-term breast cancer survivors treated with adjuvant chemotherapy. **Breast Cancer Res Treat**., v. 75, n. 3, p. 241-8, 2002.

BROWALL, M. et al. Health-related quality of life during adjuvant treatment for breast cancer among postmenopausal women. **European Journal of Oncology Nursing**., v. 12, p. 180–189, 2008.

CAÑADA, J. M. B. *et al*. Influencia de los factores clínicos y biográficos en la calidad vida de las mujeres durante la quimioterapia adjuvante por cáncer de mama. **Revista Calidad Asistencial**, Barcelona, v.26, n. 5, p. 299-305, 2011.

CANGUSSU, R. O. *et al.* Sintomas depressivos no câncer de mama: Inventário de Depressão de Beck – Short Form. **J. Bras. Psiquiatr**., v.59, n.2, p.106-110, 2010.

CAPLETTE-GINGRAS, A.; SAVARD, J. Depression in women with metastatic breast cancer: A review of the literature. **Palliative and Supportive Care**., v. 6, n. 4, p. 377-387, December. 2008.

CASTRO, E. K; SALVADOR, C.; MENEGHETTI, B. M. Qualidade de Vida, Bem Estar-Psicológico e Autoeficácia em Mulheres Jovens com Câncer de Mama. **R. Interam. Psicol.,** v.45, n. 1, 2011.

CONCEIÇÃO, L. L.; LOPES, R. L. O Cotidiano de mulheres mastectomizadas: do diagnóstico à quimioterapia. **Revista enfermagem UERJ**.,v. 16, n.1, p. 26-31, 2008.

COSTA, M. S.; SILVA, M. J. Qualidade de vida e trabalho: o que pensam os enfermeiros da rede básica de saúde. **Rev Enferm. UERJ**., v.15, p 236-41, 2007.

DELGADO-SANZ, M. C. *et al*. Heath-related quality of life in Spanish breast cancer patients: a systematic review. **Health and Quality of Life Outcomes**. 2011. Disponível em: <http://www.hqlo.com/content/9/1/3.>. Acesso em: out. 2012.

DEL GIGLIO, A., SAMANO, E.S.T. Principais substâncias terapêuticas contra o câncer. In: Waitzberg DL. Dieta, nutrição e câncer. São Paulo: Atheneu; p. 123-38, 2004.

EARLY BREAST CANCER TRIALISTS COLLABORATIVE GROUP. Favourable and unfavourable effects on long-term survival of radiotherapy for early breast cancer: an overview of the randomised trials. **Lancet**., v. 355, p. 1757-70, 2000.

EVANGELISTA, A. L.; SANTOS, E. M. M. Cluster of symptoms in women with breast cancer treated with curative intent. **Support Care Cancer,** v.20, p. 1499-1506, 2012.

EUROPEAN ORGANIZATION FOR RESEARCH AND TREATMENT OF CÂNCER QUALITY OF LIFE QUESTIONNAIRE . **EORTC QLQ- C30 Scoring Manual.** Third edition, 2001.

FAYERS, P. M.; MACHIN, D. **Quality of life:** assessment, analysis and interpretation**.** Chichester (USA): Wiley & Sons, 2000.

FERRELL, B. R. *et al*. Quality of life in breast cancer Part I: physical and social well-being. **Cancer Nursing**, v.20, n.6, p. 398-408, 1997.

FERREL, B. *et al*. The meaning of quality of life for bone marrow transplant on quality of life. Part I, The impact of bone marrow transplant on quality of life. **Cancer Nurs**, v.15, p. 153-169, 1992.

FISHER, B. *et al*. Effect of preoperative chemotherapy on the outcome of women with operable breast cancer. **J. Clin. Oncol**., v.16, p. 2672-85, 1998.

FOLGUEIRA, M. A. A. K. *et al*. Perfil transcricional e resposta à quimioterapia neoadjuvante em câncer de mama. **Rev. Assoc. Med. Bras.,** v.57, n. 3, p.353-358, 2011.

FORONES, N. M.; JESUS-GARCIA F. R.; TADOKORO, H.; FREIRE, C. A. R. **Oncologia - Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar**. Barueri: Manole, 2005.

