



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

NILZA MARIA DE ABREU LEITÃO

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE
MULHERES COM CÂNCER DE MAMA E OVÁRIO EM QUIMIOTERAPIA
ADJUVANTE**

FORTALEZA-CEARÁ

2014

NILZA MARIA DE ABREU LEITÃO

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE
MULHERES COM CÂNCER DE MAMA E OVÁRIO EM QUIMIOTERAPIA
ADJUVANTE**

Dissertação apresentada a Banca Examinadora do curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Ana Karina Bezerra Pinheiro

FORTALEZA-CEARÁ

2014

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

L549a Leitão, Nilza Maria de Abreu
 Avaliação da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde de mulheres com câncer de mama e
 ovário em quimioterapia adjuvante / Nilza Maria de Abreu Leitão. – 2014.
 78f. : enc. ; 30 cm.

 Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia,
 Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2014.
 Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde
 Orientação: Profa. Dra. Ana Karina Bezerra Pinheiro

 1. Qualidade de Vida. 2. Quimioterapia. 3. Enfermagem Oncológica. I. Título.

CDD: 610.73698

NILZA MARIA DE ABREU LEITÃO

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE
MULHERES COM CÂNCER DE MAMA E OVÁRIO EM QUIMIOTERAPIA
ADJUVANTE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em __/__/__

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Ana Karina Bezerra Pinheiro(Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^a. Dr^a. Míria Conceição Lavinias Santos (Membro Efetivo)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^a. Dr^a. Saiwori de Jesus Bezerra da Silva (Membro Efetivo)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^a. Dr^a. Nirla Gomes Guedes (Suplente)
Escola Cearense de Oncologia (ECO)

Vitória

*Não adianta vencer sem melhorarmo-nos.
O lugar em que você vive é o seu campo de ação. Os inimigos a
vencer estão em nós mesmos.
Os outros são sempre o público que nos segue.
O seu setor de engajamento é o seu próprio trabalho.
Comandos e ordenanças, companheiros e inspetores são os
parentes e amigos.
As suas armas eficientes e, das mais importantes, são amor e a
humildade, o conhecimento e a paciência.
Ordens a observar: trabalhar e servir.
Programa diário: “Amar o próximo como a si mesmo”.
Sinal de promoção: dever cumprido.
Marca de vitória: alegria interior como a benção de Deus que
nenhuma palavra do mundo consegue traduzir.*

*André Luiz,
Psicografado por Francisco C. Xavier*

AGRADECIMENTOS

Nesse momento de muita felicidade e realização gostaria de agradecer primeiramente a **Deus e a Espiritualidade**, nosso criador, companheiro e intercessor de todas as nossas realizações e conquistas alcançadas durante uma vida iluminada.

A minha pequena e abençoada filha **Maria Eduarda** que esteve comigo intra-útero durante esses últimos oito meses de trajetória e luta, compartilhando todo o esforço empenhado e contribuindo de forma excepcional para a conquista desses dois grandes sonhos: ser mestre e ser mãe!

Dedico a grande realização desse sonho aos meus grandiosos pais, **minha mãe, Rosa Maria** e ao **meu pai José Humberto**. Eles são os meus mestres e estão sempre ao meu lado, apoiando nos momentos de decisões e compartilhando alegrias.

A toda **minha família**, irmãs, sobrinhos, avós, tios e cunhados que compartilhou comigo momentos de muita luta, alegria e pelo apoio incondicional.

Ao meu companheiro, **Carlos Renato**, pelo amor, carinho, companheirismo, amizade e aprendizado durante todos os momentos dessa conquista. Obrigada pela realização do sonho de ser mãe e mulher. Você é especial e que o nosso amor seja eterno enquanto dure.

A minha orientadora, professora e grande amiga, **Ana Karina Bezerra Pinheiro**, só tenho a agradecer pela amizade, incentivo, carinho e aprendizado durante essa trajetória acadêmica. Obrigada pelos os momentos de alegria e pelo apoio nas horas difíceis.

Ao **projeto de pesquisa, Saúde Sexual e Reprodutiva**, inserido na linha de Pesquisa Enfermagem na saúde da Família e Redes Sociais de Apoio do grupo FAMEPE, por ter proporcionado grandes experiências de aprendizado, conhecimento e formação intelectual.

As enfermeiras e doutoras, **Miria, Saiwori e Nirla** por aceitarem participar da banca examinadora desse estudo e amizade.

A **Dra. Ana Angélica** que contribuiu de forma incentivadora para a realização desse projeto e acreditou na minha capacidade de realizá-lo.

As **mulheres** sujeitos do estudo por colaborarem para a realização desta pesquisa.

RESUMO

LEITÃO, Nilza Maria de Abreu. **Avaliação da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde de mulheres com câncer de mama e ovário em quimioterapia adjuvante.** [Mestrado Acadêmico em Enfermagem]. Orientadora: Profa. Dra. Ana Karina Bezerra Pinheiro. 2014.

Este trabalho de investigação teve como objetivo avaliar a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde de mulheres com cânceres de mama e ginecológico submetidas à quimioterapia antineoplásica adjuvante. Estudo de natureza descritiva com delineamento transversal e abordagem quantitativa. O local da pesquisa foi o setor de quimioterapia de uma instituição hospitalar filantrópica de nível terciário e referência em cirurgia oncológica na cidade de Fortaleza-Ce. A amostra do estudo foi composta por 72 mulheres. A coleta de dados foi realizada no período de abril a maio de 2012. Após dado o consentimento informado, todas as mulheres participaram de uma entrevista individual e preencheram o protocolo de investigação constituído por um questionário de dados sócio demográficos e pela escala da European Organization for Research and Treatment of Cancer: Avaliação da Qualidade de Vida do doente oncológico (QLQ-C30 versão 3.0). Do estudo analítico realizado, destacam-se os seguintes resultados: A medida global de QV foi considerado pela maioria como “ótima” com predomínio das notas 6 e 7. A sub-escala no item Funcionamento social obteve melhor escore com 54,2. Em contrapartida, os piores desempenhos das mulheres foram observados no nível do Desempenho de Papéis, Funcionamento Emocional, Físico e Cognitivo. Quanto aos sintomas mais frequentes ou intensos foram relatados a dor, fadiga, insônia e perda de apetite. No extremo oposto, estavam a dispnéia, náuseas e vômitos, com um escore médio de 81,9 e 86,1, respectivamente. O item referente à Dificuldade Financeira mostrou-se como fator que influencia negativamente na Qualidade de Vida com representação de 44,4 na média de escore. Conclui-se que a interação entre os quadros clínicos e os tratamentos da doença coexistente tem efeitos cumulativos e deletérios sobre a Qualidade de Vida, acentuando as preocupações específicas relacionadas ao câncer. Ressalta-se que os fatores preditivos de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde identificados neste estudo devem ser foco de maior atenção na prática assistencial e podem representar pontos de partida para estudos futuros que abordem, em profundidade, os diferentes aspectos que envolvem a QV de pacientes com câncer.

Descritores: Qualidade de Vida; Quimioterapia; Enfermagem oncológica

ABSTRACT

This research work aimed to assess the Health-Related Quality of Life of women with breast and gynecological cancer undergoing adjuvant antineoplastic chemotherapy. A descriptive study with cross-sectional design and quantitative approach. The research took place at the chemotherapy ward of a nonprofit tertiary referral hospital for cancer surgery in Fortaleza-CE, Brazil. The study sample consisted of 72 women. Data collection happened from April to May 2012. After given informed consent, all women participated in individual interviews and completed the research protocol consisting of a questionnaire of socio-demographic data and the scale of the European Organization for Research and Treatment of Cancer: Quality of Life Evaluation in cancer patients (QLQ-C30 version 3.0). From the analytical study, we highlight the following results: most patients considered the overall QOL measure as “great” with predominant scores 06 and 07. The sub-scale of the item for Social Functioning had the best score with 54.2. On the other hand, we observed the worst performances of women in the Role Performance, Emotional, Physical, and Cognitive Functioning. Regarding the most frequent or intense symptoms, the most reported were pain, fatigue, insomnia, and loss of appetite. At the opposite extreme were dyspnea, nausea and vomiting, with a mean score of 81.9 and 86.1, respectively. The item relating to Financial Difficulty represented a factor that negatively influences the Quality of Life with representation of 44.4 on the average score. Thus, we conclude that the interaction between clinical situation and treatments for the coexisting disease have cumulative and deleterious effects on Quality of Life, emphasizing the specific concerns related to cancer. It is worth mentioning that the predictive factors for Health-Related Quality of Life identified in this study should receive more attention in the health care practice, they may represent also starting points for future studies that address in depth the different aspects involving the QOL of cancer patients.

Descriptors: Quality of Life; Drug Therapy; Oncology Nursing.

RESUMEN

El objetivo de la investigación fue evaluar la calidad de vida relacionada con la salud de las mujeres con cánceres de mama y ginecológico sometidas a quimioterapia antineoplásica adyuvante. Estudio descriptivo, con enfoque transversal y cuantitativo. El sitio de la investigación fue el sector de quimioterapia de hospital sin fines de lucro y terciario de referencia para cirugía de cáncer en Fortaleza-CE, Brasil. La muestra del estudio consistió de 72 mujeres. La recolección de datos se llevó a cabo entre abril y mayo de 2012. Después de consentimiento informado, las mujeres participaron de entrevistas individuales y completaron el protocolo de investigación compuesto por un cuestionario de datos sociodemográficos y la escala *European Organization for Research and Treatment of Cancer: Evaluación de la Calidad de Vida de los pacientes con cáncer (QLQ-C30 versión 3.0)*. Del estudio analítico, se destacan los siguientes resultados: La medida general la calidad de vida fue considerado por la mayoría como "óptima" con notas predominantes 6 y 7. La subescala en el ítem Funcionamiento social obtuvo mejor puntuación con 54.2. Por el contrario, se observaron las peores actuaciones de la mujer en el nivel del Desarrollo de funciones, Funcionamiento emocional, Físico y Cognitivo. En cuanto a los síntomas más frecuentes o intensos se registraron dolor, fatiga, insomnio y pérdida de apetito. En el extremo opuesto, estaban disnea, náuseas y vómitos, con puntuación media de 81,9 y 86,1, respectivamente. El ítem relativo a la Dificultad financiera se presentó como factor que influye negativamente en la calidad de vida con la representación de 44,4 en la puntuación media. La interacción entre los cuadros clínicos y los tratamientos de la enfermedad coexistente tiene efectos acumulativos y perjudiciales sobre la calidad de vida, señalando las preocupaciones específicas relacionadas con el cáncer. Es de destacar que los factores predictivos de la calidad de vida relacionada con la salud, identificados en este estudio, en que deben ser foco de mayor atención en la práctica de la atención de la salud y puede representar los puntos de partida para futuros estudios que abordan en profundidad los diferentes aspectos de la calidad de vida de los pacientes con cáncer.

Descriptores: Calidad de Vida; Quimioterapia; Enfermería oncológica.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição das mulheres segundo os dados sócio-demográficos. Fortaleza, CE. 2012. n=72.....	40
Tabela 2	Distribuição das mulheres segundo os dados clínico-terapêuticos. Fortaleza, CE. 2012. n=72.....	41
Tabela 3	Distribuição das mulheres segundo os dados sócio-demográficos em associação com a escala EORTC Total. Fortaleza, CE. 2012. n=72.....	43
Tabela 4	Distribuição das mulheres segundo os dados clínico-terapêuticos em associação com a escala EORTC Total. Fortaleza, CE. 2012. n=72.....	44
Tabela 5	Frequência, Média e Desvio Padrão das escalas do instrumento EORTC-QLQ-C30. Fortaleza, CE. 2012. n=72.....	45
Tabela 6	Associação entre as escalas do instrumento EORTC-QLQ-C30 Total. Fortaleza, CE. 2012. n=72.....	46

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC-T	Adriamicina + Ciclofosfamida + Paclitaxel
AME	Autoexame de Mama
BRCA	Breast Cancer
COMEPE	Comitê de Ética e Pesquisa
CONAN	Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
DNA	Ácido Desoxirribonucléico
FAC	Fluouracila + Adriamicina + Ciclofosfamida
FEC	Fluouracila + Epirrubicina + Ciclofosfamida
HER2	trastuzumabe (Herceptin®)
INCA	Instituto Nacional de Câncer
OMS	Organização Mundial da Saúde
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
SUS	Sistema Único de saúde
UNACON	Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia

SUMÁRIO

	LISTA DE TABELAS.....	9
	LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	10
1	INTRODUÇÃO.....	14
2	OBJETIVOS.....	23
2.1	OBJETIVO GERAL.....	23
2.2	OBJETIVO ESPECÍFICO.....	23
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	24
3.1	QUIMIOTERAPIA ANTINEOPLÁSICA.....	24
3.1.1	CICLO CELULAR E CINÉTICA DO CRESCIMENTO TUMORAL.....	24
3.1.2	EFEITOS COLATERAIS DA QUIMIOTERAPIA ANTINEOPLÁSICA.....	27
3.2	QUALIDADE DE VIDA.....	28
4	MATERIAL E MÉTODOS.....	34
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	34
4.2	LOCAL DA PESQUISA.....	34
4.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	35
4.4	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	36
4.5	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	36
4.6	COLETA DE DADOS.....	37
4.7	ANÁLISE DOS DADOS.....	38
4.8	LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	39
4.9	ASPECTOS ÉTICOS.....	39
5	RESULTADOS.....	40
5.1	CARACTERIZAÇÃO GERAL DA AMOSTRA.....	40
5.1.1	CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA.....	40
5.1.2	CARACTERIZAÇÃO CLÍNICO-TERAPÊUTICAS.....	41
5.2	CARACTERIZAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA.....	42
5.2.1	ANÁLISE DA ASSOCIAÇÃO ENTRE AS ESCALAS DE QV DO INSTRUMENTO.....	46
6	DISCUSSÃO.....	47
6.1	CORRELAÇÕES ENTRE AS ESCALAS DO INSTRUMENTO EORTC- QLQ E OS DADOS CLÍNICO-TERAPÊUTICOS.....	51
7	CONCLUSÃO.....	56

REFERÊNCIAS.....	59
APÊNDICES.....	64
ANEXOS.....	72

1 INTRODUÇÃO

O câncer é uma doença crônico-degenerativa, considerada atualmente, um problema de saúde pública. Vários aspectos como o diagnóstico precoce e os meios de reabilitação física, social e psicológica, são importantes no incentivo à luta contra esta doença. A neoplasia maligna constitui a segunda causa de morte por doença no país, o que ressalta a sua importância, impacto social e econômico. Além disso, culmina em mudanças significativas no estado psicológico e em todos os âmbitos da vida de quem é portador da doença (INCA, 2011).

Estima-se 518.510 casos novos de câncer em 2012, números válidos também para o ano seguinte. A exceção do câncer de pele não-melanoma, os cânceres mais incidentes em homens serão os da próstata e de pulmão, e, em mulheres, os de mama e colo do útero, acompanhando o mesmo perfil da magnitude observado na América Latina. São esperados 257.870 casos novos de câncer entre homens e 260.030 entre mulheres (INCA, 2011).

No Brasil, o perfil epidemiológico feminino atual tem apresentado um aumento da ocorrência das doenças crônico-degenerativas advindas dos desgastes proporcionados pelo excesso de atividades e responsabilidades que as mulheres de hoje exercem. Para o sexo feminino destacam-se os tumores de pele não-melanoma (71 mil casos novos), mama (52 mil), colo do útero (17 mil), cólon reto (15 mil) e pulmão (10 mil). O risco estimado de câncer de mama entre as brasileiras é de 52 casos a cada 100 mil mulheres. São esperados 17.540 casos de câncer de colo do útero no Brasil em 2012, com risco estimado de 17 casos a cada 100 mil mulheres (INCA, 2011).

O câncer da mama é o tipo de câncer que mais acomete as mulheres em todo o mundo, tanto em países em desenvolvimento quanto em países desenvolvidos. A idade continua sendo o principal fator de risco para o câncer de mama. As taxas de incidência aumentam rapidamente até os 50 anos e, posteriormente, esse aumento ocorre de forma mais lenta. A ocorrência do câncer da mama também se encontra relacionada ao processo de urbanização da sociedade, evidenciando maior risco de adoecimento entre mulheres com elevado status socioeconômico. No Brasil, o exame clínico anual das mamas e o rastreamento são as estratégias recomendadas para controle do câncer da mama. Apesar de ser considerado um câncer de relativamente bom prognóstico se diagnosticado e tratado oportunamente, as taxas

de mortalidade por câncer da mama continuam elevadas no Brasil, muito provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estádios avançados (INCA, 2011).

Ao considerar a alta incidência e a desestruturação que o diagnóstico e o tratamento do câncer acarretam na vida da mulher, maior ênfase tem sido dada às pesquisas de medidas de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) de mulheres com câncer de mama nos últimos anos (NICOLUSSI; SAWADA, 2009).

O câncer de ovário é a oitava neoplasia maligna mais diagnosticada em mulheres no Brasil, e a quinta causa de morte por câncer em mulheres americanas. Sendo o terceiro mais incidente no aparelho genital feminino em países desenvolvidos, ficando abaixo apenas do carcinoma de colo do útero e endométrio, sendo o que apresenta mais elevada mortalidade (LUIZ *et al.*, 2009).

A etiologia do câncer de ovário parece ser multifatorial, incluindo fatores reprodutivos, hereditários e pessoais. Esse tipo de neoplasia pode ocorrer em qualquer faixa etária, mas acomete principalmente mulheres acima de 40 anos de idade, geralmente não causa sintomatologia, tornando o tumor ginecológico mais difícil de ser diagnosticado e, quando se manifesta, é muito provável que a doença já esteja num estágio muito avançado ou tenha se expandido além dos ovários. Sendo assim, a única maneira de interferir na história natural da doença é o estabelecimento precoce de seu diagnóstico e a correta abordagem terapêutica (LUIZ *et al.*, 2009).

