

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS - MG
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LAÍS DE ANDRADE MARTINS CORDEIRO

**MULHERES COM NEOPLASIA MAMÁRIA EM TRATAMENTO
QUIMIOTERÁPICO OU EM HORMONIOTERAPIA: UMA AVALIAÇÃO DA
QUALIDADE DE VIDA**

ALFENAS/MG

2013

LAÍS DE ANDRADE MARTINS CORDEIRO

**MULHERES COM NEOPLASIA MAMÁRIA EM TRATAMENTO
QUIMIOTERÁPICO OU EM HORMONIOTERAPIA: UMA AVALIAÇÃO DA
QUALIDADE DE VIDA**

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas-MG como parte dos requisitos para a obtenção do Título de Mestre em Enfermagem. Área de concentração: Enfermagem Materno-Infantil. Orientador(a): Prof^a. Dr^a. Clícia Valim Côrtes Gradim.

ALFENAS/MG

2013

Cordeiro, Laís de Andrade Martins.

Mulheres com neoplasia mamária em tratamento quimioterápico ou em hormonioterapia: uma avaliação da qualidade de vida / Laís de Andrade Martins Cordeiro. - 2013.
123 f. -

Orientadora: Clícia Valim Côrtes Gradim.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Alfenas, Alfenas, MG, 2013.

Bibliografia.

1. Neoplasias da Mama. 2. Qualidade de Vida. 3. Quimioterapia. 4. Tamoxifeno. 5. Enfermagem. I. Gradim, Clícia Valim Côrtes. II. Título.

CDD: 616.99449



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal de Alfenas . Unifal-MG
Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 . Alfenas/MG . CEP 37130-000



LAÍS DE ANDRADE MARTINS CORDEIRO

“MULHERES COM NEOPLASIA MAMÁRIA EM TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO OU EM HORMONIOTERAPIA: UMA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA”

A Banca Examinadora, abaixo assinada, aprova a Dissertação apresentada como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas. Área de concentração: Enfermagem.

Aprovado em: 22/03/2013

Prof(a). Dr(a). Clícia Valim Côrtes Gradim
Instituição: Universidade Federal de Alfenas-
MG – UNIFAL-MG

Assinatura: Clícia Gradim

Prof(a). Dr(a). Fábio de Souza Terra
Instituição: Universidade Federal de Alfenas-
MG – UNIFAL-MG

Assinatura: Fábio de Souza Terra

Prof(a). Dr(a). Ana Maria de Almeida
Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão
Preto da Universidade de São Paulo - EERP -
USP

Assinatura: Ana Maria de Almeida

DEDICÁTORIA

*A minha mãe, **Marti**, minha melhor amiga de toda a vida, que se faz presente em todo o meu caminhar, meu maior exemplo de amor. Agradeço por me ensinar a percorrer as verdades da vida, mostrando-me da forma mais singela a humildade necessária para o alcance das vitórias.*

*Ao meu pai, **Geraldo**, meu maior exemplo de determinação, que sempre me ensinou a humildade e a dedicação pela busca de minhas realizações profissionais.*

Agradeço, por toda a proteção ao longo de minha vida.

*Aos **meus irmãos**, por se fazerem presentes em minha vida, por compartilharem exemplo de honestidade e de alegria de vida.*

AGRADECIMENTOS

A DEUS e a Nossa Senhora Aparecida, pela proteção divina em todos os momentos de minha vida, por fortalecerem em mim a força de vontade e a perseverança, as quais foram firmadas na fé, durante toda esta caminhada.

A Prof. Dr.^a Clécia Valim Côrtes Gradim, pela acolhida durante toda esta jornada, por confiar em mim a sua primeira orientação de pós-graduação.

Agradeço, por me permitir ter o privilégio de partilhar comigo seus conhecimentos e de conhecer com maior proximidade seu exemplo de excelência. Agradeço pelo companheirismo, pela amizade, pelos conselhos, por cuidar de mim em todos os momentos. Referência profissional e, principalmente, exemplo de ser humano.

Ao Prof. Dr. Denismar Alves Nogueira, por toda a colaboração durante a realização deste trabalho e pelos ensinamentos estatísticos.

Aos meus colegas do mestrado, pelos conhecimentos partilhados durante todo o curso.

Às amigas Samara, Marina e Inelise, por sempre me acolherem, por fazerem parte da minha família em Assenas, por dividirem comigo momentos de alegria, de companheirismo e pelos auxílios durante a realização do trabalho.

Às amigas Telma, Talita, Roberta, Camila e Edilaine, pelas trocas de conhecimentos os quais auxiliaram para a concretização deste trabalho.

A amiga Érika Chaves, pela presença durante toda esta caminhada, presença na forma de referencial profissional e principalmente como amiga. Agradeço por todo o olhar protetor, por cuidar de mim em todas as minhas necessidades. Agradeço, ainda, por me mostrar sempre o caminho da fé e por todas as orações que me fortaleceram, durante as dificuldades.

A amiga Fernanda Braga, por toda acolhida em Assenas e auxílio durante as dificuldades.

A amiga Daniela Braga, que mesmo distante esteve presente em forma de oração para a minha proteção.

A todas as pacientes que compartilharam de sua história para a realização deste estudo.

A Prof. Dr^a Ana Maria de Almeida e Prof. Dr. Fábio de Souza Terra, pelas sugestões oferecidas para o aprimoramento deste trabalho.

A Casa de Caridade Nossa Senhora do Perpétuo Socorro, pela autorização do desenvolvimento deste estudo.

Aos funcionários da unidade de oncologia, pela receptividade e pelos auxílios durante etapa de coleta de dados.

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Nível Superior - Capes, pelo auxílio financeiro para a realização da pesquisa.

RESUMO

Estudo descritivo, analítico e transversal de abordagem quantitativa, que teve por objetivo avaliar a qualidade de vida (QV) de mulheres com neoplasia mamária, as quais se encontravam em momentos distintos do tratamento: quimioterapia ou hormonioterapia e, ainda, buscou descrever as características sociodemográficas, clínicas e terapêuticas das pacientes em estudo e verificar se existe associação entre esse constructo e as variáveis sociodemográficas, clínicas e terapêuticas, para toda a amostra em estudo. A amostra foi formada por 72 mulheres, sendo 25 em tratamento quimioterápico e 47 em hormonioterapia; as quais realizavam tratamento em uma unidade de oncologia situada em Alfenas/MG. A coleta de dados ocorreu no período de 08 de março a 08 de novembro de 2012, sendo utilizados dois instrumentos: um primeiro para caracterização das entrevistadas segundo variáveis sociodemográficas, clínicas e terapêuticas; e, o FACT B+4 para a avaliação da QV. Para ambos os tratamentos abordados, verificou-se, de maneira geral, bons resultados de QV. Para a amostra total, encontraram-se resultados satisfatórios para todos os domínios do FACT B+4 e para o FACT B Total; sendo encontradas melhores médias de escores nos domínios preocupações adicionais com o braço (15,56/20) e bem-estar emocional (19,06/24). O domínio preocupações adicionais com o câncer de mama apresentou a média de escore mais baixa (23,26/36). Na análise da associação entre QV e fatores sociodemográficos, clínicos e terapêuticos, as variáveis: vida sexual ativa, linfedema e tipo de cirurgia; apresentaram associações estatisticamente significativas. Mulheres que negaram vida sexual ativa apresentaram QV inferior às demais nos domínios bem-estar social/familiar ($p=0,001$), bem-estar funcional ($p=0,005$) e para o FACT B Total ($p=0,013$). A presença do linfedema inferiu em QV inferior para os domínios: bem-estar social/familiar ($p=0,019$); bem-estar emocional ($p=0,002$), preocupações adicionais com o braço ($p=0,000$) e, para o FACT B Total ($p=0,015$). Para os tipos de cirurgia, constatou-se correlação positiva e significativa para o domínio bem-estar funcional ($r=0,299$; $p=0,011$), sendo que mulheres submetidas à cirurgia radical modificada e à linfadenectomia apresentaram um maior comprometimento. O profissional de saúde deve se posicionar na atuação de uma assistência que vise propiciar à mulher com câncer de mama, a continuidade da satisfação com sua QV, em todas as dimensões que envolvem esse aspecto.