GASPAR, J. et al. Qualidade de vida de mulheres vivendo com o HIV/AIDS de um município do interior paulista. **Rev Esc Enferm USP,** v. 45, n. 1, p. 230-6, 2011.

GREEN, M. C. *et al*. Weekly paclitaxel improves pathologic complete remission in operable breast cancer when compared with paclitaxel once every 3 weeks. **J Clin Oncol**., v.23 p. 5983-92, 2005.

HADDAD, C. F. Radioterapia adjuvante no câncer de mama operável. **FEMINA,** v. 39, n. 6, p. 296- 302, jun. 2011.

HIDALGO- RASMUSSEN, C. A. *et al*. Calidad de vida, según percepción y comportamientos de control del peso por género, en estudiantes universitarios adolescentes en Mexico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.1, p. 67-77, jan. 2011.

HOPWOOD, P. *et al.* The impact of age and clinical factors on quality of life in early breast cancer: an analysis of 2208 women recruited to the UK STAR Trial (Standardisation of Breast Radiotherapy Trial). **Breast**, v.16, n.3, p.:241-51, 2007.

HUGUET, P. R. *et al*. Qualidade de vida e sexualidade de mulheres tratadas de câncer de mama. **Rev Bras Ginecol Obstet**., v. 31, n. 2, p. 61-7, 2009.

HULLEY, S. B. *et al*. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**- 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). **Estimativas de incidência e mortalidade por câncer no Brasil.** Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: < http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/index.asp?link=conteudo_view.asp&ID=5> Acesso em: 15 set. 2010.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil.** Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/inca/portal/home/resultado_google?cx=010073521928636456001%3Anvzk35o2j-c&cof=FORID%3A9&ie=UTF-8&q=&sa=Pesquisar. Acesso em: fev. 2012.

KAGAWA- SINGER, M.; BAMBOO, O. A. K. **A comparative study of adaptation to cancer by Japonese- American and Anglo-American Cancer Patients.** Dissertation. Anthropology, University of California at Los Angeles, Los Angeles, CA, 1988.

KAGAWA-SINGER, M; PADILLA, G. V.; ASHING-GIWA, K. Health-related quality of life and culture. **Seminars in Oncology Nursing**, v.26, n.1, p. 59-67, 2010.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia da pesquisa em saúde**. 2. ed. Florianópolis: UFSC/Pós-graduação em Enfermagem, 2002.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação crítica e utilização. 4. ed. Guanabara Koogan, 2001.

LOTTI, R. C. B, *et al*. Impacto do tratamento de câncer de mama na Qualidade de Vida. **Revista Brasileira de Cancerologia**., v.54, n. 4, p. 367-371, 2008.

MACHADO, S. M.; SAWADA, N. O. Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico adjuvante. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.17, n.4, p. 750-7, out-dez. 2008.

MAKLUF, A. S. D.; DIAS, R. C.; BARRA, A. A. Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer da mama. **Revista Brasileira de Cancerologia,** v**.** 52, n.1, p. 49-58, 2006.

MATOS, J. C.; PELOSO, S. M.; CARVALHO, M. D. B. Fatores associados à realização da prevenção secundária do câncer de mama no Município de Maringá, Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 5, p. 888-898, mai. 2011.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciênc. Saúde Coletiva**. v.5, p. 7-18. 2000.

MONTAZERI, A. Health- related quality of life in breast câncer patients: a bibliographics reviem of the literature from 1974 to 2007. **J. Exp Clin Cancer Res.,**. v. 29, p. 27-32, 2008.

MORAES, A. B. *et al*. Estudo da sobrevida de pacientes com câncer de mama atendidas no hospital da Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n.10, p. 2219-2228, out. 2006.

MORTARI, D. M. *et al*. Qualidade de vida de indivíduos com doença renal crônica terminal submetidos à hemodiálise. **Sci. Med**.,. v. 20, n.2, p.156-160, 2010.