Vários são os fatores que contribuem para as alterações na qualidade de vida das mulheres com câncer ginecológico, em geral o câncer de ovário: danos funcionais secundários aos tratamentos, como as cirurgias pélvicas que envolvem a remoção de partes da anatomia genital feminina e a radiação, que danifica a mucosa e o epitélio vaginal; efeitos colaterais da quimioterapia, que, em parte, são comuns à radioterapia, como náusea, vômito, diarreia, constipação, mucosite, mudanças de peso e alterações hormonais; fatores psicológicos, que incluem crenças errôneas sobre a origem do câncer, mudanças na autoimagem, baixa autoestima, tensões matrimoniais, medo e preocupações (FERNANDES; KIMURA, 2010).

O câncer ginecológico, bem como, os efeitos do tratamento trazem ainda importantes repercussões na vida de mulheres acometidas, podendo comprometer, de diferentes formas, o seu bem-estar e a qualidade de vida. Apesar dessa intensa problemática, decorrente do câncer em região genital, as consequências físicas e psicossociais da doença, têm sido pouco investigadas em nosso meio (FERNANDES; KIMURA, 2010).

A quimioterapia adjuvante vem sendo a opção de escolha no tratamento em alguns casos de câncer de mama e ginecológico, diminuindo a chance de recidiva e aumentando a sobrevida dos pacientes. Uma vez retirado o tumor, cirurgicamente, a recidiva da doença pode ocorrer através de possíveis micrometástases ocultas. Portanto, a finalidade do tratamento através da quimioterapia adjuvante é justamente, erradicar as micrometástases, diminuindo a chance de recidiva e aumentando a sobrevida (MACHADO; SAWADA, 2008).

A quimioterapia antineoplásica, ou seja, a utilização de agentes químicos, isolados ou em combinação, com o objetivo de tratar os tumores malignos, tem-se tornado uma das mais importantes e promissoras maneiras de combater o câncer (BARBOSA; VIANNA, 2010). Atualmente, constitui-se em modalidade primária de tratamento curativo de muitos tumores, além disso, traz aumento na sobrevida de portadores da maioria dos cânceres. As pesquisas continuam no sentido de desenvolver novos agentes, porém a ênfase maior reside na descoberta de substâncias análogas às já conhecidas, com efeitos tóxicos menos agressivos, especialmente ao coração, pulmões, rins e sistema nervoso (ARAÚJO; ZAGO; SILVA, 2006).

Considerando a repercussão que o tratamento de quimioterapia causa nos pacientes através dos seus efeitos colaterais, faz-se importante a avaliação da Qualidade de Vida em pacientes com câncer. A avaliação permite a identificação de problemas em diversas áreas, o que torna possível a alteração dos aspectos que influenciam negativamente no acompanhamento multidisciplinar do paciente (LIMA; BORGES, 2009).

A QV foi definida pelo grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (OMS) como a “percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL Group, 1995). Nesta definição fica implícito que o conceito de QV é subjetivo, multidimensional e inclui elementos de avaliação positivos e negativos (NICOLUSSI; SAWADA, 2009).

A avaliação da QV na oncologia iniciou-se na década de 40, com um estudo de Karnofsky *et al.* (1948) que desenvolveu uma escala para avaliar função física e as condições de desempenho do paciente. A melhoria na qualidade de vida dos pacientes pode ocorrer na medida em que os efeitos colaterais dos tratamentos (quimioterapia e radioterapia) possam ser evitados e controlados. Os estudos de QV na área da oncologia vêm aumentando nas últimas décadas e tornou-se imprescindível, uma vez que não se pode pensar em aumentar a sobrevida do paciente, sem que tenha o mínimo de QV (SAWADA *et al.*, 2009).

QV é a satisfação individual ou a felicidade com a vida nos domínios em que o indivíduo acha importante. Existem vários fatores que podem interferir no seu bem estar, como emprego, habitação e aspectos financeiros. A saúde é apenas um dos fatores. Conforme estudo realizado, Gerin e cols (1992) relatam a importância de redefinir este nome quando o objetivo é somente avaliar a saúde. Para isto, foi criado o termo “qualidade de vida relacionada à saúde” (QVRS) que é empregado quando os valores de vida não relacionados diretamente à saúde, tais como, rendimento financeiro ou liberdade, não são considerados (PAGANI, 2006).

O termo QVRS é muito frequente na literatura e tem sido usado com objetivos semelhantes à conceituação mais geral. No entanto, parece implicar os aspectos mais diretamente associados às enfermidades ou às intervenções em saúde como conceitua Cleary *et al.* (1995): “refere-se aos vários aspectos da vida de uma pessoa que são afetados por mudanças no seu estado de saúde, e que são significativos para a sua qualidade de vida”.

A avaliação da QVRS é realizada quando o objetivo é monitorizar a saúde de uma determinada população, diagnosticar a natureza, gravidade e prognóstico da doença, além de avaliar os efeitos do tratamento (PAGANI, 2006).

Vários fatores influenciam a QVRS, contudo, pode ser considerada como um ótimo nível de função mental, física, social e de posição na vida real (papel social), incluindo relacionamentos, percepções de saúde, aptidão, satisfação com a vida e bem-estar. Também pode incluir alguma avaliação do nível de satisfação do paciente com o tratamento, resultado, estado de saúde e perspectivas futuras (NICOLUSSI; SAWADA, 2009).

Quando vista de forma mais focalizada, a QVRS coloca sua centralidade na capacidade de viver sem doenças ou de superar as dificuldades dos estados ou condições de morbidade. Os profissionais que atuam no âmbito influenciando diretamente, isto é, aliviando a dor, o mal-estar e as doenças, intervindo sobre os agravos que podem gerar dependências e desconfortos, atuam com a proposta de evitá-los, seja minimizando as consequências dos mesmos ou das intervenções realizadas para diagnosticá-los ou tratá-los (DE LORENZI, 2008). Nesta perspectiva, o termo QV passou a representar aspectos que transcendem valores apenas quantitativos, como índices epidemiológicos e econômicos, buscando instrumentos que avaliem também o bem-estar físico, mental e social de uma população, considerando ainda as diferenças culturais baseadas em aspectos objetivos e subjetivos da percepção humana (CARVALHO, 2007).

Os instrumentos de mensuração da QV em saúde têm sido elaborados de forma a manter o caráter multidimensional, para que permitam avaliar também a percepção geral da QV, mesmo que seu foco recaia sobre os sintomas, incapacidades ou limitações decorrentes de determinada enfermidade (DE LORENZI, 2008).

Segundo Makluf, Dias e Barra (2006) as medidas quantitativas de qualidade de vida poderiam servir como indicadores para nortear estratégias de intervenção terapêutica e criar parâmetros para definição de ações no sentido da promoção da saúde individual ou coletiva, pois, embora esta discussão seja usual, ainda não se tem efetiva utilização destes resultados na prática.

Considerando os aspectos legais do atendimento pela equipe de Enfermagem ao paciente em quimioterapia antineoplásica, encontramos na resolução do COFEn 210/1998, várias considerações que devem ser observadas. Esta resolução descreve a necessidade de regulamentar normas e assegurar condições adequadas de trabalho para os profissionais da enfermagem, bem como, regulamentar a atuação destes profissionais no atendimento aos pacientes em quimioterapia antineoplásica. Para tanto, estabelece várias ações, sendo uma delas a consulta de enfermagem. O tratamento quimioterápico pode trazer maior vulnerabilidade aos clientes. Na Sistematização da Assistência, o enfermeiro testemunha todo esse momento causador de ansiedade e tristeza vivido pelo cliente e sua família. A quimioterapia potencializa as chances dos pacientes prolongarem o tempo de vida, no entanto, seus efeitos adversos são responsáveis por transformações que resultam em alterações físicas, psicológicas e auto-cuidado, o que acarreta em prejuízos na qualidade de vida (FONTES; ALVIM, 2008).

O diagnóstico de câncer na mulher é vivenciado como um momento de imensa angústia, sofrimento e ansiedade. Durante o tratamento, a paciente vivencia perdas, por exemplo, físicas e financeiras, e sintomas adversos, tais como: depressão e diminuição da autoestima, sendo necessárias constantes adaptações às mudanças físicas, psicológicas, sociais, familiares e emocionais ocorridas (LOTTI *et al.*, 2008).

As alterações da integridade físico-emocional como desconforto, dor, desfiguração, dependência e perda de autoestima são relatados pelos pacientes que perceberam a qualidade de suas vidas profundamente alteradas em curto espaço de tempo (NICOLUSSI; SAWADA, 2009).

O período de diagnóstico pode ser traumático, principalmente se é prolongado ou termina com a afirmação de uma doença que é ameaçadora à vida. A incerteza sobre o tempo ou a qualidade de vida no futuro requer da mulher um aprendizado, seja pela experiência ou por outra maneira, não somente sobre o que o diagnóstico significa para a sua vida, mas sobre o que ela deve fazer para manter algum controle sobre si mesmo (FERNANDES; NARCHI, 2007).

O tratamento para o câncer implica, quase sempre, em mudanças de hábitos de vida. Os efeitos adversos da quimioterapia fazem com que as pacientes sejam privadas de atividades do cotidiano, ora devido à incapacidade física de realizar determinadas tarefas, por causa da fraqueza ou mal-estar, por exemplo, ora por medidas de prevenção, como evitar frequentar lugares fechados com muitas pessoas.

Nos dias atuais, em que o conceito de saúde estende-se a um âmbito maior que a ausência de doenças, o termo qualidade de vida vem sendo agregado a vários estudos e contextos de pesquisa, proporcionando uma visão interdisciplinar e servindo como elo entre várias áreas especializadas do conhecimento como a sociologia, a medicina, a enfermagem, a psicologia, a economia, a geografia, a história social e a filosofia, entre outras. A qualidade de vida passa ao âmbito da saúde quando se considera que a doença e as intervenções realizadas pelos profissionais influenciam na perspectiva de sobrevivência e geram alterações na rotina de vida do paciente (FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2006).

A identificação correta e oportuna dos problemas dos pacientes, decorrentes da quimioterapia antineoplásica, e a implementação de ações direcionadas ao alcance de resultados nas esferas biológica, psicossocial e psicoespiritual, são importantes para o controle efetivo dos efeitos colaterais e das reações adversas decorrentes desse tratamento (BORGES; ANJOS, 2011).

Conhecer as implicações dos efeitos colaterais da quimioterapia na Qualidade de Vida Relacionada à saúde auxilia aos enfermeiros no planejamento de uma assistência que visa à redução desses sintomas, bem como estratégias que melhorem as funções desses pacientes. Para o enfermeiro, que atua na área de oncologia, o conhecimento das drogas, o modo de administração e possíveis efeitos colaterais provocados, poderão auxiliá-lo no desenvolvimento de estratégias de intervenção, que possam subsidiar uma assistência especializada. Entende-se que, o diagnóstico de câncer geralmente representa uma sobrecarga emocional para o paciente e a família, podendo provocar vários transtornos como, depressão,

ansiedade e outros. Atualmente, espera-se da terapêutica oncológica não só a resposta tumoral, levando à cura ou o aumento da sobrevida, mas também e, acima de tudo, habilidade funcional e qualidade de vida (BONASSA, 2005).

O enfermeiro como membro da equipe multidisciplinar que assiste o paciente com diagnóstico de câncer desempenha um papel fundamental no curso natural da doença, uma vez que acompanha o paciente na Rede de Atenção Básica desenvolvendo estratégias de prevenção, bem como, o acompanhamento durante o diagnóstico e tratamento oncológico.

A consulta de enfermagem emergiu na profissão como estratégia apropriada para detecção precoce de desvios de saúde e para acompanhar e dar seguimento às medidas estabelecidas para o bem-estar das pessoas. Por causa das diversidades culturais, o desenvolvimento da consulta de enfermagem exige do enfermeiro a compreensão de cada ser, e também do contexto em que está inserido. Um maior saber resulta em maiores possibilidades da consulta modificar os cuidados diários em cuidados indispensáveis e condizentes com a realidade e com as necessidades pessoais (ROSA *et al.*, 2007).

A amplitude da assistência oferecida à mulher com diagnóstico de câncer perpassa os conhecimentos técnicos e abrange o cuidado holístico dessa paciente, contemplando o enfrentamento pessoal e familiar, monitorando as reações adversas do tratamento, orientações da terapia e o incentivo a superação. Avaliar a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde de mulheres com câncer de mama e ginecológico submetidas à quimioterapia adjuvante auxilia os profissionais de saúde na caracterização dessa população e permite formular estratégias específicas para o grupo garantindo uma assistência baseada em evidências e qualificada.

Garantir o atendimento integral à saúde da mulher em todas as faixas etárias é respeitá-la como cidadã, e não apenas como responsável pela reprodução da espécie humana. Dessa forma, abre-se espaço na rede de saúde pública para que haja atendimento em todas as fases da vida da mulher, o que com as ações preventivas causará impacto positivo na diminuição gradativa de doenças, como câncer de mama e ginecológico, osteoporose, depressão, infecções vaginais e outras (FERNANDES; NARCHI, 2007).

O papel do profissional enfermeiro é amplo quando se remete ao tema qualidade de vida de mulheres com diagnóstico de câncer, pois o mesmo deve ser conhecedor dos efeitos colaterais da terapia e avaliar o paciente sistematicamente, com instrumentos confiáveis e válidos, para detectar mudanças nas funções físicas, cognitiva, emocional e social. É relevante

também que o enfermeiro identifique os riscos relacionados aos pacientes, para planejar uma assistência que visa intervenções de prevenção.

Considerando a experiência de seis anos exercendo a assistência de enfermagem no ambulatório de quimioterapia de uma instituição de referência em tratamento para câncer de tumores sólidos venho acompanhando o aumento progressivo do número de diagnósticos de câncer de mama em mulheres jovens, provenientes do interior e da capital e que vivenciam um grande impacto do diagnóstico em suas vidas e o enfrentamento pessoal e familiar perante a terapia proposta.

Acompanho diariamente o impacto dos efeitos colaterais da terapia quimioterápica, a persistência de sintomas como náuseas e vômitos, mesmo administrando a terapia antiemética prescrita. Presencio o relato verbal das queixas dos sintomas, da dificuldade financeira e social para adesão terapêutica e da incapacidade de enfrentamento da doença.

Dentre as atividades desempenhadas pelo profissional enfermeiro na unidade estudada podemos citar a assistência especializada na administração da terapia antineoplásica quimioterápica, as orientações acerca do tratamento medicamentoso, bem como, os efeitos colaterais da terapia. Também são realizadas orientações sobre exames de laboratório, agendamento das consultas de acordo com o protocolo do paciente e situações em que o paciente necessita procurar o serviço de urgência para conduzir a intercorrência. Entretanto, há uma lacuna quanto à identificação e manejo das toxicidades pelo profissional enfermeiro devido à ausência da Consulta de Enfermagem e a implementação as Sistematização da Assistência de Enfermagem em Oncologia no serviço.

Sabendo que os cânceres de mama e ginecológico os mais incidentes na população feminina atualmente e o impacto que esses diagnósticos causam em suas vidas, admiti-se a importância de estudos voltados para essa temática com o objetivo de identificar aspectos do bem-estar físico, mental e social e monitorar os resultados das intervenções, complementando os métodos tradicionais apoiados em morbidade e mortalidade.

Acredita-se que as medidas de QVRS são essenciais para avaliar o impacto que o tratamento causa na vida dessas mulheres, na perspectiva de obter conhecimentos que orientem o planejamento de ações que atendam às reais necessidades das mesmas, o presente estudo objetiva avaliar o impacto na QV das mulheres diagnosticadas com câncer mama e

ovário em tratamento com quimioterapia adjuvante, proporcionando o planejamento de ações voltadas para a melhoria dessa qualidade de vida.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde de mulheres com câncer de mama e ovário submetidas à quimioterapia adjuvante.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Caracterizar as mulheres em tratamento quimioterápico adjuvante quanto aos aspectos sócio-demográficos e clínicos-terapêuticos (idade, estado civil, profissão, nível de escolaridade, diagnóstico e tratamento realizado).

Identificar os domínios de QVRS afetados nas mulheres com câncer de mama e ovário em tratamento quimioterápico adjuvante.

Identificar a correlação entre as dimensões funcionais e as escalas de sintomas.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 QUIMIOTERAPIA ANTINEOPLÁSICA

3.1.1 CICLO CELULAR E CINÉTICA DE CRESCIMENTO TUMORAL

A quimioterapia antineoplásica consiste no emprego de substâncias químicas, isoladas ou em combinação, com o objetivo de tratar as neoplasias malignas. É o tratamento de escolha para doenças do sistema hematopoético e para os tumores sólidos, que apresentam ou não metástases regionais ou à distância. A maioria dos quimioterápicos antineoplásicos atua de forma não específica, lesando também células malignas quanto benignas. Como as diferenças entre as duas populações celulares são mais quantitativas do que qualitativas, uma linha muito tênue separa o sucesso terapêutico de uma toxicidade inaceitável. Os fármacos agem interferindo em outras funções bioquímicas celulares vitais, por atuarem indistintamente no tumor e tecidos normais de proliferação rápida, como o sistema hematopoético e as mucosas, o que obriga a interrupção periódica do tratamento para a recuperação do paciente (BRASIL, 2008).

Para compreender o mecanismo de ação dos quimioterápicos é necessário conhecer alguns aspectos importantes sobre o ciclo celular e a cinética tumoral. O crescimento e a divisão das células normais ou neoplásicas ocorrem numa sequência de eventos, cujo produto final é a divisão celular (mitose). O processo de divisão celular tem duração variável, sendo que o ciclo varia amplamente em células de tipos diferentes. A aplicação dos agentes antineoplásicos no tratamento do câncer é baseada no conceito da cinética celular, a qual inclui o ciclo de vida celular, o tempo do ciclo, a fração de crescimento e do tamanho da massa tumoral.