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

ABSTRACT

A descriptive, analytical and cross-quantitative approach, which aimed to assess the quality of life (QOL) of women with breast cancer, which were at different times of treatment: chemotherapy or hormone therapy, and also sought to describe the characteristics sociodemographic, clinical and therapeutic study of patients and to investigate the association between this construct with socio demographic, clinical and therapeutic variables, for the entire sample under study. The sample consisted of 72 women, 25 and 47 undergoing chemotherapy in hormone therapy, which were undergoing treatment in a oncology unit located in Alfenas/MG. Data collection occurred from March 8 to November 8, 2012, with two instruments: a first for the characterization of the respondents according to sociodemographic, clinical and therapeutic variables, and the FACT B +4 to assess QOL. For both treatments discussed, it has been found, in general, good results QOL. For the total sample, found satisfactory results for all domains of the FACT B +4 and Total FACT B; being found best average scores in domain additional concerns with the arm (15,56/20) and well-being emotional (19,06/24). The domain additional concerns with breast cancer had the lowest mean score (23,26/36). In the analysis of the association between QOL and sociodemographic, clinical and therapeutic factors, the variables: sexually active, lymphedema and type of surgery, showed statistically significant associations. Women who denied sexually active had lower QOL domains in social/family well-being ($p=0,001$), functional well-being ($p=0,005$) and FACT B Total ($p=0,013$). The inferred presence of lymphedema in lower QOL for the domains: social/family well-being ($p=0,019$), emotional well-being ($p=0,002$), additional concerns with the arm ($p=0,000$) and for the FACT B Total ($p=0,015$). For the types of surgery, it was found positive and significant correlation for the domain functional well-being ($r=0,299$, $p=0,011$), whereas women undergoing surgery and modified radical lymphadenectomy showed a greater commitment. The health professional should be positioned in the performance of a service that aims to provide the woman with breast cancer, the continued satisfaction with their QOL in all dimensions that involve this aspect.

Key words: Breast Neoplasms. Quality of Life. Chemotherapy. Tamoxifen. Nursing.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	- Análise descritiva e testes de independências das características da amostra estudada para faixa etária, estado civil, crença religiosa, filho(s), escolaridade, renda familiar e vida sexual ativa, segundo o tipo de tratamento. Alfenas/MG, 2012.....	52
Tabela 2	- Análise descritiva e testes de independências das características da amostra estudada para faixa etária no momento de diagnóstico e da cirurgia, o tempo e o tipo de cirurgia e a lateralidade. Alfenas/MG, 2012.....	59
Tabela 3	- Análise descritiva e testes de independências das características da amostra estudada, segundo o grau histológico, o estadiamento, o comprometimento linfático axilar e o linfedema. Alfenas/MG, 2012.....	62
Tabela 4	- Análise descritiva das características do tratamento quimioterápico, segundo a quantidade de ciclos estabelecidos, de ciclos feitos e de eventos adversos. Alfenas/MG, 2012 (n=25).....	65
Tabela 5	- Análise descritiva das características do tratamento por hormonioterapia, segundo o tempo de tratamento, a medicação e os eventos adversos. Alfenas/MG, 2012 (n=47).....	66
Tabela 6	- Coeficiente Alfa de Cronbach das subescalas do FACT B+4 e do FACT B+4 Total, aplicado em mulheres com câncer de mama em tratamento de quimioterapia e de hormonioterapia. Alfenas/MG, 2012 (n=72).....	68
Tabela 7	- Análise descritiva dos valores mínimos e máximos, média, desvio	

	padrão, mediana, erro padrão e valores possíveis; para as subescalas do FACT B+4 e do FACT B Total nas mulheres do estudo. Alfenas/MG, 2012 (n=72).....	69
Tabela 8	- Análise descritiva em porcentagem das respostas das entrevistadas para as questões contempladas na subescala Preocupações adicionais com o câncer de mama. Alfenas/MG, 2012 (n=72).....	71
Tabela 9	- Valores de médias e/ou ranks médios de escores das subescalas do FACT B+4 e do FACT B Total e os valores de p para a associação entre qualidade de vida e as variáveis presença de filhos, estado civil, tipo de tratamento, lateralidade da mama, comprometimento linfático axilar, vida sexual ativa e linfedema. Alfenas/MG, 2012 (n=72).....	76
Tabela 10	- Valores de ranks médios de escores das subescalas do FACT B+4 e do FACT B Total e os valores de p para a associação entre qualidade de vida e a variável tempo de cirurgia. Alfenas/MG, 2012 (n=72).....	83
Tabela 11	- Valores do Coeficiente de correlação (r) e valores de p para a correlação dos escores das subescalas do FACT B+4 e do FACT B Total, para a faixa etária da paciente e o tipo de cirurgia. Alfenas/MG, 2012 (n=72).....	84
Tabela 12	- Análise descritiva dos valores mínimos e máximos, média, desvio padrão, mediana, erro padrão e valores possíveis, para as subescalas do FACT B+4 e do FACT B Total, para mulheres em quimioterapia. Alfenas/MG, 2012 (n=25).....	86
Tabela 13	- Análise descritiva dos valores mínimos e máximos, média, desvio padrão, mediana, erro padrão e valores possíveis; para as subescalas do FACT B+4 e do FACT B Total, para mulheres em hormonioterapia. Alfenas/MG, 2012 (n=47).....	88