MOURÃO, C. M. L. *et al*. Perfil de Pacientes Portadores de Câncer de Mama em um Hospital de Referência no Ceará. **Rev. RENE**, Fortaleza, v. 9, n. 2, p. 47-53, abr./jun.2008

NASCIMENTO, T. G. **Neutropenia e qualidade de vida em mulheres com câncer de mama durante o tratamento quimioterápico**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). -- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ USP, 2012.

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

NIXON, A. J. *et al*. The relation between the surgery-radiotherapy interval and treatment outcome in patients treated with breast conserving surgery and radiation therapy without systemic therapy. **Int J Radiat Oncol Biol Phys.,** v.30, p. 17-21, 1994.

PAIVA, S. M. M. **Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico adjuvante.** Dissertação (Mestrado).-- Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2006.

PEDROSA, D. F. A. *et al*. Avaliação da qualidade de vida em clientes com dor crônica isquêmica. **Rev. Latino- Am. Enfermagem,** v. 19, n. 1, jan./fev. 2011.

PINHO, V. F. S.; COUTINHO, E. S. F. Variáveis associadas ao câncer de mama em usuárias de unidades básicas de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, p. 1061-9, 2007.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. Avaliação de Evidências para a Prática de Enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

RANG, H. P; DALE, M. M. **Farmacologia.** 7.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.

REBELO, V. *et al*. Avaliação da qualidade de vida em mulheres com cancro de mama: um estudo exploratório com 60 mulheres portuguesas. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v.8, n.1, p. 13-32, 2007.

ROGERSON, R. J. Environmental and health-related quality of life: conceptual and methodological similaries. **Soc Sci Med.**, v.41, p. 373-82, jan. 1995.

SACCOMANN, I. C. R.; CINTRA, F. A.; GALLANI, B. J. Qualidade de vida relacionada à Saúde em Idosos com Insuficiência cardíaca: avaliação com instrumento específico. **Acta Paul Enferm.;** v**.** 24, n. 2, p. 179-84, 2011.

SALOMEN, P. *et al*. Changes in quality of life in patients with breast cancer. **Journal of Clinical Nursing,**. v. 20, p. 255-266, 2010.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. H.; LUCIO, P. B. **Metodologia de pesquisa**. 3. ed. São Paulo: McGraw-Hill, 2006.

SANTOS, D. B.; VIEIRA, E. M. Imagem corporal de mulheres com câncer de mama: uma revisão sistemática da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 5, p. 2511-2522, 2011.

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

SHAPIRO, C. L. *et al*. Cardiac effects of adjuvant doxorubicin and radiation therapy in breast cancer patients. **J Clin Oncol**, v.16, p. 3493-3501,1998.

SHEPPARD, L. A.; ELY, S. Breast cancer and sexuality. **Breast J.,** v.14, n.2, p.176-81, 2008.

SHIH, V.; WAN, H. S.; CHAN, A. Clinical predictors of chemotherapy-induced nausea and vomiting in breast cancer patients receiving adjuvant doxorubicin and cyclophosphamide. **Annals of Pharmacotherapy.,** v. 43, p. 444–452, 2009.

SILVA, C. B.; ALBUQUERQUE, V.; LEITE, J. Qualidade de Vida em Pacientes Portadoras de Neoplasia Mamária Submetidas a Tratamentos Quimioterápicos. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 56, n.2, p. 227-236, 2010.

SILVA, F. A.; LATORRE, M. R. D. O. **Validação e reprodutibilidade de questionários de QV específicos para o câncer de mama**. 2008. Dissertação. -- Fundação Antônio Prudente, Hospital do Câncer de São Paulo, São Paulo, 2008.

SMITH, I. C. *et al*. Neoadjuvant chemotherapy in breast cancer: significantly enhanced response with docetaxel. **J Clin Oncol**., v.20, p. 1456-66, 2002.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ONCOLOGIA CLÍNICA (SBOC). Manual de Condutas. Oncologia Clínica. **Revista da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica**, 2011. ISSN 1806-6054

SPAGNOLA, S. et al. The satisfaction with life domains scale for breast cancer (SLDS-BC). **Breast J**., v.9, n.6, p. 463-71, 2003.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad Saúde Pública,** v.20, n.2, p.580-8, 2004.