O ciclo celular é a sequência de eventos que resulta na mitose (a replicação do DNA e a distribuição igual às células filhas). As células normais e as cancerosas passam pelo mesmo ciclo de divisão, caracterizado pelas seguintes fases: G₀ – fase do repouso; G₁ – fase em que ocorre a síntese protéica em preparação para a fase S de síntese do DNA; e G₂ – fase de mais síntese protéica em preparação para a fase M – mitose e divisão celular. O tempo de geração, ou tempo que a célula leva para completar o ciclo ou fase, varia de horas a dias. Os

quimioterápicos são mais ativos contra células que se dividem com frequência, ou em todas as fases do ciclo celular exceto G₀. As células normais de crescimento rápido mais comumente afetadas pelos quimioterápicos incluem a medula óssea (plaquetas, hemácias e leucócitos), folículos pilosos, mucosa de revestimento do tubo digestivo, pele e células germinativas (espermatozóides e óvulos) (OTTO, 2002).

O tumor maligno é constituído por três grupos de células: as que se dividem ativamente nas fases G₁, S, G₂ e M; as paradas na fase G₀; e as que perdem sua capacidade reprodutiva e estão morrendo ou já estão mortas. Os tumores menores possuem maior porcentagem de células em reprodução. À medida que o tumor cresce, ocorre uma competição entre as células em busca de nutrientes, oxigênio e espaço, e o número de células ativas em reprodução diminui. As células que estão se reproduzindo ativamente são mais sensíveis à quimioterapia. Por isso, um dos conceitos para o tratamento do câncer é o de reduzi-lo a um pequeno tamanho, em que a velocidade de crescimento aumenta e as células tornam-se mais suscetíveis à quimioterapia em decorrências de uma função de divisão celular aumentada (BRASIL, 2008).

Quanto à sua relação com ciclo celular, os agentes antineoplásicos podem ser classificados em ciclo-específicos ou ciclo-inespecíficos. O primeiro atua mais nas células que se encontram numa fase específica do ciclo, por exemplo, na fase M – Alcalóides da Vinca e o segundo é obtido êxito em qualquer fase do ciclo celular, como por exemplo os alquilantes (BRASIL, 2008).

Os antineoplásicos agem diretamente nas células, atuando nas diversas fases do ciclo celular. Devido a essa característica é que se opta por usar, mais frequentemente, a poliquimioterapia, na qual mais de dois tipos de medicamentos de classificação farmacológicas diferentes são aplicados, buscando-se um efeito mais abrangente sobre as células tumorais. É importante, sempre que possível, a associação de medicações com diferentes toxicidades, que permitam aumentar o efeito antitumoral sem elevar o grau de toxicidade (BRASIL, 2008).

A terapia antineoplásica pode ser administrada através da via oral, intramuscular, subcutânea, endovenosa, intra-arterial, intratecal, intrapleural, intraperitoneal, intravesical, intracavitária e tópica (BONASSA, 2005). A terapia pode ser utilizada em combinação com a cirurgia e a radioterapia. De acordo com a sua finalidade, a quimioterapia pode ser classificada como curativa (quando se objetiva conseguir o controle completo do tumor), adjuvante (quando se segue à cirurgia curativa, tendo como objetivo esterilizar células locais

ou circulantes, reduzindo a incidência das metástases à distância), neoadjuvante ou prévia (quando indicada para se obter a redução parcial do tumor, visando a permitir uma complementação terapêutica com a radioterapia ou a cirurgia), potencializadora (juntamente com a radioterapia) e paliativa (melhora a qualidade de sobrevivência do paciente) (BARBOSA; VIANNA, 2010).

Muitas células tumorais expressam substâncias em sua superfície que são exclusivas, ou seja, não existem ou aparecem em quantidade mínima nas células normais. Essas substâncias são conhecidas como antígenos tumorais. Os anticorpos monoclonais são proteínas que reconhecem e se ligam a antígenos tumorais específicos, desencadeando uma resposta imunológica. Os anticorpos monoclonais são agentes biológicos designados com a intenção específica de atingir esses antígenos expressos em células tumorais (BONASSA, 2005).

A grande vantagem dessa classe de medicamentos em comparação à quimioterapia convencional é que os mesmos atuam como mísseis teleguiados, atacando as células tumorais e preservando as células saudáveis. Por este motivo, são chamados de terapia alvo molecular, atuando no impedimento da formação de vasos sanguíneos, que nutrem o tumor em crescimento, e na inibição das proteínas e enzimas, que estimulam a multiplicação das células tumorais (BRASIL, 2008).

O trastuzumabe (Herceptin) é um anticorpo monoclonal que seletivamente liga-se com alta afinidade a células tumorais humanas que expressam com intensidade um fator de crescimento epidermóide denominado HER2 (BONASSA, 2005).

As pacientes que apresentam hiperexpressão de HER2 correspondem a 25 a 30% dos casos de câncer de mama. É considerado um importante fator prognóstico. Essa terapia mostrou sua importância no tratamento de pacientes metastáticas e, depois, foi incorporada para uso em regime adjuvante, com significativa melhora do intervalo livre de doença (FREITAS *et al.*, 2011).

Pode ser indicado para pacientes com câncer de mama em protocolos de neoadjuvância, adjuvância ou até paliativos, associados ou não à quimioterapia antineoplásica. Não possui efeito cumulativo, permitindo a administração em longo prazo e os efeitos são habitualmente temporários e não são debilitantes como os da terapia antineoplásica (BRASIL, 2008).

3.1.2 EFEITOS COLATERAIS DA QUIMIOTERAPIA ANTINEOPLÁSICA

A quimioterapia possui maior incidência de cura de tumores, incluindo os de estágio mais avançado. Este tipo de tratamento interfere no processo de crescimento e divisão celular. A quimioterapia pode ser utilizada isolada ou em conjunto com o objetivo de eliminar células tumorais do organismo (ANDRADE; SILVA, 2007).

Os quimioterápicos podem causar efeitos colaterais adversos e toxicidade e disfunção importante de sistemas. Os efeitos colaterais e a toxicidade variam de gravidade de acordo com a resposta individual do cliente à quimioterapia. Os efeitos colaterais mais frequentes são a mielossupressão, náuseas e vômitos. A mielossupressão pode ser uma toxicidade limitante da dose. Os quimioterápicos agem destruindo e/ou suprimindo novos leucócitos, plaquetas e hemácias. Portanto, é indispensável monitorar esses efeitos por meio de avaliação de hemogramas em intervalos periódicos planejados. O período em que as contagens de leucócitos alcançam seu ponto mínimo é o nadir. Esse período varia de acordo com os medicamentos utilizados e as respostas individuais, mas, em geral, ocorre entre 10 e 15 dias após a administração de quimioterápicos (OTTO, 2002).

Os efeitos colaterais ou as toxicidades decorrentes da quimioterapia relacionam-se a não especificidade dos antineoplásicos. O conhecimento desses efeitos indesejáveis e das alternativas para controle e prevenção, quando possível, é indispensável no manejo dos pacientes. Hoje, mais do que nunca, espera-se da terapêutica oncológica não só a resposta tumoral, levando à cura ou o aumento da sobrevida, mas também e, acima de tudo, habilidade funcional e qualidade de vida (BONASSA, 2005).

As consequências clínicas da quimioterapia são: a indução de náuseas e vômitos, lesão de esôfago, fraturas, má nutrição, desequilíbrio hidroeletrólítico e ácido-básico, que muitas vezes levam à recusa do paciente a continuar os ciclos quimioterápicos, diminuindo a sua Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) e comprometendo a eficácia do tratamento (SAWADA; NICOLUCI, 2009).

Os efeitos colaterais da quimioterapia estão relacionados à destruição de células saudáveis que estão em mitose, e incluem: toxicidade hematológica, com depressão da medula óssea, e é manifestada por leucopenia, trombocitopenia e anemia; toxicidade gastrointestinal, manifestada através de náuseas e vômitos, mucosite, anorexia, diarreia e

constipação; toxicidade cardíaca, hepática, pulmonar, neurológica, vesical/renal; alterações metabólicas, como hipomagnesemia, hiponatremia, hipercalcemia e hiperuricemia; toxicidade dermatológica, com alterações nas unhas, alopecia, eritema, urticária, hiperpigmentação e fotossensibilidade; reações alérgicas e anafilaxia (BONASSA, 2005).

Êmese é o efeito colateral mais freqüente em virtude da administração dos quimioterápicos antineoplásicos. A falta de controle das náuseas e dos vômitos reduz o apetite e a freqüência com que os sintomas surgem compromete a qualidade de vida do paciente. (GUIMARÃES, 2008)

O aparecimento da êmese é determinado por fatores relacionados ao paciente e às drogas administradas. Os fatores ligados ao paciente variam com o sexo, idade, consumo de bebida alcoólica, vômitos induzidos na gravidez, ansiedade, quimioterapia prévia e labilidade para náuseas (JORDAN *et al.*, 2007).

Náuseas e vômitos são frequentemente os efeitos colaterais mais desconfortáveis da quimioterapia. Esses efeitos podem ser agudos, antecipatórios, retardados ou persistentes. A avaliação e o registro de sua freqüência, gravidade, padrões e duração auxiliam na prevenção e no controle dos sintomas. O melhor para náuseas e vômitos é a prevenção. Intervenções comportamentais, como relaxamento, distração e imaginação guiada, podem ajudar nas náuseas e nos vômitos emancipatórios. A administração de antieméticos 30 a 60 minutos antes da quimioterapia pode aliviar os sintomas. Os antieméticos devem ser mantidos em intervalos planejados durante todo o período de duração esperado das náuseas e vômitos (OTTO, 2002).

3.2 QUALIDADE DE VIDA

Qualidade de Vida é uma noção eminentemente humana que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Minayo *et al.* (2000) ainda consideram que o termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em diferentes épocas e espaços da história.

Atualmente, a qualidade de vida é reconhecida como um indicador de eficácia, eficiência e impacto de eventuais intervenções voltadas à prevenção ou tratamento de agravos

à saúde, tanto individuais como em nível populacional. Na sua avaliação, dois aspectos são fundamentais, a subjetividade e a multidimensionalidade. A primeira refere-se à percepção do próprio indivíduo acerca do seu estado de saúde e dos aspectos não-médicos relativos ao seu contexto de vida, o que não pode ser feito por um observador externo. A multidimensionalidade, por sua vez, decorre do reconhecimento da multiplicidade de fatores envolvidos na QV de um indivíduo (MENDELSON; KARAS, 2007).

Segre e Ferraz (1997) afirmam que, dentro da Bioética, qualidade de vida é algo intrínseco que só pode ser avaliado pelo sujeito e não pode ser rotulada entre “boa” ou “má” qualidade de vida, porém existe a necessidade de quantificá-la para elaboração de políticas públicas.

Não há na literatura uma definição consensual de QV, mas existe uma concordância entre os pesquisadores acerca do construto QV, cujas características são a subjetividade, relacionada às respostas que devem ser do próprio indivíduo e dependem de sua experiência de vida, valores e cultura; a multidimensionalidade, que se caracteriza por vários domínios que envolvem a avaliação de QV pode variar de bom para ruim. Portanto, a concepção de QV é diferente, entre os indivíduos, locais e tempos diferentes (MACHADO; SAWADA, 2008).

Quanto à definição da expressão “Qualidade de Vida”, duas tendências emergem: a Qualidade de Vida (QV) como um conceito mais genérico e a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) (Health-related quality of life). A primeira envolve uma concepção mais ampla de QV, aparentemente influenciada pela Sociologia, indo ao encontro da definição adotada pela OMS, segundo a qual a QV refere-se à percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores em que vive, considerando-se seus objetivos, expectativas e preocupações pessoais. Um aspecto importante que caracteriza estudos que partem de uma definição genérica do termo QV é que as amostras incluem pessoas saudáveis da população, nunca se restringindo a amostras de pessoas portadoras de agravos específicos. Em contrapartida, o termo QVRS é usado com objetivo semelhante à conceituação mais geral, no entanto, parece implicar os aspectos mais diretamente associados às enfermidades e às intervenções em saúde (SEIDL; ZANNON, 2004).

A avaliação da QV na oncologia iniciou-se na década de 1940, com um trabalho que desenvolveu uma escala para avaliar função física e as condições de desempenho do paciente (SAWADA; NICOLUCI, 2009).

Os avanços nos tratamentos e as possibilidades efetivas de controle dessas enfermidades têm acarretado o aumento na sobrevida e/ou vida longa das pessoas acometidas por esse agravo. A oncologia foi a especialidade que, por excelência, se viu confrontada com a necessidade de avaliar as condições de vida dos pacientes que tinham sua sobrevida aumentada devido aos tratamentos realizados, já que, muitas vezes, na busca de acrescentar anos à vida, era deixada de lado a necessidade de acrescentar vida aos anos (SEIDL; ZANNON, 2004).

Segundo estudo de Silva e Derchain (2006) pesquisas sobre QV na área da oncologia têm aumentado nas últimas décadas. Enquanto a prioridade histórica no tratamento oncológico era o controle do tumor, nas últimas décadas observa-se cada vez mais valorizada a inclusão no sentido de “bem estar” do doente, ou sua QV, nos resultados do tratamento. Em câncer, talvez mais que em outras patologias, a doença e seu tratamento são grandes determinantes dessa QV. Tornou-se imprescindível, uma vez que não se pode pensar em aumentar a sobrevida do paciente, sem que tenha o mínimo de QV.

A mensuração da Qualidade de Vida (QV) tem sido muito utilizada para avaliar os ensaios clínicos com quimioterápicos, com a finalidade de medir os efeitos colaterais induzidos pela quimioterapia. Esse método é a melhor forma de avaliar a tolerância do paciente ao tratamento. O tratamento com quimioterápicos deve ser avaliado sobre dois importantes aspectos: os efeitos colaterais da toxicidade sobre as células tumorais, bem como os impactos positivos e negativos sobre a qualidade de vida dos pacientes (SAWADA; NICOLUCI, 2009).

As alterações da integridade físico-emocional como desconforto, dor, desfiguração, dependência e perda de auto-estima são relatadas pelos pacientes que perceberam a qualidade de suas vidas profundamente alteradas em curto espaço de tempo. Vários fatores influenciam a QVRS e eles podem variar de acordo com cada estudo, contudo a QVRS pode ser considerada como um ótimo nível de função mental, física, social e de posição na vida real (papel social), incluindo relacionamentos, percepções de saúde, aptidão, satisfação e com a vida e bem-estar. Também pode incluir alguma avaliação do nível de satisfação do paciente com o tratamento, resultado, estado de saúde e perspectivas futuras (NICOLUSSI; SAWADA, 2009).

Se as fronteiras se dissipam e os anseios mundiais se tornam similares, construir instrumentos que avaliem estes anseios também se torna importante. Várias pesquisas (WHOQOL GROUP, 1998; ROCHA, 2000; SALES, 2001; PONTES, 2004; OLIVEIRA,

2006; CONDE *et al*, 2006) voltaram o olhar para o significado da “qualidade de vida”, com a proposta de mensurá-la com idéias que ultrapassem os critérios econômicos e de saúde, relevando a subjetividade do sujeito.

Segundo Makluf, Dias e Barra (2006) medidas quantitativas de qualidade de vida poderiam servir como indicadores para nortear estratégias de intervenção terapêutica e criar parâmetros para definição de ações no sentido da promoção de saúde individual ou coletiva.

Os instrumentos de mensuração da QVRS têm sido elaborados de forma a manter o caráter multidimensional, para que permitam avaliar também a percepção geral de QV, mesmo que seu foco recaia sobre os sintomas, incapacidades ou limitações decorrentes de determinada enfermidade (DE LORENZI, 2008).

Para cumprir com o objetivo de mensurar quantitativamente a QVRS, vários instrumentos têm sido desenvolvidos por pesquisadores desde a década de 70. Os questionários doença-específica, como o próprio nome já diz, foram desenvolvidos para avaliar a doença específica e quantificar ganhos de saúde após o tratamento. Sua grande vantagem é obter resultados detectando pequenas mudanças no curso da doença; são fáceis de aplicar e interpretar. A origem desses questionários se inicia ao determinar a doença que se quer avaliar, determinando os seus sintomas mais importantes e seus níveis de gravidade. É também importante determinar o impacto desses sintomas na vida do indivíduo. Esses questionários são geralmente divididos em domínios que se referem à sensação somática, função física, estado emocional e interação social (PAGANI, 2006).

Um exemplo de instrumento de QV específico é o *European Organization for Research and Treatment of Câncer-Quality of Life Questionnaire Core-30* (EORTC QLQ-C30), utilizado para pacientes com câncer, é composto por 30 questões organizadas em cinco dimensões funcionais: funções física, cognitiva, emocional e social e desempenho de papel, três escalas de sintomas: fadiga, dor e náusea e vômito, uma escala de estado geral de saúde/QV e cinco outros itens que avaliam sintomas comumente relatados por doentes com câncer: dispnéia, perda do apetite, insônia, constipação e diarreia, além de um item de avaliação de impacto financeiro do tratamento e da doença (AARONSON *et al.*, 1993).

Segundo Lotti *et al.* (2008) que realizou um estudo de revisão investigando o efeito do tratamento para câncer de mama na qualidade de vida das mulheres, as medidas de QVRS são definidas como o relato do impacto do câncer de mama e seu tratamento sobre algum aspecto da função. O que permite avaliar os impactos: físico, psicológico e psicossocial da

doença, identificar fontes de suporte familiar e social, além de medir a eficácia e os custos do tratamento.

O estudo de revisão realizado por Lotti *et al.* (2008) demonstra que a fadiga é relatada por muitas mulheres tratadas para câncer de mama e citada como um sintoma que apresenta influência negativa na QV. Esse sintoma aumenta durante a quimioterapia e a radioterapia, e, de modo geral, muitas mulheres parecem continuar com a fadiga depois do tratamento.

Durante o período da quimioterapia, náusea e vômito são sintomas frequentes e contribuem para diminuição na qualidade de vida relacionada à saúde (ENGEL *et al.*, 2003). Alguns estudos (CASSO *et al.*, 2008; KNOBF, 2006) relatam que o tratamento do câncer de mama apresenta efeito negativo sobre o domínio sexualidade da qualidade de vida. Quando as mulheres recebem quimioterapia adjuvante relatam que o câncer tem efeito negativo sobre suas vidas sexuais, sendo problemas como interesse sexual, lubrificação vaginal e dor à penetração.