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

FACT B+4	- <i>Functional Assessment of Cancer Therapy – Breast plus Arm Morbidity</i>
INCA	- Instituto Nacional de Câncer
MUCAMA	- Projeto de extensão: Núcleo de Ensino, Pesquisa e Extensão Mulher e Câncer de Mama
QV	- Qualidade de vida
QVRS	- Qualidade de vida relacionada à saúde
SUS	- Sistema Único de Saúde
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNACON	- Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	OBJETIVOS	17
2.1	Objetivo Geral	17
2.2	Objetivos Específicos.....	17
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	18
3.1	Qualidade de vida	18
3.2	Câncer de mama	23
3.2.1	Terapêutica do câncer de mama	25
3.3	Qualidade de vida e neoplasias da mama.....	28
3.3.1	Qualidade de vida e mulheres com câncer de mama em hormonioterapia	33
3.3.2	Qualidade de vida e mulheres com câncer de mama em quimioterapia.....	36
4	METODOLOGIA.....	40
4.1	Tipo de estudo	40
4.2	Local de estudo	40
4.3	Aspectos éticos	41
4.4	População e amostra.....	41
4.5	Instrumentos de coleta de dados	43
4.5.1	Instrumento de identificação dos participantes do estudo	43

4.5.2	Fact B+4 – <i>Functional Assessment of Cancer Therapy – Breast plus Arm Morbidity</i> (versão 4.0)	45
4.6	Variáveis do estudo.....	47
4.6.1	Variáveis dependentes	47
4.6.2	Variáveis independentes	48
4.7	Procedimentos de coleta de dados.....	48
4.8	Tratamento dos dados.....	50
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	52
5.1	Caracterização da amostra	52
5.1.1	Características sociodemográficas.....	52
5.1.2	Dados acerca do câncer de mama e do tratamento.....	59
5.2	Avaliação da confiabilidade do instrumento de avaliação de qualidade de vida – FACT B+4	68
5.3	Avaliação da qualidade de vida.....	69
5.3.1	Avaliação da qualidade de vida para a amostra total.....	69
5.3.1.1	Análise da associação entre qualidade de vida e variáveis sociodemográficas, clínicas e terapêuticas	76
5.3.2	Avaliação da qualidade de vida para mulheres em quimioterapia	86
5.3.3	Avaliação da qualidade de vida para mulheres em hormonioterapia	88
6	CONCLUSÕES.....	90
	REFERÊNCIAS	92

APÊNDICES107

ANEXOS112

1 INTRODUÇÃO

O interesse pela busca da compreensão do câncer de mama iniciou-se no período da graduação de Enfermagem, na Universidade Federal de Alfenas/MG. Esse interesse esteve diretamente ligado às aulas teóricas e práticas da disciplina Enfermagem na Saúde da Mulher, quando tive o meu primeiro contato com mulheres acometidas pela doença.

Na tentativa de ampliação dos conhecimentos acerca do câncer de mama, participei do processo de seleção do Projeto de extensão: Núcleo de Ensino, Pesquisa e Extensão Mulher e Câncer de Mama – MUCAMA, no ano de 2008. A partir desse ano, integrei-me às atividades do projeto e tive a oportunidade de compreender, com maior proximidade, a real condição que o câncer de mama impõe às mulheres.

Ao refletir a assistência oferecida às mulheres no MUCAMA, é importante considerar o universo no qual o câncer de mama está envolvido. O diagnóstico de uma doença maligna é interpretado pela sociedade como uma situação angustiante para pacientes e familiares, a qual pode ser caracterizada pela presença de ansiedade, de negação de estar doente, de receio da morte. A neoplasia das mamas está representada pelos paradigmas associados à identidade assumida pela mulher diante da sociedade. Destaca-se que a presença dessa doença proporciona alterações relevantes na paciente, o que exige um cuidado centrado em uma visão das carências que envolvem os aspectos relacionados à integralidade das mesmas.

Os avanços tecnológicos na detecção e no tratamento do câncer de mama têm sido evidenciados pela ciência, o que insere as questões de adaptação impostas pelo estigma da patologia e aspectos terapêuticos: cirurgia, quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia. É relevante identificar os fatores que influenciam no modo como as mulheres irão experienciar as diversas situações clínicas estabelecidas pelo processo saúde-doença da neoplasia mamária, as quais são traduzidas em estigmas negativos pelos personagens envolvidos pela doença.

Na atuação da assistência às pacientes junto ao MUCAMA, durante três anos, vivenciei a luta das mulheres mastectomizadas em diferentes etapas do tratamento. Nesse mesmo tempo, junto ao contato estabelecido com as pacientes, as mesmas demonstravam as suas maiores dificuldades frente à doença. Ao contextualizar os eventos adversos advindos do câncer de mama e seus tratamentos, podem-se citar dificuldade de aceitação da doença; ser mulher após a mutilação; presença de dor, edema e/ou linfedema no membro homolateral à cirurgia; alteração do relacionamento conjugal e, por conseguinte da relação sexual;

alterações gastrointestinais, alopecia; ressecamento vaginal; receio da morte e do preconceito da sociedade; mudança da autoestima.

Diante dessa situação, é importante desenvolver uma atenção que vise articular a promoção da saúde com a busca da qualidade de vida. Nesse aspecto, destaca-se a atuação do enfermeiro na minimização dos impactos decorrentes da doença e do tratamento, uma vez que são os profissionais que exercem suas ações com maior contato com os pacientes. É relevante compreender que o enfermeiro está presente em todas as fases da doença, o que favorece uma melhor inserção da prática assistencial desse profissional no plano de cuidados que envolvem momentos desde o diagnóstico até as etapas posteriores do tratamento. Dessa forma, emerge a relevância do “desenho” da mensuração do constructo qualidade de vida, que favorece conhecer a realidade imposta por todas as terapêuticas compreendidas nessa doença. Esse “desenho” oferecerá um embasamento clínico aos profissionais para desenvolver um planejamento de intervenções. A assistência tem por objetivo o alcance de uma qualidade de vida favorável ao bem-estar individual e articular as subjetividades apresentadas pelas mulheres com os meios disponíveis na área da saúde para atingir escores positivos à satisfação com a vida dentro dos diversos ambientes sociais, como familiar e na comunidade.

Este trabalho investigou a qualidade de vida de mulheres diagnosticadas com câncer de mama, em momentos distintos do tratamento: durante a quimioterapia ou na hormonioterapia. Diante dos resultados, espera-se oferecer subsídios que favoreçam uma assistência baseada na evidência científica, uma vez que serão explorados diferentes contextos da saúde da mulher que vivenciou essa neoplasia.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar a qualidade de vida de mulheres com diagnóstico de neoplasia mamária, em momentos distintos do tratamento: na quimioterapia ou na hormonioterapia.

2.2 Objetivos Específicos

1. Descrever as características sociodemográficas, clínicas e terapêuticas da amostra do estudo;
2. Verificar se existe associação entre as variáveis sociodemográficas (faixa etária, estado civil, presença de filhos, vida sexual ativa), clínicas (comprometimento linfático axilar e linfedema) e terapêuticas (tipo de tratamento, tempo de cirurgia, lateralidade, tipo de cirurgia) com a qualidade de vida de toda a amostra em estudo.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Qualidade de vida

Desde épocas mais remotas, tem-se observado a busca por métodos que visem à mensuração da qualidade de vida (QV) do indivíduo em diversas situações (COSTA; SILVA, 2004). Fleck et al. (1999) relatam que o conceito de “qualidade de vida” e de “padrão ouro” foi inicialmente utilizado por filósofos, políticos e cientistas sociais. E as primeiras discussões acerca da expressão desse constructo estiveram presentes em debates públicos de assuntos relacionados ao meio ambiente e à deteriorização das condições de vida urbana.