SCHUTTINGA, J. A. Quality of life from a federal regulatory perspective. In: Dimsdale JE, Baum A, edit o r s. **Quality of life in behavioral medicine research.** New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 1995. p. 31-42.

TAYLOR, E. J. Spirituality, culture, and cancer care. **Semin. Oncol. Nurs.,** v.17, p.197-205, 2001.

TRENTHAM-DIETZ, A. *et al*. Health-related quality of life before and after a breast cancer diagnosis. **Breast Cancer Res Treat.,** v. 109, p. 379-87, 2008.

VAN DER HAGE, J. A. *et al*. Preoperative chemotherapy in primary operable breast cancer: results from the European Organization for Research and Treatment of Cancer trial 10902. **J Clin Oncol**., v.19, p. 4224-37, 2001.

VENÂNCIO, J. L. Importância da atuação do psicólogo no tratamento de mulheres com câncer de mama. **Rev Bras Cancerol**., v. 50, n.1, p.55-63, 2004.

VERDE, S. M. M. L. *et al*. Aversão alimentar adquirida e qualidade de vida. **Rev. Nutr**., Campinas, v.22, n.6, p.795-807, nov./dez. 2009.

YUSTOS, M. A. *et al*. Cáncer de mama (I). **Medicine**, v.10, n. 24, p.1575-82, 2009.

WING, S.; WONG, R. F. Change in quality of life in Chinese women with breast cancer: changes in psychological distress as a predictor. **Support Care Cancer**, v. 15, n. 11, p. 1223-30, 2007.

WHELAN, T. J. *et al*. Does locoregional radiation therapy improve survival in breast cancer? A meta-analysis. **J Clin Oncol**., v. 18, p. 1220-9, 2000.

ZANDONAI, A. P. *et al*. Qualidade de vida nos pacientes oncológicos: revisão integrativa da literatura latino- americana. **Rev. Eletr Enferm.,** v. 12, n.3, p. 554-61, 2010. Disponível em: <http:/ www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a20.htm > . Acesso em: jul. 2012.

APÊNDICE A: **Universidade Federal do Ceará – UFC**
Comitê de Ética em Pesquisa (COMEPE)
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

1 Declaração sobre a pesquisa
Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa tem como título **QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA EM QUIMIOTERAPIA**, objetiva avaliar a qualidade de vida de mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico através da utilização dos questionários: EORTC QLQ– C30 (Questionário de Qualidade de Vida da Organização Europeia de Pesquisa e Tratamento do Câncer- Contendo 30 Itens)(Versão 3.0) e módulo para câncer de mama EORTC QLQ- BR23.

2 Declaração sobre o uso do material e/ou dados coletados
Declaro que o resultado do estudo e as informações coletadas serão usados somente em favor da ciência e para melhoria da assistência à mulheres com câncer de mama e suas famílias, bem como, aos profissionais da instituição de saúde pesquisada, não trazendo nenhum risco para a comunidade pesquisada e em geral. Informo que sua identidade não será revelada. Os resultados deste estudo poderão ser divulgados em revista e encontros científicos. Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas.
Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas a serem realizadas sob a forma de entrevista preenchendo o formulário sobre os dados sócio- demográficos e clínicos e os questionários: EORTC QLQ – C30 e módulo EORTC QLQ- BR23. O primeiro instrumento contêm 30 itens, incluem uma escala de qualidade de vida e saúde global, cinco escalas funcionais: função física, função cognitiva, função emocional, função social e desempenho de papéis, escalas de sintomas: fadiga, dor, náuseas, vômitos, dor, dispneia, insônia, perda de apetite, constipação, diarreia, escala de avaliação do impacto financeiro do tratamento e da doença. No outro constam 23 questões, incorporadas em multi-itens, para mensurar efeitos colaterais da quimioterapia, sintomas relacionados ao braço e à mama, imagem corporal e função sexual, satisfação sexual, distúrbio pela perda de cabelo e perspectivas futuras.