A disfunção cognitiva parece ser comum em pacientes submetidas à quimioterapia adjuvante para câncer de mama, que comparadas com mulheres saudáveis, apresentam pior desempenho cognitivo geral (FAN *et al.*, 2005).

Outros estudos (SCHMIDT, 2005; PEREZ, 2004) mostram resultados semelhantes sobre a piora da QV em mulheres. A média da QV medida pelo instrumento QLQ-C30 para a amostra foi de 79,13 neste estudo, sendo considerada satisfatória. Os principais domínios de QV afetados formam função emocional, dor, insônia e fadiga. A melhoria na qualidade de vida dos pacientes pode ocorrer na medida em que os efeitos colaterais dos tratamentos (quimioterapia e radioterapia) possam ser evitados e controlados.

Segundo estudo de Fernandes e Kimura (2010) considera-se importantes os estudos relacionados à avaliação da QVRS em mulheres com câncer de colo uterino, uma vez que, elucidam informações ainda pouco conhecidas em nosso meio sobre essa temática e aos fatores que afetam, positiva ou negativamente, as diferentes áreas da sua vida. Ressalta também que os fatores preditivos de QVRS identificados no estudo devem ser foco de maior atenção na prática assistencial e podem representar pontos de partida para estudos futuros que abordem, em profundidade, os diferentes aspectos que envolvem a qualidade de vida de pacientes com câncer.

Fatores físicos, psicológicos, sociais, econômicos, culturais e espirituais, além da saúde física têm refletido impacto relevante na QV das pessoas. Já hoje se conhece a QV

como um construto multidimensional, com significados diferenciados segundo a diversidade de contextos de vida. Entre as dimensões que lhe dão significado, estão a manutenção da capacidade funcional, a satisfação pessoal, o estado emocional e a interação social (MENDELSON; KARAS, 2007).

Qualidade de vida, muito mais do que o relacionamento entre prazer e bem-estar, quanto bem avaliado pode ser um parâmetro social importante na saúde de uma população, onde os dados estudados podem servir como referência para reflexão e suporte em avanços científicos nos aspectos psicossociais (CARVALHO, 2007).

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

O estudo realizado foi de natureza descritiva com delineamento transversal, baseado na avaliação da Qualidade de Vida Relacionado à Saúde de mulheres com diagnóstico de câncer de mama e ovário e que estão em vigência do tratamento de quimioterapia antineoplásica adjuvante.

A pesquisa descritiva, também chamada de pesquisa não-experimental, tem como finalidade observar, descrever e documentar os aspectos da situação. O pesquisador foca seu interesse na descrição dos relacionamentos entre as variáveis, sem procurar necessariamente estabelecer uma conexão causal (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

O delineamento transversal é o mais apropriado para avaliar prevalências, apresenta baixo custo e é rápido. Além disso, este tipo de delineamento é o mais adequado para avaliar programas de saúde e definir futuras intervenções (KELSEY *et al.*, 1996).

No estudo transversal, todas as medições são feitas em uma única ocasião. Sorteia-se uma amostra da população e examinam-se as distribuições das variáveis dentro dessa amostra (HULLEY *et al.*, 2003).

Segundo Creswell (2007) a pesquisa quantitativa é aquela em que o investigador usa primariamente alegações pós-positivistas para o desenvolvimento de conhecimento (ou seja, raciocínio de causa e efeito, redução de variáveis específicas e hipóteses e questões, uso de mensuração e observação e teste de teorias), emprega estratégias de investigação (como experimentos, levantamentos e coleta de dados, instrumentos predeterminados que geram dados estatísticos).

4.2 LOCAL DA PESQUISA

O estudo foi realizado no setor de quimioterapia do Hospital da Irmandade Beneficente Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza, uma instituição hospitalar filantrópica de nível terciário e referência em cirurgia oncológica no Estado do Ceará. O setor contempla o serviço ambulatorial de quimioterapia e atendimento exclusivo do Sistema Único de Saúde - SUS. Contém 11 poltronas para a acomodação dos pacientes durante a aplicação medicamentosa, os pacientes são adultos (maiores de 18 anos) e sem restrição de sexo ou nível sócio-econômico.

A instituição é dotada de consultórios para atendimentos iniciais e subsequentes, ambulatório para a aplicação do fármaco, salas específicas para manipulação de quimioterápicos e um corpo de profissionais de saúde especializados para dar um tratamento humanizado aos portadores de neoplasia maligna. O corpo clínico é composto por oncologistas clínicos, farmacêutico, enfermeiros, psicólogo e técnicos de enfermagem.

A entidade filantrópica constitui um hospital de assistência terciária fundado em 1861. Destaca-se como um dos centros de referência para o diagnóstico e tratamento de pacientes oncológicos, prestando atendimento pelo SUS no estado do Ceará. Nessa instituição, os clientes têm acesso a serviços assistenciais tais como: centro de diagnóstico por imagem; quimioterapia; centro cirúrgico; sala de recuperação anestésica; unidade de terapia intensiva; banco de sangue; laboratório de anatomia patológica e análises clínicas, unidades de internação (apartamentos e enfermarias) e unidades ambulatoriais.

Através da Portaria nº 2.439/05, publicada em 19 de dezembro de 2005, e da Portaria da Secretaria de Atenção à Saúde, foram definidas as características das Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e os Centros de Referência em Alta Complexidade em Oncologia. A Santa Casa é classificada como UNACON, ou seja, um hospital que possui condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de Alta Complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento de cânceres mais prevalentes no Brasil (colo de útero, mama, próstata, estômago, cólon e reto) (BRASIL, 2008). Os pacientes são referenciados pelo médico oncologista para o tratamento de radioterapia em outra instituição.

A escolha da instituição deve-se ao fato da referência no tocante ao tratamento oncológico e o da pesquisadora compor parte do corpo clínico.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO

A população contemplou todas as mulheres diagnosticadas com câncer de mama ou ovário atendidas no período investigado. A amostra do estudo foi composta por 72 mulheres diagnosticadas com neoplasias malignas de mama e ovário atendidas no ambulatório de quimioterapia.

Os pesquisadores quantitativos selecionam amostras que permitem que eles generalizem seus resultados, desenvolvendo um plano apropriado, antes do início da coleta de dados (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

Em pesquisa clínica, a amostra do estudo é frequentemente composta por indivíduos que atendem aos critérios de entrada e são de fácil acesso ao investigador. Por essa razão recebe o nome de amostragem de conveniência. Esse tipo de amostragem tem vantagens óbvias em termos de custo e logística e é uma boa escolha para muitas de pesquisa. Neste tipo de amostragem pode-se minimizar o voluntarismo e outros tipos de viés de seleção, arrolando-se consecutivamente todas as pessoas acessíveis e que atendam os critérios de entrada (HULLEY *et al.*, 2003).

A seleção das mulheres que participaram do estudo foi composta por aquelas que atenderam aos critérios de inclusão e aceita participar do estudo.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Em pesquisas quantitativas se costuma especificar as características que delimitam a população através dos critérios de seleção para a inclusão em seus estudos. O pesquisador estabelece os critérios para determinar se a pessoa qualifica-se como membro da população (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

As participantes do estudo foram abordadas individualmente para a aplicação do questionário e obedeceram aos critérios de inclusão apresentados a seguir:

1. Idade acima de 18 anos;
2. Realizou tratamento antineoplásico no ambulatório da referente instituição, no do período de abril de 2012 a maio de 2012;
3. Ter o diagnóstico de neoplasia de mama ou ovário;
4. Estar a partir da 2ª sessão do tratamento quimioterápico, pois, é nessa fase que, geralmente, as reações adversas começam a se manifestar, o que pode afetar a QV das mulheres (LIMA; BORGES, 2009).
5. Ter indicação da quimioterapia antineoplásica com a finalidade adjuvante;

4.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

1. Portadoras de co-morbidades como diabetes, insuficiência renal, transtornos psiquiátricos e cardiopatias;
2. Portadora de deficiência visual ou auditiva;
3. Pacientes em cuidados paliativos;

As co-morbidades por tratar-se de um diagnóstico médico foram verificadas no prontuário da pacientes antes de serem selecionadas para a entrevista. Uma vez diagnosticada algumas dessas co-morbidades acima citadas, automaticamente essas pacientes foram excluídas da amostra. No termo de consentimento elas tiveram ciência que não são portadoras de tais co-morbidades. Os mesmos critérios foram aplicados para pacientes portadoras de deficiência visual ou auditiva.

4.6 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada no período de abril de 2012 a maio de 2012, compreendendo o intervalo de dois meses.

Os dados foram obtidos por meio de entrevista individual com duração aproximada de 20 minutos, em sala reservada, na unidade de quimioterapia, aplicando-se dois instrumentos. Para a descrição dos dados dos participantes, construiu-se um questionário de identificação (APÊNDICE B) para a coleta dos dados sócio-demográficos, contendo as variáveis: idade, endereço, telefone, estado civil, procedência, ocupação e nível de escolaridade; dados clínico-terapêuticos: diagnóstico, data do diagnóstico, ciclo de quimioterapia, finalidade da quimioterapia, protocolo, realização de cirurgia, tipo de cirurgia e tratamento de radioterapia.

As pacientes analfabetas participaram do estudo mediante explicação verbal da pesquisadora sobre os objetivos do projeto, bem como, leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) e em seguida registro da digital no local especificado. A pesquisadora aplicou o instrumento de coleta de dados.

O Outro instrumento usado para a coleta dos dados foi o *European Organization for Research and Treatment of Cancer-Quality of Life Questionnaire Core-30* (EORTC QLQ-C30), devidamente validado para a população brasileira (AARONSON *et al.*, 1993). O QLQ-C30 é um instrumento de QV utilizado para pacientes com câncer, é composto por 30 questões organizadas em cinco dimensões funcionais: funções física, cognitiva, emocional e social e desempenho de papel; três escalas de sintomas: fadiga, dor, náusea e vômito; uma escala de estado geral de saúde/QV; e cinco outros itens que avaliam sintomas comumente relatados por doentes com câncer: dispnéia, perda do apetite, insônia, constipação e diarreia, além de um item de avaliação de impacto financeiro do tratamento e da doença (SAWADA *et al.*, 2009).

Os itens de 1 a 28 estão colocados na escala tipo *likert* de quatro pontos (não, um pouco, bastante e muito), os itens de números 29 e 30 estão na escala *likert* de sete pontos, na qual, um corresponde a péssimo e sete corresponde a ótimo.

Com o objetivo de auxiliar o pesquisador no preenchimento do instrumento foi elaborado um Procedimento Operacional Padrão (POP) que descreve todos os itens do instrumento de identificação, bem como da escala e a avaliação dos itens quanto a não, um pouco, bastante e muito.

Na análise dos resultados do QLQ-C30, os valores obtidos nas escalas de estado geral de saúde/QV, quanto mais próximo de 100, significa melhor funcionamento ou que estas condições estão melhores, enquanto que nas escalas de sintomas e dificuldades financeiras, os valores obtidos próximo de 100, significam maior magnitude desses sintomas e dificuldades.

Segundo Hill e Hill (2005), numa investigação, em que se aplica um questionário, a maioria das variáveis são medidas a partir das perguntas do questionário, e, portanto, os métodos de investigação incluem os tipos de perguntas usadas, os tipos de respostas associadas com estas perguntas e as escalas de medida dessas respostas.

O local de aplicação do questionário foi numa sala reservada para tal finalidade no próprio ambulatório de quimioterapia. Aplicado após a consulta médica com o oncologista clínico e antes da administração da quimioterapia.

4.7 ANÁLISE DOS DADOS

Inicialmente, foi feita uma análise descritiva das variáveis, logo após, organizadas em tabelas. Foram calculadas as medidas estatísticas média e desvio padrão.

Para a análise dos dados utilizou-se o software *Statistical Package for Social Science* (SPSS for windows versão 18.0). Para análise descritiva dos dados, foi calculado a média e o desvio padrão.

A avaliação das características psicométricas do instrumento foi calculada através do coeficiente *Alpha de Cronbach*, indicando confiabilidade do instrumento para a amostra estudada.

A análise de correlação para cada par de variáveis é feita mediante o coeficiente de Pearson *r*, cujo o valor de $p < 0,05$ significa que duas variáveis estão relacionadas. Se o valor de *r* for negativo, a correlação é inversamente proporcional, e se for positivo a correlação é diretamente proporcional.

As questões que variam de 1 a 4 na escala foram substituídas por categorias: Não e Sim, para melhor análise dos dados.

4.8. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Durante a realização do trabalho de investigação nos deparamos com uma limitação relacionada ao diagnóstico histopatológico de adenocarcinoma de ovário pesquisados neste estudo. Esse diagnóstico foi representado por apenas oito mulheres da amostra estudada. Deve-se ao fato das pacientes operadas e diagnosticadas com câncer ginecológico na instituição receberem encaminhamentos para outros serviços que tem geralmente vínculo com o cirurgião, uma vez que, ele é o profissional que recebe o resultado do histopatológico e encaminha para tratamento oncológico clínico. Portanto, a frequência de pacientes com esse diagnóstico é pequena no serviço de quimioterapia caracterizando como uma das limitações encontradas no estudo.

4.9 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

O projeto foi encaminhado para análise e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Ceará - COMEPE com o número de **protocolo 71/12** e aprovado com **ofício de número 130/12**. Foram atendidos todos os preceitos ético-legais recomendados na resolução 196/96 sobre pesquisas envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde-Ministério da Saúde (BRASIL, 1996).

Vale ressaltar que foi enviada uma cópia do aceite do comitê, bem como a carta de solicitação de autorização para a coleta de dados na referida instituição, por meio de ofício expedido pela pesquisadora.

Ao serem escolhidas para o estudo, foram dadas as informações pertinentes sobre a pesquisa às participantes, assim como ficou explícito que a sua participação era voluntária, sendo garantidos o total sigilo e anonimato, como também a possibilidade de desistência, se desejarem. Assim, após essas orientações, todos os participantes deram a sua anuência assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A). O consentimento livre e esclarecido foi elaborado contento justificativa, objetivo e metodologia, deixando claro que os princípios de autonomia, risco e benefícios foram respeitados no projeto da pesquisa.

5 RESULTADOS

Nesta parte do trabalho, analisamos e incidimos a discussão à luz da apresentação dos resultados obtidos. Os dados são apresentados na forma de tabelas para melhor serem compreendidos os valores obtidos. Os resultados objetivam descrever e comparar os dados resultantes do instrumento de coleta de dados aplicado às mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico adjuvante.

5.1 CARACTERIZAÇÃO GERAL DA AMOSTRA

5.1.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

Tabela 1 – Distribuição das mulheres segundo os dados sociodemográficos. Fortaleza, CE. 2012. n= 72.

Variável	F	%
Idade		
27 – 39	8	11,1
40 – 49	23	31,9
50 – 59	19	26,4
60 – 84	22	30,6
Estado Civil		
Casada/união estável	43	59,7
Divorciada/viúva	11	15,3
Solteira	18	25,0
Procedência		
Capital	38	52,8
Interior/região metropolitana	34	47,2
Escolaridade		
Alfabetizada	62	86,1
Sem instrução/analfabeto	10	13,9
Ocupação		
Empregada	13	18,1
Desempregada/do lar	31	43,0
Autônomo	17	23,6
Aposentada	11	15,3
Renda Familiar(salário mínimo*)		
1	41	56,9
2 – 6	31	43,1

* Salário mínimo R\$ 622,00 (seiscentos de vinte e dois reais). Ano 2012.

Conforme dados apresentados na tabela verificou-se que em relação à idade a média foi de 54,47 anos. O menor valor encontrado foi de 27 anos e o maior foi de 84 anos.

Relativamente ao estado civil, verificou-se que a maioria das mulheres era casada ou em união estável. Em relação ao local de procedência, verificou-se que a maioria residia na capital de Fortaleza-CE.

Quanto ao grau de escolaridade, constatou-se que a grande maioria das mulheres era alfabetizada, ou seja, dotadas de algum grau de leitura e escrita.

A situação habitual face ao trabalho caracterizada como a variável ocupação, verificou-se que as desempregadas obtiveram predomínio.

A variável renda familiar apresentou um perfil esperado para a população estudada, afirmaram conviver com até um salário mínimo mensal para a sua subsistência.

5.1.2 CARACTERIZAÇÃO CLÍNICO-TERAPÊUTICAS

Sobre a caracterização dos dados clínico-terapêuticos, observaram-se na **Tabela 2** alguns aspectos mais específicos sobre o diagnóstico e tratamento de quimioterapia realizado durante o período do estudo.

Tabela 2 – Distribuição das mulheres segundo os dados clínico-terapêuticos. Fortaleza, CE. 2012. n= 72.

	f	%
Diagnóstico		
Carcinoma ductal de mama	64	88,9
Adenocarcinoma de ovário	8	11,1
Ciclo de quimioterapia		
2º ciclo	18	25,0
3º ciclo	13	18,1
4º ciclo	18	25,0
5º ciclo – 8º ciclo	11	15,1
9º ciclo – 18º ciclo	12	16,8
Protocolo de quimioterapia		
AC-T	49	68,0
FAC	3	4,2
FEC	1	1,4
Trastuzumabe	13	18,1
Paclitaxel semanal	5	6,9
AC-T + Trastuzumabe	1	1,4
Cirurgia		
Sim	71	98,6
Não	1	1,4
Tipo de Cirurgia		
Mastectomia	64	88,9
Histerectomia	8	11,1
Radioterapia		
Não	71	98,6
Sim	1	1,4

O tipo histológico de carcinoma mais comumente encontrado neste estudo foi o carcinoma ductal invasivo de mama, proposto no objetivo e prevalente em relação ao adenocarcinoma de ovário.

A maioria das pacientes do estudo no período da coleta estava entre o segundo e o quarto ciclo do tratamento de quimioterapia. As mulheres pesquisadas já haviam realizado pelo menos o primeiro ciclo de quimioterapia.