Durante a década de 1950 e início dos anos 1960, em detrimento de preocupações com as consequências da industrialização, surgiram interesses em conhecer fatores relacionados ao bem-estar. Nesse contexto, iniciou-se o desenvolvimento de indicadores sociais para a aferição de fatos vinculados ao bem-estar social de uma população. Em um primeiro momento, esses indicadores foram considerados referências para questões objetivas, como a economia (GUERRA et al., 2010).

Desde o século XIX, a ocorrência de mudanças sociais, culturais, políticas e econômicas influenciaram o surgimento de alterações significativas na vida das pessoas (BRASIL, 2010). Além disso, a presença da tecnologia na área da medicina e em áreas afins desencadeou de maneira negativa um processo de desumanização da assistência à saúde. Com o objetivo de alcançar uma valorização de parâmetros mais amplos que sintomas, a diminuição da mortalidade e/ou o aumento da expectativa de vida, surgiu um movimento das ciências humanas e biológicas, o qual se caracterizou pela formulação do constructo QV (FLECK et al., 1999).

A busca por um cuidado ao ambiente e à saúde favoreceu a QV, sem que a mesma fosse o foco de intervenção. Na segunda metade do século XX, observou-se uma mudança de paradigma no âmbito da saúde, que iniciou o direcionamento de assistência com base em um sistema de promoção e prevenção e que levou a expressão a compor o léxico relativo à saúde (COSTA; SILVA, 2004).

A I Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde foi realizada em Ottawa em 1986, na qual foi apresentado que a saúde é um componente indispensável à QV, principalmente nas ações de promoção de saúde. Desse modo, um novo conceito de saúde

centrado em um completo bem-estar físico, social e mental substituiu a definição do caráter exclusivamente sanitário e de ausência de doença (SOUZA; CARVALHO, 2003).

A promoção da saúde é considerada como uma maneira de refletir e de operacionalizar tecnologias e políticas desenvolvidas em um sistema de saúde, ou seja, é uma estratégia de produção de saúde que favorece a elaboração de ações que buscam respostas às necessidades sociais (BRASIL, 2010). Assim, a atuação de profissionais na promoção de saúde tem uma atenção direcionada a estilos de vida e a condições ambientais, sociais e econômicas determinantes de saúde e de QV (SOUZA; CARVALHO, 2003).

O termo QV, quando observado em um sentido ampliado no campo da saúde, apoia-se nas necessidades humanas básicas, espirituais e materiais, tendo como foco central o conceito de promoção de saúde. Ao realizar uma reflexão sobre a atuação dos profissionais, acredita-se que esses podem influenciar de maneira direta para obtenção de QV por parte dos indivíduos, uma vez que utilizam estratégias para aliviar a dor, o mal-estar e para evitar e minimizar as consequências dos agravos. Assim, a qualidade de vida em saúde está centrada na capacidade de viver com ausência de enfermidades ou de superar os conflitos das condições de morbidade (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

A QV presume a capacidade de sintetizar aspectos culturais os quais uma sociedade considera como seu padrão de bem-estar e conforto e, ao ser considerada como uma noção eminentemente humana, esta se apresenta como uma aproximação ao nível de satisfação, o qual o indivíduo encontra em sua própria estética existencial e com os relacionamentos amoroso, social, familiar e ambiental (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Seild e Zannon (2004) fazem citação do The WHOQOL Group (1998), na qual é demonstrado que o aspecto multidimensional do constructo QV foi validado a partir do surgimento de quatro dimensões: física, psicológica, de relacionamento social e ambiental. A primeira é definida como a percepção individual acerca da própria condição física; o segundo fator está relacionado à condição cognitiva e afetiva, da qual o indivíduo tem suas próprias percepções; o terceiro fator faz abordagem da percepção do indivíduo acerca dos papéis e relacionamentos sociais adotados na vida; e o último, a percepção dos diferentes aspectos inseridos no ambiente em que vive, o que caracteriza a quarta dimensão.

Em uma visão epidemiológica, o conceito QV compreende fundamentalmente cada momento da existência de cada indivíduo, de cada família, de cada comunidade ou grupo populacional. Ainda, o termo considera as necessidades e os aspectos físicos, de maneira a incluir idade, sexo e outros atributos (BEZERRA, 2006).

A percepção de QV apresenta, segundo Minayo, Hartz e Buss (2000), três fóruns de referência: histórico, cultural e classes sociais. O primeiro relaciona-se aos diferentes parâmetros que uma mesma sociedade tem diante de diferentes etapas históricas. O segundo refere-se a valores que são hierarquizados de acordo com a tradição de cada um dos povos. E o terceiro aspecto está ligado aos padrões de estratificação do bem-estar segundo as desigualdades e heterogeneidades de uma sociedade. Desse modo, para Reis e Costa (2010), é demonstrado que o constructo QV advém de experiências, de valores e de conhecimentos individuais e coletivos.

A existência de inúmeras conceituações de QV é consequência da natureza abstrata do termo “qualidade”. Dessa maneira, “boa qualidade” apresenta diferenças de significados para várias pessoas em lugares e ocasiões diversos. Assim, o termo QV está envolvido em uma multiplicidade de conceitos, colocados de forma tão heterogênea que dificulta a compreensão da mesma (PASCHOAL, 2000).

O aperfeiçoamento dos indicadores sociais ocasionou um processo de definição do constructo QV como um conceito integrador o qual compreende todas as áreas da vida (GUERRA et al., 2010). Dessa forma, a expressão é considerada como um elo entre várias especialidades do conhecimento: enfermagem, psicologia, história social, economia, sociologia e filosofia (MICHELONE; SANTOS, 2004).

Fleck et al. (1999) expõem uma ausência de consenso acerca de uma definição concreta para o termo QV, contudo um grupo de especialistas de diferentes culturas relacionou três diferentes aspectos para esse constructo: subjetividade, multidimensionalidade e presença de dimensões negativas e positivas. Nesse âmbito, Paiva (2006) relata que na primeira ocorre uma relação às respostas do próprio indivíduo, as quais dependem das experiências vividas, da cultura e valores que expressam. A multidimensionalidade se caracteriza pelos vários domínios que envolvem a QV e a bipolaridade relaciona-se com uma avaliação que varia de bom ou ruim. Assim, o conceito de QV apresenta diferenças segundo locais, indivíduos e tempos específicos.

O interesse em avaliar esse constructo está presente em diversos âmbitos do conhecimento e tem demonstrado relevância ao ser discutido nos aspectos de saúde, uma vez que a avaliação pode sofrer influência de diferentes fatores: a maneira como as pessoas lidam com seus conflitos, o acesso ao cuidado, à doença e ao tratamento (GARBIN et al., 2007). Assim, surge a ideia de que qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) é considerada como uma forma de identificar o impacto de doenças e dos tratamentos que as pessoas experienciam (BONOMI et al., 2000).