3 Informações relativas aos sujeitos da pesquisa
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi elaborado de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, específico para ser assinado pelo entrevistado tendo sido submetido ao **Comitê de Ética em Pesquisa da UFC(COMEPE),** (85) 3366-8344.

4 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
Eu, _____, sou responsável pelas informações fornecidas a este estudo, tendo sido informada(o) sobre os seus objetivos. Dessa forma, a presente pesquisa será desenvolvida, e concordo livremente em responder as questões que me forem feitas relacionadas ao tema apresentado, e que os resultados deste estudo poderão ser divulgados em revista e encontros científicos. Fui também informada(o) que, em qualquer fase da pesquisa posso desistir de minha participação, sem qualquer penalização, e que a mesma não me trará nenhum dano físico ou moral.

_____
Participante

5 Termo de Compromisso do Pesquisador
Eu, Sâmya Aguiar Lobo, pesquisadora responsável por este projeto, tenho o compromisso de cumprir os termos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

_____
Pesquisador:
RG:99002318759/ telefone: (85) 88802438
Orientadora: Ana Fátima Carvalho Fernandes / Telefone: 33668460

APÊNDICE B: QUESTIONÁRIO DE DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS

Inicias: _____

Idade: _____ Data de nascimento: _____/ _____/ _____

Procedência: _____

Estado civil: _____

Escolaridade: _____

Profissão: _____ Ocupação atual: _____

Renda mensal: _____

Data do diagnóstico:_____

Início do tratamento: _____

Tratamento associado: _____ qual: _____

Tipo de esquema utilizado: _____

Tempo de tratamento: _____

ANEXO A: Resposta à solicitação do uso dos instrumentos da EORTC

Mensagem de impressão do Hotmail

QLQ-C30 download request from SAMYA AGUIAR LOBO

De: **qlqc30@eortc.be**
Enviada: sábado, 21 de janeiro de 2012 13:40:13
Para: samya_lobo@hotmail.com

Dear Sir/Madam,

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

Best regards,

Your data:

Title: Ms
Firstname: SAMYA
Lastname: AGUIAR LOBO
Hospital/Institution: UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
Address: Alexandre Barauna Street, 1115
County/State: FORTALEZA, CEARÁ
Postal Code: 60055-210
Country: Brazil
Phone: (85) 33668455
Fax:
Email: samya_lobo@hotmail.com
Protocol: breast cancer

Documents requested:

Breast Module (BR23) in Portuguese
QLQ-C30 Scoring Manual
Scoring Instructions: Breast BR23

URLs:

If the links don't work, you can copy and paste the entire URL (so with .pdf included) into your browser and that should work.If you are having other technical difficulties please contact us by email: qlqc30@eortc.be

ANEXO B: PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Universidade Federal do Ceará
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. Nº 65/12 Fortaleza, 16 de março de 2012.
Protocolo COMEPE nº: 10/12
Pesquisador responsável: Sâmya Aguiar Lobo.
Título do Projeto: "Qualidade de vida de mulheres com câncer de mama em quimioterapia"

Levamos ao conhecimento de V.Sª. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará – COMEPE, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 e complementares, aprovou o protocolo e o TCLE do projeto supracitado na reunião do dia 15 de março de 2012.

Outrossim, informamos, que o pesquisador deverá se comprometer a enviar o relatório final do referido projeto.

Atenciosamente,

Dr. Fernando A. Frota Bezerra
Coordenador do Comitê
de Ética em Pesquisa
COMEPE/UFC

ANEXO C: Questionário EORTC QLQ – C30 (Versão 3.0)

EORTC QLQ – C30

Iniciais do nome: |___|___|___|___|___|___|
Data da coleta |___|___|___|

Responda, por favor, a todas as perguntas fazendo um círculo no número que melhor se aplica a você. Não há respostas certas ou erradas. A informação que você fornecer permanecerá estritamente confidencial.