Quanto ao protocolo de quimioterapia observou-se o predomínio do AC-T e em que são utilizados três citostáticos diferentes: doxorrubicina, ciclofosfamida e paclitaxel. Logo a seguir vem o protocolo trastuzumabe que habitualmente já é utilizado como tratamento associado ou de monoterapia no câncer de mama.

O tratamento cirúrgico da mastectomia foi realizado predominantemente nas mulheres da amostra. Apenas uma mulher no estudo não realizou o tratamento cirúrgico.

O tratamento de radioterapia foi constatado em apenas um caso da amostra.

5.2 CARACTERIZAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

A análise dos resultados do questionário EORTC-QLQ-C30 (versão 3.0) permite-nos caracterizar a qualidade de vida das mulheres que fizeram parte da amostra, como se observa nas Tabelas 3, 4 e 5.

Com relação às características psicométricas do instrumento para a amostra estudada, o coeficiente *Alpha de Cronbach* foi de $\alpha=0,83$ para todas as características mencionadas, indicando confiabilidade do instrumento para a amostra estudada.

Tabela 3 – Distribuição das mulheres segundo os dados sócio-demográficos em associação com a escala EORTC total. Fortaleza, CE. 2012. N=72.

Variável	EORTC		Total	P
	Não	Sim		
Idade				0,087
27 – 39	3 37,5%	5 62,5%	8 100,0%	
40 – 49	8 34,7%	15 65,3%	23 100,0%	
50 – 59	9 47,3%	10 52,7%	19 100,0%	
60 – 84	9 41,0%	13 59,0%	22 100,0%	
Estado civil				2,908
Solteira/viúva/divorciada	14 48,2%	15 51,8%	29 100,0%	
Casadas/união estável	15 34,8%	28 65,2%	43 100,0%	
Procedência				0,074
Capital	14 36,8%	24 63,2%	38 100,0%	
Interior do Estado/ Região Metropolitana	15 44,1%	19 55,9%	34 100,0%	
Ocupação				0,988
Empregado/autônomo/aposentado	17 41,4%	24 58,6%	41 100,0%	
Desempregado	12 38,7%	19 61,3%	31 100,0%	
Escolaridade				0,155
Sem Instrução	5 50,0%	5 50,0%	10 100,0%	
Alfabetizada	24 38,7%	38 61,3%	62 100,0%	
Renda				4,249
Até 1 salário mínimo	17 41,4%	24 58,6%	41 100,0%	
Acima de 2 salários mínimo	12 38,7%	19 61,3%	31 100,0%	

* As questões que variam de 1 a 4 na escala foi substituída por categorias: Não e Sim.

Tabela 4 – Distribuição das mulheres segundo os dados clínico-terapêuticas em associação com a escala EORTC total. Fortaleza, CE. 2012. N=72.

Variável	EORTC		Total	P
	Não	Sim		
Diagnóstico				0,750
	2	6	8	
Adenocarcinoma de ovário	25,0%	75,0%	100,0%	
	27	37	64	
Carcinoma ductal de mama	42,2%	57,8%	100,0%	
Ciclo de Quimioterapia				0,407
	7	11	18	
2 ciclo	38,8%	61,2%	100,0%	
	6	7	13	
3 ciclo	46,1%	53,9%	100,0%	
	6	12	18	
4 ciclo	33,3%	66,7%	100,0%	
	6	6	12	
5 – 9 ciclo	50,0%	50,0%	100,0%	
	4	7	11	
10 - 18 ciclo	36,6%	63,4%	100,0%	
Protocolo de Quimioterapia				1,530
	3	38	41	
AC-T	7,3%	92,7%	100,0%	
	26	5	31	
Outros	83,8%	16,2%	100,0%	
Tipo de cirurgia				0,750
	27	37	64	
Mastectomia	42,2%	57,8%	100,0%	
	2	6	8	
Histerectomia	25,0%	75,0%	100,0%	

* As questões que variam de 1 a 4 na escala foi substituída por categorias: Não e Sim.

Os dados da escala EORTC Total apresentados na tabelas 3 e 4 foram descritos de forma Não e Sim. Ou seja, as perguntas da escala variam de 1 a 4 (não, pouco, bastante e muito) e para melhor análise dos dados, foram categorizadas em Não (não são afetadas) e o Sim (são afetadas em pouco, muito ou bastante).

Tabela 5 – Frequência, Média e Desvio Padrão das escalas do instrumento QLQ- C30. Fortaleza, CE. 2012. n= 72.

	Não		Pouco		Bastante		Muito		Média ± DP
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Escala Total (1 a 28)	54	75	17	23,6	1	1,4	-	-	19,97
Sub-escalas Funcionais									
Func. Físico (FF)	51	70,8	16	22,2	5	6,9	-	-	18,14
Des. dos Papéis (DP)	58	80,6	10	13,9	3	4,2	1	1,4	15,89
Func. Emocional (FE)	55	76,4	11	15,3	4	5,6	2	2,8	18,75
Func. Cognitivo (FC)	55	76,4	11	15,3	4	5,6	2	2,8	18,75
Func. Social (FS)	39	54,2	21	29,2	9	12,5	3	4,2	21,99
Item/Sub Escalas de Sintomas									
Fadiga (FAD)	31	43,1	29	40,3	10	13,9	2	2,8	27,77
Náusea e Vômito (NV)	62	86,1	8	11,1	2	2,8	-	-	10,64
Dor (DOR)	34	47,2	23	31,9	12	16,7	3	4,2	28,70
Dispneia (DISP)	59	81,9	13	18,1	-	-	-	-	6,0
Insônia (INS)	26	36,1	26	36,1	9	12,5	11	15,3	35,64
Perda de apetite (PAP)	39	54,2	23	31,9	3	4,2	7	9,7	23,14
Constipação (CON)	56	77,8	12	16,7	3	4,2	1	1,4	9,7
Diarreia (DIA)	53	73,6	15	20,8	2	2,8	2	2,8	11,57
Dificuldade Financeira (DIF)	32	44,4	26	36,1	1	1,4	6	8,3	27,77
ZMedida Global de QV	-		-		-		-		83,68

* A escala de 1 a 4 (não, pouco, bastante e muito) foi transformada numa escala de 0 a 100.

O estado global de saúde atingiu uma média de 83,68 representando que as mulheres do estudo consideraram a sua QV como “ótima”, visto que se aproxima do 100 (escore máximo).

Em relação às sub-escalas funcionais, verificou-se que o melhor desempenho por parte das pessoas foi obtido no nível do seu Funcionamento social, com média de 21,9. Em contrapartida, os piores desempenhos das pessoas observaram-se no nível do Desempenho de Papéis, Funcionamento Emocional, Físico e cognitivo.

Relativamente ao item/sub-escalas de sintomas, verificou-se que os sintomas mais frequentes ou intensos são a dor, fadiga, insônia e perda de apetite com apresentação de médias altas. No extremo oposto, estão dispneia e constipação, com médias de 6,0 e 9,7 respectivamente.

O item referente à Dificuldade Financeira mostrou-se relevante com média de 27,7. Isso implica que a maior parte da amostra considerou esse item como afetado pelo tratamento.

5.2.1 ANÁLISE DE ASSOCIAÇÃO ENTRE AS ESCALAS DE QUALIDADE DE VIDA DO INSTRUMENTO EORTC-QLQ-C30

Com o intuito de verificar se as variáveis sócio-demográficas e clínico-terapêuticas interfere nos domínios investigados pelo QLQ-C30, foi aplicado o teste de ANOVA e os resultados foram considerados significativos ao nível de $p \text{ value} \leq 0,05$, apresentados nas Tabelas 6.

O coeficiente de Pearson r calculado no estudo mostrou-se estatisticamente significativos entre algumas escalas da qualidade de vida.

Tabela 6 – Associação entre as escalas do instrumento EORTC-QLQ. Fortaleza, CE. 2012. n= 72.

Escala de sintomas	FF		FO		FE		FS		FC		
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	
ESC.TOTAL	,645	,000	,619	,000	,363	,002	,686	,000	,363	,002	
FADIGA	,396	,001	,255	,031	,206	,082	,466	,000	,206	,082	
NAUSEA VÔMITOS	E	,005	,966	,290	,014	,032	,790	,212	,074	,032	,790
DOR	,458	,000	,498	,000	,155	,195	,499	,000	,155	,195	
DISPNEIA	,211	,075	,058	,629	,135	,256	,065	,589	,135	,256	
INSÔNIA	,338	,004	,318	,007	,221	,062	,271	,021	,221	,062	
PERDA APETITE	,106	,375	,183	,125	-,029	,812	,439	,000	-,029	,812	
CONSTIPAÇÃO	-,074	,535	,015	,904	-,090	,451	,018	,878	-,090	,451	
DIARREIA	,016	,893	,128	,285	,069	,565	,026	,827	,069	,565	
DIFICULDADE FINANCEIRA	,160	,180	,142	,236	,019	,872	,102	,394	,019	,872	

6 DISCUSSÃO

Verificou-se que a relação idade com a Qualidade de Vida Total mostrou que as mulheres mais jovens tiveram a sua Qualidade de Vida impactadas pelo tratamento oncológico. Mulheres entre 27 a 59 anos apresentaram mais escores classificados como pouco e bastante afetada sua QV. Já as mulheres acima de 60 anos representaram menor impacto com a QV classificada como pouco e bastante afetada.

Conde *et al.* (2006) e Machado e Sawada (2008) referem que a idade é um fator importante que influencia a QV. Embora não haja uniformidade nos estudos (BAIDER *et al.*, 2003; AVIS *et al.*, 2005) quanto ao conceito de mulheres jovens e idosas, estudo de Ganz *et al.* (2002) refere-se as mulheres mais jovens como sendo aquelas com idade inferior a 60 anos. Outros estudos (BAIDER *et al.*, 2003; AVIS *et al.*, 2005) as definem como sendo as que apresentam idade inferior a 50 anos. Segundo estudo de Conde *et al.* (2006) o impacto do diagnóstico e do tratamento do câncer de mama foi consistentemente maior, na QV de mulheres com idade inferior a 60 anos. As mulheres mais jovens tiveram impactadas suas vidas em relação ao trabalho e situação econômica. Baider *et al.* (2003) relatou que as mulheres mais jovens vivenciam maior estresse emocional, mais dificuldade de adotar uma atitude positiva em face do diagnóstico de câncer de mama e menor habilidade de conviver com os efeitos adversos da terapia antineoplásica. Lotti *et al.* (2008) refere que a QV de mulheres mais jovens é inferior em comparação com as mais idosas devido a dificuldade que as mais jovens apresentam de se adaptarem à nova condição, e/ou pelo fato das mulheres mais idosas valorizarem menos a mama e a feminilidade.

O câncer de ovário pode ocorrer em todas as idades, no entanto a incidência aumenta após os 40 anos, sendo a idade média da doença 61 anos (FREITAS *et al.*, 2011). No estudo de Fernandes e Kimura (2010) os resultados confirmaram esse mesmo perfil para o câncer ginecológico com mulheres em idade média de 54 anos, variando entre 19 e 88 anos, a maioria vive com um cônjuge e possuem grau de instrução para escolaridade.

As mulheres casadas tiveram em sua maioria (65,2%) sua QV afetada elas consideraram como pouco ou bastante em relação às mulheres solteiras (51,8%). Conforme estudo Conde *et al.* (2006) o contexto familiar é importante fator acolhedor para a mulher mediante o diagnóstico de câncer de mama e que o cônjuge geralmente assume a

responsabilidade em prover a maior parte desse suporte emocional de que a mulher necessita. Isso resulta em estresse psicológico não somente na mulher, mas, no cônjuge também. O parceiro pode ser fonte de suporte ou estresse, dependendo da qualidade do relacionamento do casal, e o estresse emocional associado ao relacionamento conjugal pode comprometer a QV. Outro fator citado no estudo refere-se ao fato de o parceiro ser colocado à margem desde o início do diagnóstico, pela própria mulher, dificultando o processo de suporte emocional, enfrentamento e adaptação psicológica. Enfatizando semelhante aspecto do câncer de mama, um estudo de Fernandes e Kimura (2010) feito com 226 mulheres diagnosticadas com câncer ginecológico no ambulatório de Oncologia do Instituto Brasileiro de Controle do Câncer (IBCC) considerara a relação da presença do cônjuge com a QV das mulheres com diagnóstico de câncer ginecológico um fator relevante. Neste estudo é citado que a presença do cônjuge pode proporcionar um maior conforto e suporte emocional à paciente, entretanto, o aspecto relacionado à sexualidade que muitas vezes está comprometido pelo diagnóstico interfere na relação e conseqüente QV dessas mulheres.

A ocupação de trabalho evidenciou que em relação ao percentual de mulheres desempregadas (61,3%) com 19 casos referiram sua QV afetadas. A maioria das pacientes consideradas empregadas, após o diagnóstico da doença, tiveram que afastar-se de suas atividades profissionais para realizar o tratamento quimioterápico e relataram dificuldades financeiras relacionadas a essa variável, e que, portanto, afetou a sua QV. Muitas mulheres verbalizaram que após o diagnóstico da doença e início do tratamento de quimioterapia tiveram muitas mudanças em suas vidas, por exemplo, o afastamento do trabalho devido aos efeitos colaterais do tratamento, indisposição, limitações físicas que as impediam de exercer atividades laborais. O trabalho não representava apenas uma fonte de renda, mas, uma atividade que as faziam sentir-se independentes, motivadas, úteis e ativas. Muitas mulheres também verbalizaram que eram provedoras de seu lar e que o afastamento do trabalho impactava bastante no desempenho desse papel, gerando angústias e incertezas sobre o futuro seu e de suas famílias.

Dentre as mulheres pesquisadas as que eram alfabetizadas tiveram sua QV afetada em (61,3%) contra (50,0%) das mulheres sem instrução. Conforme estudo Nicolussi e Sawada (2009) as pacientes em tratamento quimioterápico que são afastadas do trabalho relataram maiores dificuldades financeiras que interferem na QV em relação às pacientes desempregadas, aposentadas e donas de casa com nível de escolaridade inferior foram pouco afetadas. O estudo de Avis *et al.* (2005) compartilha da mesma opinião quando afirma que

quando as mulheres são afastadas do trabalho ou de suas atividades usuais, devido ao tratamento quimioterápico, apresentam risco aumentado de prejuízo na QV.

Fernandes e Kimura (2010) realizaram um estudo evidenciando que o diagnóstico e tratamento do câncer ginecológico trazem ainda importantes repercussões na vida dessas mulheres, podendo comprometer, de diferentes formas, o seu bem-estar e a QV. Vários são os fatores que contribuem para as alterações na QV das mulheres com câncer ginecológico: danos funcionais secundários aos tratamentos, como as cirurgias pélvicas que envolvem a remoção de partes da anatomia genital feminina; efeitos colaterais da quimioterapia, como náusea, vômito, diarreia, constipação, mucosite, mudanças de peso e alterações hormonais; fatores psicológicos, que incluem crenças errôneas sobre a origem do câncer, mudanças na auto-imagem, tensões matrimoniais, medos e preocupações.

Com relação ao ciclo de quimioterapia a maioria das pacientes foi abordada entre o 2º (segundo) e 4º (quarto) ciclo, embora os ciclos variem até oito referindo-se ao tratamento com drogas antineoplásicas e a variação entre os ciclos 9º (nono) ao 18º (décimo oitavo) refere-se à terapia exclusiva com anticorpo monoclonal trastuzumabe (herceptin) isolado. É importante salutar essa diferença devido à terapia com drogas antineoplásicas conferirem muito mais reações adversas com redução da QV em relação à terapia exclusiva com anticorpo monoclonal (trastuzumabe) associados ou não à quimioterapia antineoplásica, pois não possui efeito cumulativo, permitindo a administração em longo prazo, os efeitos são habitualmente temporários e não são debilitantes como os da terapia antineoplásica (BRASIL, 2008).

Quanto ao protocolo de quimioterapia, observou-se que o mais frequente é o AC-T, em que são utilizados três citostáticos diferentes: doxorrubicina, ciclofosfamida e paclitaxel, e que habitualmente é usado como tratamento adjuvante para carcinoma de mama. Saad *et al.* (2007) cita em seu estudo que o tratamento com o protocolo AC-T promove aumento na sobrevida livre de doença e da sobrevida global, em mulheres com câncer de mama adjuvante. O estudo também cita que o tratamento de mulheres com câncer de mama localizado, a quimioterapia com antracíclicos (doxorrubicina e epirrubicina) promove discreto, porém estatisticamente significativo aumento na sobrevida livre de doença e da sobrevida global, em comparação com regimes sem antraciclina.

As drogas antineoplásicas dos protocolos mais frequentes desencadeiam efeitos adversos e foram responsáveis pelo prejuízo nas funções cognitiva, física, desempenho de papéis e emocional. A doxorrubicina e a epirrubicina (antibiótico antitumoral) desencadeiam

reações como alopecia, hiperpigmentação da pele e leito ungueal e são vesicantes ocasionando dor. A ciclofosfamida (agente alquilante) é o fármaco mais comumente utilizado em mastologia e suas reações mais comuns são: náusea e vômitos, diarreia, dor abdominal, hiperpigmentação cutânea, tonturas, hipotensão e cefaleia. O paclitaxel (taxano) é responsável pelos efeitos como: alopecia, hipotensão, alterações de hiperpigmentação na pele e leito ungueal, alterações motoras finas, mialgia, fadiga, cefaleia, visão turva e o principal deles a neuropatia periférica. Todas as drogas acima citadas são classificadas como irritantes e vesicantes e que desencadeiam uma reação de dor (BONASSA, 2005).

Os protocolos envolvidos nesta pesquisa e descritos como os mais prevalentes também são descritos no estudo realizado por Sawada *et al.* (2009) como provocadores de alteração na substância branca cerebral (Paclitaxel e ciclofosfamida) e indutor do processo inflamatório (doxorubicina) que causam prejuízos na função cognitiva, como falta de concentração, diminuição da habilidade visual e espacial e diminuição da memória. O estudo também relata as evidências de que as drogas que influenciam na função cognitiva estão relacionadas com as alterações fisiológicas como resposta inflamatória no cérebro induzida pelas respostas das citocinas.