O conceito de QVRS está ligado às experiências do indivíduo decorrentes de alguma intervenção nos conflitos apresentados nas dimensões de saúde, o que favorece a avaliação do estado de saúde subjetivo (LIMA; PORTELA, 2010). A realização da análise desse constructo está baseada na necessidade de se observar o estado de saúde de uma determinada população e de avaliar a natureza, a gravidade, o prognóstico da doença e os efeitos do tratamento (PAGANI; PAGANI JUNIOR, 2006).

Oliveira, Mininel e Felli (2011) afirmam que embora esse constructo apresente uma intrínseca conexão com as questões relacionadas à saúde, quando se depara com a afirmação de que QV é ter saúde, ocorre uma redução da mesma em um único fragmento de bem-estar da integralidade humana, ou seja, a utilização desses dois termos como sinônimos ocorre de maneira errônea.

O surgimento de doenças crônicas e o aumento da expectativa de vida têm levado a existência do desafio para pesquisadores que buscam medir a QV desses indivíduos, uma vez que é exigido o desenvolvimento de instrumentos capazes de verificar o alcance dos objetivos desejados por intervenções de saúde (PAGANI; PAGANI JUNIOR, 2006). Assim, a construção teórica do conceito QV indica a necessidade de se fazer uso de diferentes instrumentos e procedimentos para obtenção de informações objetivas e subjetivas necessárias à sua delimitação enquanto conceito, sabendo-se que todo este conjunto será influenciado pelos profissionais que irão elaborar ou que deles irão fazer uso (ABREU, 2005).

Inicialmente a mensuração e a interpretação dos resultados de QV, atuavam com a finalidade de realizar uma complementação da análise de sobrevivência. Contudo, ao ser observado as questões de custo e de efetividade, este constructo teve seu objetivo ampliado (MONTEIRO et al., 2010).

Em uma assistência ao paciente, o profissional de saúde deve considerar a concepção holística que abrange o homem, ou seja, o doente permanece envolvido por todo o seu contexto de vida. Assim, o cuidado oferecido terá uma relação dependente da percepção que o paciente e seu grupo familiar têm do significado de estar doente (MARTINS; FRANÇA; KIMURA, 1996).

O interesse em quantificar a mensuração da QV é decorrente da ausência de um conceito concreto desse termo, o que tem ocasionado a elaboração de instrumentos para medi-la. Assim, os mesmos autores afirmam que questionários autoaplicáveis ou administrados pelo entrevistador têm sido construídos e podem ser divididos em escalas genéricas e específicas (CAMPOS; RODRIGUES NETO, 2008). Para Minayo, Hartz e Buss (2000)

alguns instrumentos consideram a saúde como o seu objeto propriamente dito, outros têm, a saúde como um fator de um indicador composto.

As escalas genéricas de avaliação apresentam caráter multidimensional e foram desenvolvidas com a finalidade de avaliar o impacto causado por uma doença, observando-se aspectos que variam do físico ao emocional como: dor, capacidade funcional, estado geral de saúde, situação social, vitalidade, aspectos mentais e emocionais. Sua relevância ocorre quando se passa a utilizá-la para avaliar a eficácia de políticas e de programas de saúde e na comparação entre enfermidades (AGUIAR et al., 2008a). Assim, gradativamente, esses instrumentos vão sendo inseridos no processo de avaliação de diversas patologias, da assistência à saúde em lugares e culturas diferentes.

Os questionários de avaliação geral da QV propiciam uma redução de itens que favorecem a identificação de condições clínicas específicas, contudo os mesmos são considerados como a melhor tentativa para a compreensão de todos os fatores relacionados à “doença” (PAGANI; PAGANI JUNIOR, 2006). Esses instrumentos recebem destaque para sua utilização quando se tem por objetivo estudos epidemiológicos, planejamento e avaliação do sistema de saúde, uma vez que usam questionário de base populacional sem especificação de patologias (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Ao considerar que os instrumentos específicos apresentam maior sensibilidade clínica na identificação das alterações de QV cotidiana, decorrentes da presença de doença ou na realização de algum procedimento médico que possa interferir no equilíbrio do indivíduo, os mesmos se apresentam em caráter de serem aplicados a tipos determinados de doença e de populações (BEZERRA, 2006; MONTEIRO et al., 2010).

A mensuração do estado de saúde e da QV é um meio de atender à perspectiva de médicos, pacientes e da sociedade em relação à obtenção de informações acerca dos riscos de tratamento e de seus benefícios. Desse modo, ao refletir a avaliação da QVRS, nota-se que há uma identificação de níveis de funcionamento de bem-estar psicológico, físico ou social (LIMA; PORTELA, 2010).

Ao utilizar instrumentos para avaliação da QV, os mesmos devem ser cuidadosamente construídos e as medidas psicométricas testadas em um contexto cultural específico. Ao propor uma tradução de um questionário, é relevante considerar que o mesmo deve ser apresentado em uma linguagem simples e clara, mantendo equivalência em relação à cultura na qual o mesmo será aplicado (CICONELLI et al., 1999).

Ao avaliar a QV, pode-se determinar que a essencialidade da mesma configura-se em contribuições para estabelecer melhoria das estratégias acerca de decisões multidisciplinares,

de comunicação entre a equipe de cuidados e pacientes e, em ações de programas de reabilitação. Diante desta abordagem, torna-se possível determinar e apreciar os resultados funcionais das diferentes modalidades terapêuticas sob visão dos enfermos (FERNANDES, 2009).

Na reflexão dos diferentes conceitos e estratégias de avaliação da QV, o aperfeiçoamento deste constructo pode advir de um movimento teórico-metodológico e, por conseguinte atuar em alterações da assistência à saúde e no modelo de saúde vigente (SEIDL; ZANNON, 2004).

Diante das diversas mudanças sociais, econômicas, ambientais que explanam o mundo contemporâneo, torna-se perceptível as mudanças no perfil do processo saúde- doença. As preocupações acerca dos fatores que influenciam na saúde passam a dividir um espaço com novos indicadores que abarcam a ideia de alcance de QV da população. Uma nova situação de assistência à saúde passa a ser considerada, a qual se caracteriza pela conjunção das percepções do cuidador e do enfermo, o que vem a proporcionar uma atenção melhor direcionada à multiplicidade de fatores, os quais podem atuar de maneira positiva ou negativa no cotidiano das pessoas. Neste sentido, o objetivo de se alcançar QV do doente, familiar ou comunidade deve ser considerado, a fim de se estabelecer uma assistência que vise melhores indicadores de saúde, os quais estão relacionados com um bom planejamento de ações de prevenção, promoção e reabilitação de saúde.

Perante o exposto, a investigação da QV em paciente com câncer perpassa por uma série de aspectos, os quais se relacionam com a percepção que o mesmo tem de si mesmo e do universo o qual está envolvido, as formas de enfrentamento da doença, entre outros. Ao discutir acerca do câncer de mama, doença que afeta um órgão símbolo da feminilidade; a abordagem da QV permite o desenvolvimento de uma melhor atuação do profissional de saúde, frente às complexidades que envolvem a doença.