	Não	Pouco	Moderadamente	Muito
1. Você tem qualquer dificuldade quando faz grandes esforços, por exemplo carregar uma bolsa de compras pesada ou uma mala?	1	2	3	4
2. Você tem qualquer dificuldade, quando faz uma grande caminhada?	1	2	3	4
3. Você tem qualquer dificuldade quando faz uma curta caminhada fora de casa?	1	2	3	4
4. Você tem que ficar numa cama ou na cadeira durante o dia?	1	2	3	4
5. Você precisa de ajuda para se alimentar, se vestir, se lavar ou usar o banheiro?	1	2	3	4

DURANTE A ÚLTIMA SEMANA:

	Não	Pouco	Moderadamente	Muito
6. Você se sentiu limitado/a para realizar seu trabalho ou cumprir suas atividades diárias?	1	2	3	4
7. Você se sentiu limitado/a em suas atividades de lazer?	1	2	3	4
8. Você teve falta de ar?	1	2	3	4
9. Você tem tido dor?	1	2	3	4
10. Você precisou repousar?	1	2	3	4
11. Você tem tido problemas para dormir?	1	2	3	4
12. Você tem se sentido fraco/a?	1	2	3	4
13. Você tem tido falta de apetite?	1	2	3	4
14. Você tem se sentido nauseado/a?	1	2	3	4

DURANTE A ÚLTIMA SEMANA:

	Não	**Pouco**	**Moderadamente**	**Muito**
15. Você tem vomitado?	1	2	3	4
16. Você tem ficado constipado?	1	2	3	4
17. Você tem tido diarréia?	1	2	3	4
18. Você esteve cansado/a?	1	2	3	4
19. A dor interferiu em suas atividades diárias?	1	2	3	4
20. Você tem tido dificuldade para se concentrar em coisas, como ler jornal ou ver televisão?	1	2	3	4
21. Você se sente tenso/a?	1	2	3	4
22. Você esteve preocupado/a?	1	2	3	4
23. Você se sentiu irritado/a facilmente?	1	2	3	4
24. Você se sentiu deprimido/a?	1	2	3	4
25. Você tem tido dificuldade para se lembrar das coisas?	1	2	3	4
26. A sua condição física ou o tratamento médico tem interferido em sua vida familiar?	1	2	3	4
27. A sua condição física ou o tratamento médico tem interferido em suas atividades sociais?	1	2	3	4
28. A sua condição física ou o tratamento médico tem lhe trazido dificuldades financeiras?	1	2	3	4

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

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

1 2 3 4 5 6 7

Péssima Ótima

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

1 2 3 4 5 6 7

Péssima Ótima

ANEXO D: Questionário EORTC QLQ – BR23

EORTC QLQ – BR23

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

Durante a última semana:

	Não	Pouco	Moderadamente	Muito
31. Sentiu a boca seca?	1	2	3	4
32. O que comeu e bebeu teve um sabor diferente do normal?	1	2	3	4
33. Sentiu os olhos doridos, irritados ou lacrimejantes?	1	2	3	4
34. Teve queda de cabelo?	1	2	3	4
35. Responda a esta pergunta apenas se teve queda de cabelo: A queda de cabelo perturbou você?	1	2	3	4
36. Sentiu-se doente ou indisposta?	1	2	3	4
37. Sentiu arrepios de calor?	1	2	3	4
38. Sentiu dor de cabeça?	1	2	3	4
39. Você se sentiu menos bonita devido à sua doença ou tratamento?	1	2	3	4
40. Você se sentiu menos mulher como resultado de sua doença ou tratamento?	1	2	3	4
41. Achou difícil observar-se nua?	1	2	3	4
42. Sentiu-se insatisfeito(a) com seu corpo?	1	2	3	4
43. Sentiu-se preocupado(a) com sua saúde futura?	1	2	3	4

Durante as últimas quatro semanas:

	Não	Pouco	Moderadamente	Muito
44. Até que ponto sentiu desejo sexual?	1	2	3	4
44. Até que ponto sentiu desejo sexual?	1	2	3	4
45. Com que freqüência foi sexualmente ativa (teve relações sexuais) / (com ou sem relação sexual)	1	2	3	4
46. Responda a esta pergunta apenas se tiver sido sexualmente ativa: Até que ponto o sexo foi satisfatório para você?	1	2	3	4

Durante a última semana:

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