O efeito colateral neurotoxicidade decorrente da droga paclitaxel relaciona-se com o fato das células neuronais não se dividirem ou lentamente e o mecanismo de ação desse fármaco age diretamente na divisão celular. Portanto, a droga possui efeito deletério sobre o sistema nervoso central e conseqüente comprometimento da função cognitiva e física (SAWADA *et al.*, 2009).

Logo a seguir vem o protocolo com o trastuzumabe, habitualmente utilizado como tratamento associado com outras drogas ou monoterapia como proposta de manutenção. Essa terapia mostrou sua importância no tratamento de pacientes metastáticas e, depois, foi incorporada para uso em regime adjuvante, com significativa melhora do intervalo livre de doença (FREITAS *et al.*, 2011).

Dentre as mulheres que realizaram cirurgia de mastectomia, (57,8%) referiram que sua QV foi afetada pelo tratamento quimioterápico. O câncer de mama atualmente é tratado como uma doença sistêmica, portanto, muito vezes, o tratamento cirúrgico é seguido de uma terapia adjuvante como a quimioterapia. Como foi citado no estudo por Ganz *et al.* (2002) o tratamento quimioterápico é um importante preditor de piora na QV de mulheres com câncer

de mama. A mastectomia sem reconstrução proporciona uma piora na QV e pode ter um impacto negativo na evolução da doença (MAKLUF *et al.*, 2006). Na instituição onde foi realizado o estudo, a maioria das pacientes que realiza a cirurgia de mastectomia não faz a reconstrução da mama. Alguns dos fatores ocasionadores devem-se à ausência da equipe de cirurgia plástica para a realização do procedimento, bem como às condições clínicas e sociais da paciente para submeter-se ao procedimento. Portanto, a cirurgia de mastectomia contribui para piora na QV. O estudo de Conde *et al.* (2006) também ressalva que as mulheres submetidas à mastectomia relataram estar menos atraentes e ativas sexualmente, e menos satisfeitas com a cicatriz cirúrgica e que independente da idade, a mastectomia associou-se negativamente à percepção da autoimagem.

Conforme estudo realizado por Villar e Silva (2010) com 30 mulheres submetidas à histerectomia, o procedimento gera no universo feminino dúvidas relacionadas a mitos, os quais repercutem na vida da mulher tanto biológica quanto psicologicamente, pois, além de sua função biológica, o útero é um órgão associado à reprodução e socialmente vinculado à feminilidade e à sexualidade, de modo que sua extirpação, além de constituir-se em ato agressivo e mutilante, interfere tanto na expressão da sexualidade feminina quanto em sua imagem corporal e sua vida social.

6.1 CORRELAÇÕES ENTRE AS ESCALAS DO INSTRUMENTO EORTC E DADOS CLÍNICO-TERAPÊUTICOS

Os coeficientes de correlações de Pearson estatisticamente significativos entre as variáveis quantitativas demográficas e clínicas e as várias sub-escalas da qualidade de vida.

Nas Tabela 3 e 4 representadas pelas variáveis sócio-demográficas e clínico-terapêutico quando calculado o valor de p das variáveis em relação à Escala total, verificou-se que nenhum valor de p foi significativo. Implica dizer que nenhuma variável se correlacionou com a Escala Total.

Conforme apresentado na Tabela 5, os domínios de QV avaliados que mostram diferenças estatisticamente significantes foram: cognitiva, emocional, físico e desempenho dos papéis com diminuição das médias demonstrando que houve um decréscimo nessas funções. A função social teve a melhor média. Os sintomas fadiga, dor, insônia e perda de apetite tiveram as suas médias aumentadas demonstrando piora desses sintomas, havendo diferença estatisticamente significativa.

Relaciona-se o prejuízo nas funções física, emocional, cognitiva e social ao aumento dos sintomas fadiga, dor e insônia. O estudo também demonstrou que os sintomas fadiga, dor e insônia foram aqueles de maior impacto na QV de pacientes com câncer de mama submetidas à quimioterapia. O Funcionamento físico foi afetado em pacientes em quimioterapia com interferência nas atividades do trabalho ou diárias e relatam que a fadiga também interferiu de forma negativa nessa função. Foi encontrada diferença estatisticamente significativa nos itens função física e desempenho dos papéis e fadiga com diminuição das médias da função física e cognitiva e aumento na média do sintoma fadiga. Os pacientes com câncer, submetidos à quimioterapia, podem apresentar uma variedade de efeitos colaterais como dor, náusea e vômitos, queda de cabelo, alterações de peso, fadiga e ansiedade. No entanto, o efeito colateral mais comumente relatado é a fadiga. (MACHADO; SAWADA, 2009).

Com relação aos sintomas afetados: dor, insônia, fadiga e perda de apetite. Não afetados: náuseas e vômitos, constipação e diarreia. Houve impacto negativo da situação financeira sobre o tratamento. A escala de Estado Geral de Saúde/QV foi considerada ótima. Estudo realizado por a Sawada *et al.* (2009) evidenciam que nas escalas de sintomas, houve predomínio de insônia, seguida de dor e fadiga, com isso, inferir que a presença desses sintomas interfere nas funções físicas, emocionais e cognitivas, informação que vai ao encontro dos resultados observados em nosso estudo. Nas escalas de sintomas, o predominante foi a insônia com média de 35,64 seguida pela dor, fadiga, perda de apetite e náusea e vômito (NICOLUSSI; SAWADA, 2009).

Os sintomas como diarreia, náuseas e vômitos e constipação no estudo foram pouco referidos pelas mulheres devido ao fato de sua relação direta com o fármaco estimulador. O trato gastrointestinal sofre uma descamação de células da mucosa sem reposição adequada, levando a irritação, inflamação e alterações funcionais que ocasionam a diarreia. Entretanto, as drogas mais relacionadas à diarreia são: irinotecano, topotecano, 5-fluorouracil, dactinomicina e dacarbazina, ou seja, drogas que não foram ou pouco utilizadas no nosso estudo. A constipação caracteriza-se pela diminuição da motilidade gastrointestinal gerada pela ação do grupo de alcaloides da vinca (vincristina), droga não utilizada em nenhum protocolo do estudo (BRASIL, 2008).

Com relação ao sintoma de dor, 38 pacientes referiram dor durante a terapia e necessitou descansar em decorrência do sintoma. A dor do câncer é descrita como “dor total”,

pois é uma síndrome em que, além da nocicepção (lesão), outros fatores físicos, emocionais, sociais e espirituais influem na gênese e na expressão da queixa. A avaliação da dor é complexa, devido à variedade de aspectos que compõem o quadro algico, e é a base para a formulação diagnóstica, a proposição terapêutica e a apreciação dos resultados obtidos. A dor de etiologia decorrente do tratamento antitumoral representa de 5 a 20%. A dor aguda é aquela resultante de cirurgias, procedimentos diagnósticos e terapêuticos como, por exemplo, a infusão de algumas drogas quimioterápicas. A dor acarreta modificações do sistema musculoesquelético, no sistema neurológico no aparelho psíquico. Interfere de forma significativa no sono. As pessoas que sentem dores ficam deprimidas e ansiosas e irritam-se com mais facilidade, colaboram menos com o tratamento e são mais difíceis de serem cuidadas comprometendo o aspecto social (PIMENTA; MOTA; CRUZ, 2006).

Com relação à insônia, a média foi 35,64 representando o sintoma mais referido durante o tratamento e que interfere de forma impactante na QV durante a terapia com quimioterápico. Um estudo de Furlani e Ceolim (2006), realizado com 25 mulheres com câncer de mama e ginecológico em um hospital de Campinas-SP evidenciou que 80,0% das mulheres apresentaram má qualidade do sono. Ainda segundo o estudo, a presença da neoplasia pode acarretar profundas alterações no modo de viver habitual do indivíduo, dentre eles os hábitos de sono e qualidade de sono. Apesar dos distúrbios de sono constituir tema importante para os pacientes acometidos por neoplasias, acredita-se que seu manejo ainda permaneça inadequado dentro do campo de cuidados oncológicos.

O sintoma muito frequente relatado e que interfere na QV desses pacientes foi a fadiga (57,0%) referiu esse sintoma como pouco, bastante ou muito. A fadiga relatada por muitas mulheres tratadas para câncer de mama é citada como um sintoma que apresenta maior influência negativa na QV. Esse sintoma aumenta durante a quimioterapia, e, de modo geral, muitas mulheres parecem continuar com a fadiga após o tratamento (LOTTI, 2008).

O impacto financeiro foi relevante quando representou uma média de 27,7 em mulheres durante o tratamento. A maioria das mulheres pesquisadas apresentou renda familiar de até 1 (um) salário mínimo mensal. Embora a maioria das mulheres (56,9%) conviviam com uma renda inferior ou igual a 1 (um) salário mínimo, a representação da QV afetada foi menor entre as mulheres com renda superior a 2 (dois) salários mínimo mensal. Conforme estudo Sawada *et al.* (2009) com relação à dificuldade financeira demonstra que apesar do tratamento decorrente da doença ser complexo e oneroso, esse fato não tem trazido grandes prejuízos

financeiros e que o atendimento do SUS (Sistema Único de Saúde) tem proporcionado a cobertura total do tratamento. Esse fato pode justificar que as mulheres com menor renda são afetadas em menor proporção do que as que tiveram renda maior.

A Função Cognitiva foi afetada nas mulheres do estudo. Essa função parece ser comum em pacientes submetidas à quimioterapia adjuvante para câncer de mama, com tendência a melhora com o tempo, porém, quando comparadas com mulheres saudáveis, apresentam pior desempenho cognitivo geral (FAN, 2005). A função cognitiva é definida como um conceito multidimensional e descreve os domínios que resultam no desempenho saudável do cérebro como a atenção e concentração, função executiva e motora, processos de informações rápidas, linguagem, habilidade visual e espacial e memória. Os efeitos colaterais também influenciaram a FC, na qual as médias foram mais baixas nos pacientes que apresentaram sintomas GI, físicos e emocionais. Existe relação entre fatores psicológicos como ansiedade, estresse e depressão com pior FC e a influência negativa da fadiga sobre a FC (SAWADA *et al.*, 2009). O estudo comparou pacientes com câncer de mama que receberam quimioterapia adjuvante com grupo de mulheres que faziam controle de saúde, e verificou diferença estatisticamente significativa em todos os escores que avaliaram função cognitiva, demonstrando que o grupo que recebeu tratamento quimioterápico adjuvante teve diminuição da função cognitiva (MACHADO; SAWADA, 2008).

A avaliação da QV em mulheres com câncer de mama feito por Lotti (2008) foi observada com prejuízo moderado nas escalas funcionais. Os problemas mais comuns observados foram: insônia, fadiga e dor. O que vai consoante aos resultados do nosso trabalho.

Embora o item depressão não tenha sido significativamente relevante, a Função Emocional foi afetada e comprometendo a QV. No estudo de Sawada *et al.* (2009) a Função Emocional foi avaliada com média baixa, revelando que os sujeitos da pesquisa encontram-se nervosos, deprimidos, preocupados e irritados. Para a Função Emocional a média de 18,75 aponta que os pacientes sentiram-se tensos, preocupados e irritados e/ ou deprimidos, avaliados pelas respostas 21 a 24 do instrumento.

O Estado Geral de Saúde/QV atingiu uma média 83,68, retratando que esses pacientes consideram “ótima” a sua QV. Fernandes e Kimura (2010) observaram em seu estudo realizado com 149 mulheres com câncer de colo uterino que a maioria (58,4%) avaliou a sua saúde nas últimas quatro semanas como muito boa e (30,2%) como boa, ou seja, os pacientes avaliaram positivamente a sua QVRS. Apesar do seu caráter subjetivo, a auto-avaliação do

seu estado de saúde é considerada medida válida, confiável, sensível a mudanças e que reflete o estado de saúde objetivo. No estudo de Nicolussi e Sawada (2009) também foi evidenciado que a média (79,13%) e desvio padrão (17,4%) da escala de EGS/QV foi considerada como satisfatória, visto que se aproxima do escore 100 (escore máximo).

7 CONCLUSÃO

Conclui-se com o referente estudo que a QVRS das mulheres com câncer de mama e ginecológico que estão em tratamento de quimioterapia adjuvante foi afetada em algumas de suas escalas pela presença de sintomas e algumas variáveis.

As mulheres caracterizadas mais jovens, casadas, empregadas, com algum grau de instrução, portadoras de neoplasia de ovário e que realizaram pelo menos o segundo ciclo de quimioterapia obtiveram o maior impacto em sua QVRS.

Ao realizar as associações, pôde-se inferir que a interação entre os quadros clínicos e os tratamentos das doenças coexistentes tem efeitos cumulativos e deletérios sobre a QV, acentuando as preocupações específicas relacionadas ao câncer. Ressalta-se que os fatores preditivos de QVRS identificados neste estudo devem ser foco de maior atenção na prática assistencial e podem representar pontos de partida para estudos futuros que abordem, em profundidade, os diferentes aspectos que envolvem a QV de pacientes com câncer.

Os resultados encontrados no presente estudo corroboram com a literatura, demonstrando a importância de estudos dessa natureza, que identificam a influência dos efeitos da quimioterapia na QV dos pacientes oncológicos. Conhecer essas implicações auxilia o profissional enfermeiro no planejamento de uma assistência que visa à diminuição desses sintomas bem como estratégias que melhorem as funções desses pacientes.

Este estudo vem reafirmar a necessidade da informação sobre as consequências dos tratamentos para câncer, orientação sobre a nova condição, além de suporte psicológico durante todo o tratamento.

Com isso, julga-se que os objetivos propostos inicialmente foram atingidos, e que portanto, tal conhecimento obtido pode contribuir para a produção de cuidados integrais às mulheres portadoras de câncer de mama e ginecológico em terapia antineoplásica, minimizando os males resultantes desse processo terapêutico.

As 72 mulheres com diagnóstico de câncer de mama ou ginecológico, que estavam em tratamento de quimioterapia e que fizeram parte da amostra, tiveram a percepção de uma boa

qualidade de vida global, em especial no funcionamento social. O funcionamento ocupacional e emocional são os que mostram um menor desempenho, pelo que estas mulheres poderão precisar de um maior apoio emocional por parte da equipe de saúde, nesta fase da doença oncológica.

Com foco na sintomatologia destas mulheres, conclui-se que a insônia é claramente o sintoma que mais interfere com a sua qualidade de vida, seguido da dor, fadiga e perda de apetite. Os sintomas menos frequentes, e que por isso interferem menos na qualidade de vida, que são a dispneia, diarreia, constipação, náuseas e vômitos. O controle de sintomas é algo cada vez mais valorizado nos dias atuais, e desta lista de sintomas, verificou-se que os mais frequentes, são simultaneamente aqueles em que o seu controle através da terapêutica atualmente existente ainda não é tão eficaz.

O número de ciclos e os tipos de protocolos de quimioterapia demonstram impacto sobre alguns aspetos fisiológicos, comprometendo assim, a funcionalidade cognitiva e física do indivíduo que tem sua a qualidade de vida afetada durante o tratamento de quimioterapia.

Para que as intervenções de enfermagem tenham maior consistência, é requerido o desenvolvimento de habilidades para avaliar, sistematicamente, a repercussão da quimioterapia nas condições de saúde do paciente, além da utilização de conhecimentos atualizados sobre a fisiopatologia desses sinais e sintomas e ação farmacológica dos medicamentos indicados para o seu controle.

Ressalta-se a importância da capacitação do enfermeiro na orientação e manejo dos cuidados específicos às pacientes com câncer. Cabe ao profissional enfermeiro frente a essa realidade indicar e oferecer orientações relativas às medidas preventivas, identificar precocemente os efeitos colaterais do tratamento com a perspectiva de minimizá-los e tornar a QV menos afetada durante a terapia antineoplásica. E junto à equipe multidisciplinar deve-se estabelecer estratégias de intervenções para melhor compreensão dos aspectos psicossociais dos pacientes, garantindo uma assistência qualificada e uma melhor reabilitação do tratamento vigente.

A busca, na melhora da assistência a essas mulheres, pelos profissionais de saúde, deve ser ponto central no programa de treinamento e a QV é um aspecto importante a ser

mensurado, pois avalia as várias dimensões da doença e cria parâmetros para as práticas assistenciais cotidianas nos serviços de saúde.

A atenção às perspectivas dos doentes sobre a sua condição de saúde teve um aumento por diversos fatores. Os olhares da sociedade, governo e dos serviços de saúde ultrapassam os interesses de sobrevivência e da condição biomédica dos mesmos, para áreas de comportamento e efeitos psicológicos, o que pode representar uma mudança nos objetivos dos cuidados em saúde, numa valorização da área social, no interesse nos custos psicológicos e econômicos da doença. Mesmo se tratando de interpretação pessoal, engloba fatores familiares, financeiros, de moradia e de trabalho, sendo importante ter-se em mente que a Qualidade de Vida engloba esses muitos aspectos da existência humana. Esses parâmetros, usualmente, mostram situações em que uma medida muito ampla da QV seja aplicável. Entretanto, como a doença e o tratamento podem alterar modos individuais, de atenção em saúde e de pensar sobre a vida, é essencial que a QV seja avaliada quando uma alternativa de tratamento se apresente.