3.2 Câncer de mama

Um alto índice de mortalidade por câncer de mama é observado na população feminina, ainda, que se reconheça a presença de meios para realização de um diagnóstico precoce. Tal fato se deve a vários fatores que vão desde a busca tardia por serviços de saúde (em detrimento do medo do diagnóstico), assim como, a não consideração da queixa de

alterações mamárias pelos profissionais de saúde. Essa enfermidade caracteriza-se por uma significativa representatividade entre as doenças ginecológicas, em detrimento de sua alta incidência e das alterações sociais, psicológicas, emocionais e estéticas envolvidas (FUGITA; GUALDA, 2006).

O câncer de mama é considerado, com exceção câncer de pele não melanoma, o tipo de neoplasia de maior frequência no sexo feminino e tem como estimativas no Brasil, para 2012 também válidas para 2013, de 53 mil novos casos (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2011).

Em uma visão epidemiológica, mulheres de todas as faixas etárias podem ser acometidas pelo câncer de mama, sobretudo a partir dos 50 anos. Essa fase compreende alterações hormonais advindas da menopausa e do envelhecimento, o que pode se relacionar com o aparecimento do câncer. Embora com menor frequência, casos da doença em mulheres jovens são retratados como uma situação de maior complexidade, uma vez que podem interferir na vida reprodutiva e na perspectiva de vida futura (MOURA et al., 2010).

Nos aspectos referentes à Saúde Pública, a neoplasia é considerada com uma doença que envolve uma situação conflituosa, em que a realização de um diagnóstico precoce e de meios de reabilitação física, psicológica e social são elementos importantes para o incentivo à luta contra esta enfermidade (MACHADO; SAWADA, 2008).

As implicações vivenciadas pelas pacientes com câncer de mama não compreendem apenas complicações orgânicas decorrentes da doença, uma vez que também envolvem as fragilidades das mulheres diante da experiência do diagnóstico de uma doença a qual é envolvida pelo paradigma de ser uma enfermidade grave e mortal. Nesse discurso, tem-se observado que a mulher passa a conviver com mudanças nos relacionamentos familiares, sociais e com ela mesma, o que demonstra a necessidade de uma assistência humanizada que abranja a fase de sofrimento da mulher e a considere em sua essência (ARAÚJO; FERNANDES, 2008).

Ao refletir acerca da QV para mulheres que têm um diagnóstico de câncer de mama, há a necessidade de se compreender que a terapêutica da doença determina não somente o aspecto cirúrgico, mas também o tratamento coadjuvante que pode demorar de meses a um ano. O enfermeiro deve estar atento à assistência em todas as etapas do tratamento, uma vez que essa poderá influenciar na QV da mulher.

3.2.1 Terapêutica do câncer de mama

No cuidado à mulher com câncer de mama, torna-se relevante considerar a necessidade da participação de uma equipe multidisciplinar para o alcance de um tratamento integral. As modalidades terapêuticas disponíveis para esse tipo de neoplasia são radioterapia para tratamento loco-regional e, quimioterapia e hormonioterapia para o tratamento sistêmico (INCA, 2004). Ao considerar essa neoplasia como uma doença sistêmica, muitas vezes, a terapia adjuvante (quimioterapia ou hormonioterapia) é realizada em seguida à cirurgia (MAKLUF; DIAS; BARRA, 2006).

As modalidades de cirurgia para remoção tumoral, de quimioterapia e de radioterapia podem preencher um período de um ano, quando se existe um bom prognóstico. Contudo, após essa fase de “tratamento”, é necessária a realização de exames periódicos, para a avaliação da condição clínica das pacientes. E, com a finalidade de investigar metástase e uma eventual recidiva da doença, é importante que durante cinco anos consecutivos ocorra a realização de consultas médicas com maior frequência. Em seguida, na remissão da doença, a mulher inicia o chamado período livre da doença, no qual o acompanhamento médico se restringe a consultas em um intervalo de um ano (SILVA; SANTOS, 2008).

Em tempos modernos, verificam-se evoluções nas áreas de fisiologia, biologia molecular e anestesiologia, as quais possibilitaram o desenvolvimento de novas técnicas cirúrgicas e o surgimento de terapias mais eficientes no tratamento do câncer de mama (AZEVEDO; LOPES, 2010). É relevante atentar para os aspectos que devem ser considerados na escolha terapêutica: estadiamento clínico e patológico, características anatomopatológicas e clínicas, idade e desejo do paciente (MARTA et al., 2011).

O tratamento dessa enfermidade foi, durante muitos séculos, realizado por meio de cirurgias radicais ou mutilantes, o que caracterizava na extirpação do tumor (AZEVEDO; LOPES, 2010). A teoria Halstediana, envolvida pelos conceitos da mastectomia radical desenvolvida por Willian Halsted, em 1894, manteve-se inquestionável até a década de 1970. A partir desse período, com o advento de novas abordagens científicas baseadas em evidências e com embasamento em ensaios clínicos randomizados, surge na década de 1980, a concepção da cirurgia conservadora e a radioterapia complementar (MENKE et al., 2007).

O tratamento cirúrgico conservador da mama, considerado terapêutica local padrão em estádios iniciais, é caracterizado pela excisão do tumor e pelo manejo axilar, seguido de radioterapia (MARTA et al., 2011). Esse mesmo procedimento está ancorado por projeções

positivas acerca de possíveis resultados alcançados: um controle local satisfatório com menor extirpação da mama, bom resultado estético, máximo controle e obtenção de máxima informação oncológica (DURÁN; MITJANS; VÁZQUES, 2012).

No tratamento cirúrgico do câncer de mama, a importância da linfonodectomia axilar está acoplada ao papel que desenvolve como elemento prognóstico e como relevante recurso terapêutico, uma vez que está relacionada a um baixo índice de recidivas axilares após o procedimento (1 a 3%). Contudo, com o advento do rastreamento mamográfico, deu-se visibilidade ao diagnóstico de tumores de menor diâmetro, o que indica uma menor probabilidade de comprometimento axilar. Dessa forma, surgem inquietações acerca da necessidade do esvaziamento linfonodal, o qual está envolvido por efeitos adversos do tratamento cirúrgico, as quais provocam comprometimento da QV das mulheres: dor, limitação de movimentos do braço, parestesia e linfedema (QUADROS; GEBRIM, 2007).

A inclusão da biópsia do linfonodo sentinela é considerada como um avanço que tem sido acompanhado por resultados positivos, uma vez que a evasão do esvaziamento linfonodal completo tem demonstrado um impacto favorável sobre a mobilidade do braço e para a diminuição do risco de edema (LUINI et al., 2005).