REFERÊNCIAS

- AARONSON, N.K; AHMEDZAI, S; BERGMAN, B; BULLINGER, M; CULL, A; DUEZ, N.J. **The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-30: a quality of life instrument for use in international clinical trials in oncology.** *J. Natl Cancer Inst* 1993; 85:365-75.
- ANDRADE, Marceila; SILVA, Sueli Riul da. **Administração de quimioterápicos: uma proposta de protocolo de enfermagem.** *Rev Bras Enferm*, 2007. vol.60, n.3, pp. 331-335.
- ARAUJO, Joyce Rodrigues; ZAGO, Márcia Maria Fontão; SILVA, Sueli Riul da. **Percepções sobre a vida e a doença por mulheres submetidas à quimioterapia antineoplásica.** *Rem: Rev. Min. Enferm.*, Jul 2006, vol.10, no.3, p.247-252. ISSN 1415-2762.
- AVIS, N. E.; CRAWFORD, S.; MANUEL, J. **Quality of life among younger women with breast cancer.** *J Clin Oncol.* 2005;23(15):3322-30.
- BAIDER, L.; ANDRITSCH, E.; UZIELY, B.; GOLDZWEIG, G.; EVER-HADANI, P.; HOFMAN, G.; *et al.* **Effects of age on coping and psychological distress in women diagnosed with breast cancer: review of literature and analysis of two different geographical settings.** *Crit Rev Oncol Hematol.* 2003;46(1): 5-16.
- BARBOSA, Dulce Aparecida; VIANNA, Lucila Amaral Carneiro. **Enfermagem ambulatorial e hospitalar.** São Paulo: Manole, 2010.
- BONASSA, Edva Morena Aguilar. **Enfermagem em terapêutica oncológica.** 3. Ed. São Paulo: Atheneu, 2005.
- BORGES, DO; ANJOS, ACY. **Sistematização da assistência de enfermagem ao paciente em tratamento quimioterápico: adesão às orientações e a efetividade na diminuição de efeitos colaterais e atrasos no tratamento** *Rev Horizonte Científico.* 2011;5(2). Disponível em <<http://www.seer.ufu.br/index.php/horizontecientifico/article/view/13500>>. Acesso em: 22 dez. 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço.** / Instituto Nacional do Câncer – 3. ed. Ver. Atual. Ampl. – Rio de Janeiro: INCA, 2008.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual Operacional para Comitês de ética em Pesquisa.** Brasília: Ministério da Saúde. 1996.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Instituto Nacional de Câncer. Estimativas da incidência e mortalidade por câncer no Brasil para 2010.** Rio de Janeiro (RJ): INCA; 2011.
- CARVALHO, Patricia Luciene de. **Qualidade de vida das mulheres com câncer de mama na cidade de Joinville-SC.** 2007. 70 f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Meio Ambiente) – Programa de Pós Graduação em Saúde e Meio Ambiente, Universidade da Região de Joinville, Joinville, SC, 2007.

CASSO, B; BUIST, D.S.M; TAPLIN, S. **Quality of life of 5-10 year breast cancer survivors diagnosed between age 40 and 49.** *Health Qual Life Outcomes* [serial on the Internet].2004 Feb-May [cited 2008 Oct 15];2:(25). Available from <http://www.hqlo.com/content/2/1/25>>.

CLEARY, P.D; FOWLER, F. J. **Health-related quality of life in HIV-infected persons: a conceptual model.** In: Dimsdale JE, Baum A, editors. *Quality of life in behavioral medicine research.* New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates: 1995. p.191-204.

CONDE, Délio Marques; NETO, Aarão Mendes Pinto; FREITAS JR, Ruffo; ALDRIGHI, José Mendes. **Qualidade de Vida de mulheres com câncer de mama.** *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [online]. 2006, vol.28, n.3, pp. 195-204. ISSN 0100-7203.

CRESWELL, John W. **Projeto de Pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto /** John W. Crewell; tradução Luciana de Oliveira da Rocha – 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

DE LORENZI, Dino Roberto Soares. **Avaliação da qualidade de vida no climatério.** *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [online]. 2008, vol.30, n.3, pp. 103-106. ISSN 0100-7203.

ENGEL, J. *et al.* **Predictors of quality of life of breast câncer patients.** *Acta Oncol.* 2003;42(7):710-8.

FAN, H.G. *et al.* **Fatigue, menopausal symptoms, and cognitive function in women after adjuvant chemotherapy for breast câncer:1-and 2-year follow-up of a prospective controlled study.** *J Clin Oncol.* 2005; 23(31):8025—32.

FERNANDES, Rosa Áurea Quintella; NARCHI, Nádia Zanon. **Enfermagem e saúde da mulher.** São Paulo: Manole, 2007.

FERNANDES, Wanessa Cassemiro; KIMURA, Miako. **Qualidade de vida relacionado à saúde de mulheres com câncer de colo uterino.** *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* [online] 2010, vol.18, n.3.

FREITAS, Fernando. *et al.* **Rotinas de ginecologia.** Porto Alegre: artmed, 2011.

FLECK, Marcelo P.; CHACHAMOVICH, Eduardo; TRENTINI, Clarissa. **Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module.** *Rev. Saúde Pública* [online]. 2006, vol.40, n.5, ISSN 0034-8910.

FONTES, C. A. S.; ALVIM, N. A. T. **A relação humana no cuidado de Enfermagem junto ao cliente com câncer submetido a terapêutica antineoplásica.** 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010321002008000100012&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 15 out. 2010.

FURLANI, Renata; CEOLIM, Maria Filomena. **Qualidade do sono de mulheres portadoras de câncer ginecológico e mamário.** *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* [online – www.eerp.usp.br/rlae] 2006, vol.14, n.6.

GANZ, P.A.; DESMOND, K.A.; LEEDHAM, B.; ROWLAND, J. H.; MEYEROWITZ, B. E.; BELIN, T. R. **Quality of life in long-term, disease-free survivors of breast cancer: a follow-up study.** *J Natl Cancer Inst.* 2002;94 (1): 39-49.

GUIMARÃES, José Renan Q. **Manual de Oncologia**. 3. Ed. São Paulo: BBS editora, 2008.

HILL, Manuela Magalhães; HILL, Andrew. **Investigação por Questionário**. 2. Ed. Lisboa: Edições Silabo Ltda, 2005.

HILLMANN, Elise de Castro. **Fotografia cervical digital para rastreamento de câncer de colo uterino e suas lesões precursoras**. 2010. 154 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Programa de Pós Graduação Programa em Medicina: Ciências Médicas, UFRGS, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2010.

HULLEY, Stephen B.; CUMMINGS, Steven R.; BROWNER, Warren S.; GRADY, Deborah; HEARST, Norman; NEWMAN, Thomas B. **Delineando a Pesquisa Clínica: uma abordagem epidemiológica**. 2. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

JORDAN, K.; SIPPEL, C.; SCHMOLL, H. J. **Guidelines for antiemetic treatment of chemotherapy-induced nausea and vomiting: past, present, and future recommendations**. *Oncologist*. 2007, vol.12, n.9, pp.1143-50.

KARNOFSKY, D. A.; ABELMANN, W. H.; CRAVER, L. F.; BURCHENALL, J. F. **The use of nitrogen mustard in the palliative treatment of cancer with particular reference to bronchogenic carcinoma**. *Rev. Cancer*. 1948, vol.1, n.4, pp. 634-56.

KELSEY, J. L.; WHITTEMORE, A. S.; EVANS, A. S.; THOMPSON, W. D. **Methods in observational Epidemiology**. New York: Oxford University Press, 1996.

KNOBF, M.T. **The influence of endocrine effects of adjuvant therapy on quality of life outcomes in younger breast cancer survivors**. *Oncologist*. 2006; 11(2):96-110.

LIMA, Thatyana Oshiro de; BORGES, Georgia Cristian. **Avaliação da qualidade de vida em pacientes com câncer assistidos pelo centro de tratamento de câncer de Dourados**. *Rev. Interbio* [online]. 2009, vol.3, n.2, pp. 05-10. ISSN 1981-3775.

LOTTI, Renata Cardoso Baracho ; BARRA, Alexandre de Almeida. ; DIAS, Rosângela Correa; MAKLUF, Ana Silva Diniz. **Impacto do tratamento de câncer de mama na qualidade de vida**. *Rev. Bras. Câncer* [online]. 2008, vol.54, n.4, pp. 367-371.

LUIZ, B.M. *et al.* **Estudo epidemiológico de pacientes com cancer de ovário no município de Jundiá no período de junho de 2001 a junho de 2006**. *Rev. bras. Cancerologia*. 2009;55(3):247-253.

MACHADO, Sheila Mara; SAWADA, Namie Okino. **Avaliação da Qualidade de vida de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico adjuvante**. *Rev Tex Context Enferm* [online]. 2008, vol.17, n.4, pp. 750-757.

MENDELSON, M. E.; KARAS, R. H. **HRT and the young at heart**. *N Engl J Med*. 2007, vol.356, n.25, pp. 2639-2641.

MINAYO, M. C.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. **Qualidade de vida e Saúde: um debate necessário**. *Cien Saúde Colet*. 2000, vol.5, n.1, pp. 07-18.

NICOLUSSI, Adriana Cristina; SAWADA, Namie Okino. **Qualidade de vida de pacientes com câncer colorretal em terapia adjuvante.** *Acta paul. enferm.* [online]. 2009, vol.22, n.2, pp. 155-161. ISSN 0103-2100.

OLIVEIRA, Bruna Guimarães Oliveira, *et al.*. **Versão em português, adaptação transcultural e validação de questionário para avaliação da qualidade de vida para pacientes portadores de marcapasso: AQUAREL.** *Arq. Bra. Cardiol.* 2006, vol.87, n.2, pp.75-83.

OTTO, Shirley E. **Oncologia.** 1. Ed. Rio de Janeiro: Reichman & Affonso Editores, 2002.

PAGANI, T.C; PAGANI JUNIOR CR. **Instrumentos de avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde.** Fundação Nacional de Desenvolvimento do Ensino Superior Particular. Disponível em <http://www.faculdadecomunitaria.edu.br/programasinst/Revistas/revistas2006/rev_ciencias_bio/05.pdf>. Acesso em: 20 out. 2011.

PAGANO, M.; GAUVREAU, K. **Princípios de Bioestatística.** Tradução Luis Sérgio de Castro Paiva. – 1. Ed. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.

PÉREZ, L. F. J.; PINERO, A.N; PERUCHO, A. F. **Study of factors related to quality of life in patients with locally advanced rectal cancer.** *Rev Esp Enferm Dig.* 2004, vol.96, n.11, pp. 746-757.

PIMENTA, Cibele Andrucio de Matos; MOTA, Dalete Delalibera Corrêa de Faria; CRUZ, Diná de Almeida Lopes Monteiro. **Dor e cuidados paliativos: Enfermagem, medicina e psicologia.** Barueri, SP: Manole, 2006.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano; HUNGLER, Bernadette P. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização.** 5. Ed. Porto Alegre: Artmed: 2011.

PONTES, Rose Meire Albuquerque; *et al.*. **Qualidade de vida em pacientes portadores de doença inflamatória intestinal. Tradução para o português e validação do questionário “Inflammatory Bowel Disease Questionare” (IBDQ).** *Arq Gastroenterol.* 2004, vol.41, n.2, pp.137-143.

RODRIGUES, Manoel Antônio Lopes. **Qualidade de vida e satisfação com os cuidados recebidos das doentes com carcinoma de mama em tratamento com quimioterapia endovenosa.** 2007. 175 f. Dissertação (Mestrado em Oncologia) – Programa de Pós Graduação do Instituto Português de Oncologia, Universidade do Porto, 2007.

ROSA, L.M; MERCES, N.N.A.; MARCELINO, S.R; RADÜNZ, V. **A consulta de enfermagem no cuidado à pessoa com câncer: contextualizando uma realidade.** *Cogitare Enferm* 2007 Out/Dez; 12(4):487-93. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs-2.2.4/index.php/cogitare/article/view/10075/6927>. Acesso dia 20 de abril de 2011.

ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar de. **Epidemiologia & Saúde.** 6. Ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

ROCHA, Alby Duarte; *et al.* **Qualidade de vida, ponto de partida ou resultado final?** *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2000, vol.5, n.1, pp.63-81.

SAAD, Everardo D; FACINA, Gil; GEBRIM, Luiz Henrique. **Epirrubicina no tratamento do câncer de mama.** *Rev. Bras. Cancerologia* [online]. 2007, vol.53, n.1, pp. 47-53.

SALES, Cibele A.; *et al.* **Qualidade de vida de mulheres tratadas de câncer de mama: funcionamento social.** *Rev. Bras. Canc.* 2001, vol.47, n.3, pp.263-272.

SAWADA, Namie Okino; NICOLUSSI, Adriana Cristina; OKINO, Liyoko; CARDOZO, Fernanda Mara Coelho; ZAGO, Márcia Maria Fontão. **Avaliação da qualidade de vida de pacientes com câncer submetidos à quimioterapia.** *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2009, vol.43, n.3, pp. 581-587. ISSN 0080-6234.

SERVAES, P. *et al.* **Determinants of chronic fatigue in disease-free breast cancer patients: a cross-sectional study.** *Ann Oncol.* 2002;13(4):589-98.

SCHMIDT, C. E.; BESTMANN, B.; KUCHLER, T.; LONGO, W. E.; KREMER, B. **Ten-year historic cohort of quality of life and sexuality in patients with rectal cancer.** *Dis Colon Rectum.* 2005, vol.48, n.3, pp. 483-492.

SEGRE, Marco; FERRAZ, Flávio C. **O conceito de saúde.** *Rev. Saúde pública.* 1997, vol.31, n.5, pp.538-542.

SEIDL, Maria Fleury; ZANNON, Maria Lana da Costa. **Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos.** *Cad. Saúde Pública.* 2004, vol.20, n.2, pp. 580-588.

SILVA, Carlos Henrique Debenedito; DERCHAIN, Sophie Françoise Mauricette. **Qualidade de vida em mulheres com câncer ginecológico: uma revisão de literatura.** *Rev. Bras. Cancerologia* [online]. 2006, vol.52, n.1, pp. 33-47.

VILLAR, Alana Stéphanie Esteves; SILVA, Leila Rangel da. **História de vidas de mulheres submetidas à histerectomia.** *Cienc Cuid Saude.* 2010, vol.9, n.3, pp.479-486.

WHOQOL Group. **The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the world Health Organization.** *Soc Sci Med.* 1995, vol.41, pp. 1403-10.

WHOQOL Group. **Versão em português dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida (WHOQOL).** Porto Alegre: Famed – Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 1998. [Links]Disponível em: URL: <http://www.ufrgs.br/psiq>

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Eu, Nilza Maria de Abreu Leitão, enfermeira e aluna de mestrado do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, convido a Sra. a participar da pesquisa: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA E OVÁRIO EM QUIMIOTERAPIA ADJUVANTE. A pesquisa tem como objetivo trazer benefícios para as mulheres com diagnóstico de câncer e que estão em tratamento quimioterápico, pois os resultados contribuirão para nortear novas ações voltadas para a melhora da Qualidade de Vida.

A sua participação neste estudo é inteiramente voluntária sendo-lhe assegurado o direito de abandonar o estudo se assim o desejar, sem que isto acarrete qualquer consequência. Sua participação será por meio de uma entrevista pessoal com duração aproximada de 20 minutos, que incluirá perguntas sobre idade, estado civil, ocupação, escolaridade, dados sobre o tratamento quimioterápico, bem como as suas reações adversas aplicando a escala que avalia a Qualidade de Vida, chamada escala EORTC QLQ-C30.

Fique ciente, ainda, que:

- Seu nome ou qualquer outra informação será confidencial e anônima;
- Terá acesso a qualquer momento às informações de procedimentos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para resolver dúvidas que possam ocorrer;
- O estudo não lhe trará riscos, e a sua participação poderá contribuir para o crescimento nos estudos com mulheres que tem diagnóstico de câncer;
- Sua participação não será remunerada, mas qualquer despesa que possa surgir será financiada pela pesquisadora;
- O Comitê de Ética em Pesquisa da **Universidade Federal do Ceará** se dispõe a prestar mais esclarecimentos pelo seguinte telefone: **(85) 33668344** ou no endereço rua Coronel Nunes Melo, 1127, Rodolfo Teófilo;
- No caso de dúvidas ou qualquer esclarecimento, poderá procurar a pesquisadora no endereço: Rua Barão do Rio Branco, nº20 – Centro. CEP: 60.025-060. Fortaleza-CE - telefone: (85) 32511205 / 88082948. E-mail: nylzaleitao@yahoo.com.br

Eu, _____, _____ anos,

RG _____, declaro que sou maior de idade, estou em tratamento quimioterápico nesta instituição, não sou portadora de diabetes, insuficiência renal, transtornos psiquiátricos e cardiopatias, nem deficiente visual ou auditiva, que é de livre e espontânea vontade que estou participando como voluntário da pesquisa. Li cuidadosamente este Termo e tomei conhecimento do estudo mencionado, e tendo sido devidamente esclarecida as minhas dúvidas pela pesquisadora. E declaro ainda estar recebendo uma cópia assinada deste termo.

Fortaleza, ____ de _____ de 2012.

Nome do voluntário	data	Ass. Voluntário	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>
Nome do pesquisador	data	Ass. Pesquisador	
Nome da testemunha	data	Ass. Testemunha	
Profissional que aplicou TCLE	data	Ass. Profissional	

APÊNDICE B- QUESTIONÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO

DATA: ____/____/____

I. Dados sócio-demográficos:

Nome: _____ DN: ____/____/____ - ____ anos

Endereço: _____ Telefones: _____

Estado civil:

SOLTEIRO	
CASADO	
UNIÃO ESTÁVEL	
VIÚVO	
DIVORCIADO	

Procedência:

CAPITAL	
INTERIOR DO ESTADO	
REGIÃO METROPOLITANA	

Ocupação:

ESTUDANTE	
EMPREGADO	
AUTÔNOMO	
DESEMPREGADO	
APOSENTADO	

Nível de Escolaridade:

SEM INSTRUÇÃO	
ALFABETIZADO	

Renda Familiar:

1 SALÁRIO MÍNIMO (R\$622,00 REAIS MENSAIS)	
2 A 3 SALÁRIOS MÍNIMOS (R\$1.000 A 1.500)	
4 A 6 SALÁRIOS MÍNIMOS (R\$2.000 A 3.000)	
IGUAL OU ACIMA 7 SALÁRIOS MÍNIMOS (R\$3.500)	

II. Dados clínico-terapêuticos:

Diagnóstico: _____

Data do diagnóstico: ____/____/____ Ciclo de Quimioterapia: _____

Finalidade da quimioterapia: _____ Protocolo de quimioterapia: _____

Realizou cirurgia:

SIM	
NÃO	

Tipo de cirurgia: _____

Radioterapia:

SIM	
NÃO	

APÊNDICE C – PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)

A coleta de dados da pesquisa foi realizada por meio de uma entrevista pelo pesquisador para a aplicação do questionário de identificação e a aplicação da Escala **EORTC QLQ-C30**.

Para a descrição dos dados dos participantes, construiu-se um questionário de identificação para a coleta dos dados sócio-demográficos contento as varáveis: idade, estado civil, procedência, ocupação e nível de escolaridade; dados clínicos terapêuticos: diagnóstico, realização de cirurgia, tratamento de radioterapia, ciclo de quimioterapia e protocolo.

VARIÁVEL	MENSURACÃO
IDADE	EM ANOS, SEM PRÉ CATEGORIZAR.
ESTADO CIVIL	SOLTEIRO, CASADO, UNIÃO ESTÁVEL, VIÚVO, DIVORCIADO
PROCEDÊNCIA (ONDE RESIDE)	CAPITAL, INTERIOR DO ESTADO, REGIÃO METROPOLITANA
OCUPAÇÃO	ESTUDANTE (DESEMPANHA ATIVIDADES ESTUDANTIS SEM REMUNERACÃO), EMPREGADO (VÍNCULO EMPREGATÍCIO COM REMUNERACÃO), AUTÔNOMO(DESEMPENHA ATIVIDADE SEM REMUNERACÃO FIXA), DESEMPREGADO (NÃO DESEMPENHA ATIVIDADE E NÃO POSSUI REMUNERACÃO), APOSENTADO (RECEBE REMUNERACÃO DA PREVIDÊNCIA)
NÍVEL DE ESCOLARIDADE	SEM INSTRUÇÃO (ANALFABETO), ALFABETIZADO (LER E ESCRIVE E NÃO SABE IDENTIFICAR QUAL NÍVEL DE ESCOLARIDADE), NÍVEL FUNDAMENTAL, MÉDIO, SUPERIOR (CONTEMPLAM OS COMPLETOS E INCOMPLETOS)
RENDA FAMILIAR	1 SALÁRIO MÍNIMO (R\$622,00 REAIS MENSAIS) 2 A 3 SALÁRIOS MÍNIMOS (R\$1.000 A 1.500) 4 A 6 SALÁRIOS MÍNIMOS (R\$2.000 A 3.000) IGUAL OU ACIMA 7 SALÁRIOS MÍNIMOS (R\$3.500)
DIAGNÓSTICO DE TUMORES	CANCER DE MAMA, GINECOLÓGICO
PROTÓCOLO (KIT DE MEDICAÇÕES) A ESCOLHA DO PROTÓCOLO ESTÁ RELACIONADA COM O PROGNÓSTICO DO TRATAMENTO (COMPROMETIMENTO DO TUMOR	AC-T NOME DO PROTÓCOLO E DESCRIÇÃO DAS DROGAS (ADRIAMICINA + CICLOFOSFAMIDA E PACLITAXEL) FAC (FLUOURACIL + ADRIAMICINA + CLICOFOSFAMIDA) FEC (FLUOURACIL + EPIRRUBICINA +

	CLICOFOSFAMIDA CARBO + TAXOL (CARBOPLATINA + PACLITAXEL) HERCEPTIN (TRASTUZUMABE)
CIRURGIA	MASTECTOMIA, HISTERECTOMIA
RADIOTERAPIA	SIM OU NÃO

O instrumento usado para a coleta dos dados será o European Organization for Research and Treatment of Câncer-Quality of Life Questionnaire Core-30 (EORTC QLQ-C30), devidamente validado para a população brasileira. O QLQ-C30 é um instrumento de QV utilizado para pacientes com câncer, é composto por 30 questões que compõe cinco escalas funcionais: funções física, cognitiva, emocional e social e desempenho de papel, três escalas de sintomas: fadiga, dor e náusea e vômito, uma escala de estado geral de saúde/QV e cinco outros itens que avaliam sintomas comumente relatados por doentes com câncer: dispnéia, perda do apetite, insônia, constipação e diarreia, além de um item de avaliação de impacto financeiro do tratamento e da doença (AARONSON *et al*, 1993).

Na análise dos resultados do QLQ-C30, os valores obtidos nas escalas de estado geral de saúde/QV, quanto mais próximo de 100, significa melhor funcionamento ou que estas condições estão melhores, enquanto que nas escalas de sintomas e dificuldades financeiras, os valores obtidos próximo de 100, significam maior presença desses sintomas e dificuldades.

Geralmente, dependendo da finalidade da quimioterapia o paciente faz de 4 a 8 ciclos que compõe o tratamento. Por exemplo, um paciente que tem um diagnóstico de câncer de mama com o propósito adjuvante, ou seja, o tratamento quimioterápico é feito após o tratamento principal, no caso após a cirurgia (mastectomia parcial ou radical, com ou sem esvaziamento axilar). Essa paciente fará 8 ciclos de quimioterapia com um intervalo de 21 dias entre elas. Portanto, as entrevistas serão feitas no primeiro dia (antes da aplicação da medicação), a partir do 2º ciclo.

DESCRIÇÃO DA ESCALA EORTC LQ-C30

Os itens de 1 a 28 estão colocados na escala likert de quatro pontos (não, um pouco, bastante e muito). Os itens de números 29 e 30 estão na escala likert de sete pontos, na qual um corresponde a péssimo e sete corresponde a ótimo.

PERGUNTA	AVALIACÃO SEGUNDO OS ITENS
----------	----------------------------

<p>1. Custa-lhe fazer esforços mais violentos, por exemplo, carregar um saco de compras pesado ou uma mala?</p> <p>2. Custa-lhe percorrer uma grande distância a pé?</p> <p>3. Custa-lhe dar um pequeno passeio a pé, fora de casa?</p>	<p>NÃO – nenhum</p> <p>UM POUCO – refere esforço, porém, não compromete o desempenho de suas atividades diárias e ausência de sintomas</p> <p>BASTANTE – refere esforço, e sintoma físico(fadiga) associada, entretanto, não compromete o desempenho de suas atividades</p> <p>MUITO – não consegue realizar atividade (incapacidade total)</p>
<p>Precisa ficar na cama ou numa cadeira durante o dia?</p>	<p>NÃO – ausência</p> <p>UM POUCO – relata alguma indisposição, porém, não compromete o desempenho de suas atividades diárias e ausência de sintomas</p> <p>BASTANTE – relata indisposição na maior parte do tempo, comprometendo o desempenho de suas atividades</p> <p>MUITO – refere muita indisposição física, considera-se acamado</p>
<p>Precisa que o/a ajudem a comer, a vestir-se, a lavar-se ou ir à casa de banho?</p>	<p>NÃO – desempenha suas funções e atividades diárias sem auxílio de outra pessoa</p> <p>UM POUCO – refere a necessidade de auxílio algumas vezes para desempenhar a atividade, porém, sem deixar de desempenhar na ausência</p> <p>BASTANTE – há sempre outra pessoa auxiliando em determinadas atividades, comprometendo o desempenho</p> <p>MUITO – não realiza nenhuma das atividades sem o auxílio de outra pessoa</p>
<p>Sentiu-se limitado/a no seu emprego ou desempenho das suas atividades diárias?</p>	<p>NÃO – realiza suas atividades diárias sem limitações</p> <p>UM POUCO – às vezes, observa limitações, porém, não impede de realizar a atividade</p> <p>BASTANTE – sentiu-se limitado a ponto de não realizar algumas atividades</p> <p>MUITO – não consegue realizar nenhuma atividade (totalmente incapacitado)</p>
<p>Sentiu-se limitado/a na ocupação habitual dos seus tempos livres ou em outras atividades de lazer?</p>	<p>NÃO - ausente, sem limitações</p> <p>UM POUCO – refere limitações às vezes, porém, desempenha a atividade</p> <p>BASTANTE – refere limitações que o impedem de realizar algumas atividades</p> <p>MUITO – não consegue desempenhar nenhuma atividade por limitações</p>
<p>Teve falta de ar?</p>	<p>NÃO – ausente</p> <p>UM POUCO – às vezes e relacionado à esforços</p> <p>BASTANTE – maior parte do dia e relacionado ou não com esforços</p> <p>MUITO – constante, sem esforços</p>
<p>Teve dores?</p>	<p>NÃO – ausência</p> <p>UM POUCO – pelo menos uma vez ao dia com relação a fatores estimulantes</p> <p>BASTANTE – várias vezes ao dia, com ou sem relação aos fatores estimulantes</p>

	MUITO – constante e sem relação com fatores estimulantes
Precisou descansar?	NÃO – ausência UM POUCO – pelo menos uma vez ao dia BASTANTE – várias vezes ao dia relacionado com fatores estimulantes, incapacidade parcial MUITO – constante, sem relação com fatores estimulantes e incapacidade total do desempenho de suas atividades
Teve dificuldade em dormir?	NÃO – ausente UM POUCO – às vezes e relacionado a fatores estimulantes BASTANTE – na maior parte do tempo, relacionado ou não com fatores estimulantes, incapacidade parcial MUITO – sempre e impede de desempenhar suas atividades
Sentiu-se fraco?	NÃO – ausente UM POUCO – às vezes, porém, realiza suas atividades BASTANTE – na maior parte do tempo, com limitações de algumas atividades MUITO – sempre, presente limitações e incapacidade total de desempenho de suas atividades
Teve falta de apetite?	NÃO – ausente UM POUCO – às vezes, com desempenho de suas atividades BASTANTE – às vezes, limitações, porém, desempenha suas atividades MUITO – não consegue ter apetite e compromete suas atividades
Teve enjôos?	NÃO – ausente UM POUCO – às vezes, sem relação com fatores estimulantes, sem comprometer o desempenho das atividades BASTANTE – maior parte do tempo com relação a fatores estimulantes, com comprometimento parcial das atividades MUITO – sempre, sem relação com fatores estimulantes e incapacidade total no desempenho das atividades
Vomitou? Teve prisão de ventre? Teve diarreia? Sentiu-se cansado/a? As dores perturbam as suas atividades diárias? Teve dificuldades em concentrar-se, por exemplo, para ler o jornal ou ver televisão? Sentiu-se tenso? Teve preocupações? Sentiu-se irritado? Sentiu-se deprimido? Teve dificuldade de lembrar-se das	NÃO – ausente UM POUCO – às vezes, sem comprometer as atividades BASTANTE – maior parte do tempo, compromete parcialmente o desempenho das atividades MUITO – constante, limitações presentes e compromete totalmente o desempenho das atividades

coisas?	
<p>O seu estado físico ou tratamento médico interferiram na sua vida <u>familiar</u>?</p> <p>O seu estado físico ou tratamento médico interferiram na sua <u>atividade social</u>?</p> <p>O seu estado físico ou tratamento médico causaram-lhe problemas de ordem <u>financeira</u>?</p>	<p>NÃO – ausente</p> <p>UM POUCO – houve mudança, porém, sem comprometer o desempenho das atividades</p> <p>BASTANTE – refere muitas dificuldades, compromete parcialmente o desempenho das atividades</p> <p>MUITO – sempre e comprometem totalmente o desempenho das atividades</p>
<p>Como classificaria a sua <u>saúde</u> em geral durante a última semana?</p> <p>Como classificaria a sua <u>qualidade de vida</u> global durante a última semana?</p>	<p>Ausência total de qualidade de vida (totalmente incapacitado)</p> <p>Referem alterações, queixas presente, várias limitações, quase que incapacitado</p> <p>Referem alterações, queixas presente, várias limitações, incapacitado significativa</p> <p>Referem alterações, queixas presente, várias limitações, incapacitado parcialmente</p> <p>Referem alterações, queixas presente, alguma limitação, incapacitado parcialmente</p> <p>Referem alterações, pelo menos uma queixa, porém, não compromete o desempenho das atividades</p> <p>Ausência de alterações, ausência de queixas e o desempenho de suas atividades, totalmente capacitado</p>

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO DA INSTITUIÇÃO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DO ESTUDO

Sra. Coordenadora do Ambulatório de Quimioterapia,

Eu, Nilza Maria de Abreu Leitão, RG nº 98002321638, CPF nº 00327076305, mestranda em enfermagem pela Universidade Federal do Ceará – UFC, orientada pela Profª. Drª. Ana Karina Bezerra Pinheiro venho requerer autorização de vossa senhoria para a realização da pesquisa de Mestrado, cujo anteprojeto é intitulado “*Mulheres com câncer: avaliação da Qualidade de Vida durante a quimioterapia antineoplásica adjuvante*”. Tendo como objetivo geral: avaliar a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde de mulheres com câncer de mama e ginecológico submetidas à quimioterapia antineoplásica adjuvante e objetivos específicos: Caracterizar as mulheres em tratamento quimioterápico adjuvante quanto aos aspectos sociodemográficos e clínicos (idade, estado civil, profissão, nível de escolaridade, diagnóstico e tratamento realizado); Identificar os domínios de QVRS afetados nas mulheres com câncer de mama e ginecológico em tratamento quimioterápico adjuvante; Identificar os fatores que influenciam a qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres com câncer de mama e ginecológico em tratamento quimioterápico adjuvante.

Nestes termos, peço deferimento.

Atenciosamente

Profª. Drª. Ana Karina Bezerra Pinheiro
Profª. Adjunta IV do Departamento de Enfermagem da UFC e Orientadora do projeto

Nilza Maria de Abreu Leitão
Mestranda e Autora do projeto

Coordenadora do Ambulatório de Quimioterapia

ANEXOS

ANEXO 1 – ESCALA EORTC QLQ-C30

EORTC QLQ-C30 (versão 3)

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

Escreva as iniciais do seu nome:

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

A data de nascimento (dia, mês, ano):

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

A data de hoje (dia, mês, ano):

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

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

Durante a última semana :	Não	Pouco	Bastante	Muito
6 Sentiu-se limitado/a no seu emprego ou no desempenho das suas atividades diárias?	1	2	3	4
7 Sentiu-se limitado/a na ocupação habitual dos seus tempos livres ou noutras atividades de lazer?	1	2	3	4
8 Teve falta de ar?	1	2	3	4
9 Teve dores?	1	2	3	4
10 Precisou de descansar?	1	2	3	4

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

1	2	3	4	5	6	7
Péssima						ótima

© Copyright 1995 EORTC Study Group on Quality of Life. Todos os direitos reservados. Version 3.0.

ANEXO 2 – APROVAÇÃO DO COMEPE-UFC

Universidade Federal do Ceará
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. Nº 130/12

Fortaleza, 20 de abril de 2012.

Protocolo COMEPE nº: 71/12

Pesquisador responsável: Nilza Maria de Abreu Leitão.

Título do Projeto : “Mulheres com Câncer: Avaliação da qualidade de vida durante a quimioterapia antineoplásica adjuvante.”

Levamos ao conhecimento de V.S^a. 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 19 de abril 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 3 – AUTORIZAÇÃO DA ESCALA EORTC-QLQ-C30

De: qlqc30@eortc.be <qlqc30@eortc.be>
 Assunto: QLQ-C30 download request from NILZA LEITÃO
 Para: nylzaleitao@yahoo.com.br
 Data: Domingo, 27 de Novembro de 2011, 15:38

Dear Sir/Madam,

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

Best regards,

Your data:

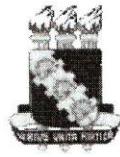
Title: Ms
 Firstname: NILZA
 Lastname: LEITÃO
 Hospital/Institution: UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
 Address: RUA SANTA CATARINA, 370
 County/State: FORTALEZA
 Postal Code: 60440125
 Country: Brazil
 Phone: 55 85 99502119
 Fax: 55 85 3251 1205
 Email: nylzaleitao@yahoo.com.br
 Protocol: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES EM TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO

Documents requested:

Ovarian Module (OV28) in Portuguese
 Colorectal Module (CR29) in Portuguese
 QLQ-C30 Core Questionnaire in Portuguese
 QLQ-C30 Core Questionnaire in Portuguese
 Cervix Module (CX24) in Portuguese
 QLQ-C30 Scoring Manual
 Full reference values
 Latest issue of the EORTC Quality of Life Group Newsletter
 Scoring Instructions: Ovarian OV28
 Scoring Instructions: Cervix CX24
 Scoring Instructions: Colorectal Liver Metastases LMC21
 Scoring Instructions: Colorectal CR29
 Scoring Instructions: Endometrial EN24

URLs:

<http://www.eortc.be/home/qol/files/OV28/OV28%20Portuguese.pdf>
<http://www.eortc.be/home/qol/files/CR29/CR29%20Portuguese.pdf>
<http://www.eortc.be/home/qol/files/C30/QLQ-C30%20Portuguese.pdf>
<http://www.eortc.be/home/qol/files/C30/QLQ-C30%20PortugueseBrazilian.pdf>
<http://www.eortc.be/home/qol/files/CX24/CX24%20Portuguese.pdf>
<http://www.eortc.be/home/qol/files/SCManualQLQ-C30.pdf>
http://www.eortc.be/home/qol/files/RV/RV_complete.pdf
http://www.eortc.be/home/qol/files/QOL_newsletter.pdf
http://www.eortc.be/home/qol/files/ScoringInstructions/OV28_summary.pdf
http://www.eortc.be/home/qol/files/ScoringInstructions/CX24_summary.pdf
http://www.eortc.be/home/qol/files/ScoringInstructions/LMC21_summary.pdf
http://www.eortc.be/home/qol/files/ScoringInstructions/CR29_summary.pdf
http://www.eortc.be/home/qol/files/ScoringInstructions/EN24_summary.pdf



Universidade Federal do Ceará
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. Nº 130/12

Fortaleza, 20 de abril de 2012.

Protocolo COMEPE nº: 71/12

Pesquisador responsável: Nilza Maria de Abreu Leitão.

Título do Projeto : "Mulheres com Câncer: Avaliação da qualidade de vida durante a quimioterapia antineoplásica adjuvante."

Levamos ao conhecimento de V.S^a. 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 19 de abril 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