A técnica do linfonodo sentinela baseia-se em que os linfonodos são os primeiros a receberem células metastáticas do tumor primário e que sua avaliação permitirá ver se há comprometimento linfático axilar. A investigação do mesmo está indicada para mulheres que apresentam diagnóstico de tumor de diâmetro igual ou inferior a três centímetros, com ausência de comprometimento nodal clinicamente aparente (INCA, 2004). Na presença de indicação, esse procedimento permite o alcance de informações acerca do estadiamento axilar, o que evita a dissecação desnecessária de todos os linfonodos axilares. Contudo, aos resultados que apresentam linfonodo sentinela positivo, acompanhado de linfonodos axilares clinicamente envolvidos, torna-se relevante a realização da dissecação axilar para a obtenção de informações oncológicas necessárias interligadas à prescrição de terapia adjuvante (LUINI et al., 2005).

A dissecação de linfonodos axilares pode se relacionar com a ocorrência de complicações inerentes ao braço homolateral à cirurgia de câncer de mama, o que acarreta desconfortos à mulher e um consequente desequilíbrio à sua QV. Após esse procedimento, cita-se o linfedema como uma das complicações cirúrgicas, a qual provoca significativas alterações para a mulher, tanto físicas como funcionais, levando-a a assumir comportamentos no sentido de prevenir infecções no membro, da não realização de movimentos bruscos e, da não permissão de uso de agulhas no braço (CANTINELLI et al., 2006).

Inserida nos protocolos de tratamento loco-regional, a radioterapia pode ser utilizada no momento anterior e no pós-cirúrgicos, com a finalidade de redução do tamanho do tumor e de destruição de células remanescentes, respectivamente (INCA, 2004). Esse tipo de tratamento, padronizado após a cirurgia conservadora da mama, permite resultados com taxas de risco de recidivas mamárias homolaterais quatro vezes menores ao comparar a omissão do mesmo e, por conseguinte, menor chance de ocorrência de doença loco-regional descontrolada ou metástases à distância. Ainda em mulheres que apresentam alto risco para recidivas, a associação da radioterapia pós-mastectomia com a terapia sistêmica promove uma significativa redução do risco total de recorrência e de melhora a sobrevida global (HADDAD, 2011).

No contexto do tratamento sistêmico, a realização do mesmo visa à redução da chance da ocorrência de recidivas à distância, uma vez que tem atuação em eventuais células responsáveis pela ocorrência de metástases e, ainda, pode oferecer uma possibilidade de cura da doença por volta de 30% (CANTINELLI et al., 2006).

A quimioterapia utiliza compostos químicos denominados de quimioterápicos, os quais podem ser aplicados isoladamente ou com mais de uma droga. A monoterapia, para a maioria dos tumores, demonstrou-se ineficaz na indução de respostas parciais ou completas significativas, o que ocasionou o uso restrito desta. Ainda, é sabido que os objetivos e efeitos tóxicos deste tratamento dependem do tempo de exposição e da concentração plasmática da droga (INCA, 1996a)

A terapia endócrina baseia-se na relação de dependência dos tumores hormonais esteroides e progestágenos, uma vez que estes últimos estão ligados à mama sob o ponto de vista funcional e anatômico (MENKE et al., 2007). A hormonioterapia utiliza de substâncias semelhantes a hormônios ou de inibidores dos mesmos, com finalidade de impedirem o crescimento de neoplasias hormônio dependentes. Na neoplasia mamária, reconhece-se que o tumor é sensível a esse tipo de tratamento. Assim, na prescrição dessa terapêutica, recomenda-se a avaliação dos receptores de hormônios de estrogênio e de progesterona do tumor da mulher (BRITO, 2011).

Na linha do tratamento da neoplasia mamária, o conhecimento da manipulação endócrina tornou-se mais evidente somente após o início dos anos 1980 com a descoberta do Tamoxifeno, quando essa modalidade terapêutica foi impulsionada (MENKE et al., 2007).

Entre as opções de medicamentos na hormonioterapia, o Tamoxifeno apresenta-se de forma relevante, em particular para o uso em pacientes que apresentam significativas atividades ovarianas estrogênicas, o que não permite o controle por inibidores de aromatases

(DAVIES et al., 2011). A terapia com o uso do Tamoxifeno tem por mecanismo de ação a competição pelo receptor de estradiol, o que proporciona o bloqueio da correta transcrição genética, e, por conseguinte, impede a ocorrência de efeitos do estradiol (MENKE et al., 2007).

Independentemente da idade da paciente e do uso da quimioterapia, a indicação do Tamoxifeno está associada a uma redução do risco de morte em 31%. E, ao comparar a eficácia desse tratamento em relação a sua duração, observa-se que o tratamento de cinco anos oferece resultados mais positivos que o uso por um ou dois anos (BUZAID et al., 2011).

Em um perfil diferenciado acerca de eventos adversos, uma nova classe de hormônios foi desenvolvida, a qual apresenta como mecanismo de ação a inibição de aromatase, o que proporciona a diminuição da produção de estrógeno (CANTINELLI et al., 2006) e, estes mesmos fazem parte da primeira e segunda linha da terapêutica (MENKE et al., 2007).

Em ampla abordagem do tratamento do câncer de mama, o alcance do sucesso está interligado a uma assistência orientada e com base na evidência científica, uma vez que a doença é sensível aos diversos tratamentos sistêmicos (LEAL; CUBERO; DEL GIGLIO, 2010).

Entre os questionamentos da terapêutica a ser utilizada, torna-se relevante considerar os malefícios e os benefícios da medicação, para que seja alcançado um equilíbrio entre o tratamento e a QV expressa por cada um dos sujeitos. Nesse contexto, a participação de uma equipe profissional multidisciplinar assume um papel de excelência, ao que condiz a busca de inquietações presentes durante o período de uso das medicações.

O conhecimento das preocupações das mulheres frente ao tratamento é considerado elemento fundamental para o planejamento da assistência, uma vez que as mesmas podem suscitar as pacientes ao abandono do tratamento. Dessa forma, inclui-se a necessidade do fornecimento de orientações de todo o contexto ao qual o tratamento será inserido na vida da mulher, a fim de restabelecer ou minimizar os aspectos acometidos pelo câncer de mama.

3.3 Qualidade de vida e neoplasias da mama

As mamas exercem uma representação da sensualidade, da estética e do erotismo, uma vez que são caracterizadas como símbolo da feminilidade. Ainda desempenham papel fisiológico durante as fases de desenvolvimento feminino, as quais compreendem da

puberdade à idade adulta. Além disso, essa parte do corpo atua como um relevante papel na maternidade, uma vez que a mulher é responsável pela nutrição da criança durante o período de amamentação. A descoberta de uma doença maligna que afeta o objeto central de satisfação e desejo elimina todas as possibilidades da identificação da mulher como ser feminino (SILVA et al., 2010a).

A experiência de um câncer de mama proporciona representações em âmbitos individuais e envolve diferentes sensações. Independentemente da idade e do estado civil, as mulheres expressam sentimentos que são comuns perante o diagnóstico de uma neoplasia. É compreensiva a presença de particularidades em cada situação desse câncer, o que leva à necessidade de considerar o momento no qual a mulher se encontra (VIEIRA; LOPES; SHIMO, 2007).

O sentimento de medo demonstrado pela mulher que convive com o diagnóstico de câncer de mama está envolvido por três aspectos: receio da perda do marido, da morte e da mutilação. Esses mesmos autores afirmam que a mulher tem perda da feminilidade pela mastectomia, pela dificuldade de satisfazer o companheiro devido ao corpo modificado e pelos eventos adversos do tratamento e que o medo da finitude vem acompanhado pelo estigma social (GONÇALVES; ARRAIAS; FERNANDES, 2007). No entanto, outros trabalhos relatam que a relação da mulher com o companheiro está interligada às vivências destes durante toda a vida a dois e que o câncer não interfere na vida do casal de maneira a ocasionar a não aceitação do novo corpo. Inserido nessa afirmativa, menciona-se que o marido oferece suporte à companheira durante o tratamento e critica o abandono das mesmas, no período de doença (GRADIM; ALMEIDA, 2006; FERREIRA; ALMEIDA, 2010).

Na vivência do câncer de mama, as mulheres apresentam uma conduta a qual estará relacionada com o significado por ela atribuído à doença, com os papéis por ela desempenhados e com as relações e interações da mesma na sociedade. Diante do câncer, destaca-se que as mulheres começam a expressar sentimentos contraditórios, como incertezas, receios, raiva e para algumas ocorre a aceitação da doença (ARAÚJO; FERNANDES, 2008).

Diante de doença marcada por vários sentimentos negativos, evidencia-se que a mulher pode vir a apresentar limitações sociais, a exemplo de isolamento, mudança de papéis e impossibilidade de exercer as atividades rotineiras. Esses fatos podem ser exemplificados por dificuldades de atuação no trabalho, no cuidado da casa e dos filhos e pelas alterações em relacionamentos. Nesse sentido, torna-se necessário desenvolver estratégias para uma nova inserção da mulher em suas atividades rotineiras e estimular o enfrentamento da doença e, por

consequente, uma adaptação ao processo de saúde - doença o qual está sendo experimentado (ARAÚJO; FERNANDES, 2008).

O diagnóstico de câncer de mama exige dos profissionais de saúde um planejamento de assistência que vise atender as peculiaridades de cada fase da doença, uma vez que a neoplasia ocasiona alterações na vida da mulher continuamente. É válido mencionar que a paciente fica envolvida em um percurso composto por quatro momentos: diagnóstico, tratamento, reabilitação e terminalidade, os quais devem receber intervenções que abarquem o alcance de escores satisfatórios do construto QV (SILVA; SANTOS, 2008).

Na assistência à paciente com esse tipo de câncer, é necessário assumir ações direcionadas não apenas ao aspecto clínico-cirúrgico, mas também às crenças, aos valores e aos conhecimentos relacionados à doença que são apresentados pelas mulheres e seus familiares (FUGITA; GUALDA, 2006). Diante de uma mulher com neoplasia mamária, a realização de uma abordagem empática por parte dos familiares, dos amigos e dos profissionais de saúde é essencial, uma vez que os mesmos configuram-se como personagens de apoio necessário por essas mulheres, as quais muitas vezes expressam sentimentos relacionados ao tipo de abordagem feito por estas pessoas (VIEIRA; LOPES; SHIMO, 2007).

O processo de sobrevivência do câncer de mama tem início no momento do diagnóstico e perpetua pelas etapas seguintes da vida, o que leva a compreender a necessidade de desenvolver estratégias de reabilitação psicossocial. Ao considerar a valorização do direito dos indivíduos, os quais buscam alcançar o bem-estar espiritual e psicossocial, a reabilitação almeja reintegrar e propiciar qualidade de sobrevivência às mulheres por meio da realização de tratamentos ou minimização dos impactos (SILVA; SANTOS, 2008).

Os profissionais de saúde direcionam os cuidados à mulher aos aspectos físicos e biológicos, por serem mais visíveis e pouco consideram o emocional feminino. Dessa forma, pode-se observar uma maior desintegração da vida de mulheres com câncer de mama e de seus familiares, o que pode acarretar mudanças do estilo de vida dessas pessoas. Diante dessa reflexão, nota-se que o câncer de mama é uma experiência que envolve o corpo, a mente e o espírito e exige dos profissionais de saúde uma assistência direcionada ao aspecto psicossocial da paciente, o que caracteriza uma possibilidade de diminuição das alterações/traumas e uma melhor superação da doença (MOURA et al., 2010).

No cenário em que se inserem as vivências dessas pacientes, observa-se a presença de experiências negativas provenientes de aspectos relacionados ao tratamento. É válido mencionar que esses efeitos podem influenciar na QV das mulheres que são acometidas pelo câncer de mama, uma vez que podem ser intensos e acarretar complicações e, por

consequente, resultar na diminuição do funcionamento físico e psicológico das pacientes (YANG et al., 2011).

No contexto do tratamento do câncer de mama relacionado à QV, é relevante considerar os eventos adversos apresentados: sensibilidade dolorosa no braço homolateral da cirurgia; debilidade consequente do linfedema; aumento de ondas de calor; diminuição da lubrificação vaginal; espessamento do endométrio; queimaduras; mal estar ligado à cirurgia, à quimioterapia, à radioterapia e à hormonioterapia (CASSO; BUIST; TAPLIN, 2004). Entretanto, ao considerar o câncer de mama como uma doença que atinge a parte do corpo que representa o aspecto íntimo emocional e feminino da mulher, Moura et al. (2010) expressam que a realidade de experienciar o diagnóstico e a realização da mastectomia está entre as consequências que ocasionam maior impacto na vida das mulheres.

Em relação à mastectomia, torna-se importante direcionar uma assistência baseada em orientações acerca das consequências provenientes da neoplasia mamária. Em destaque, cita-se a necessidade de uma reflexão por parte das mulheres de realizar estratégias de prevenção e de controle do linfedema e a realização de maior esforço para um melhor autocuidado. Os profissionais devem desenvolver, no momento de internação para cirurgia ou em tratamento neoadjuvante (quimioterapia e radioterapia), uma assistência que vise à prevenção dessa morbidade, a fim de evitar complicações futuras às mulheres (PANOBIANCO et al., 2009).

Mulheres que durante o tratamento da quimioterapia têm apoio emocional, seja da família, seja de profissional ou de redes de apoio, tendem a passar pela terapêutica com melhor equilíbrio emocional e, conseqüentemente, aceitam melhor a doença e o enfrentamento dos eventos adversos. Assim, conseguem manter a autoestima elevada e um melhor posicionamento perante alterações da imagem corporal (OLIVEIRA et al., 2010).

Habitualmente, após o tratamento, a mulher consegue restabelecer seu equilíbrio biopsicossocial quando o mesmo resulta em efeitos positivos. No entanto, a paciente continua a frequentar o “universo da doença” e apresentar carências particulares, uma vez que a mesma se encontra diante de outras fontes de estresse, o que pode torná-la mais vulnerável (SILVA; SANTOS, 2008).

Diante do exposto, a assistência de enfermagem oncológica encontra em seu cotidiano diversos desafios, consequentes dos estigmas que envolvem o “estar com um câncer”. E, visando a uma melhor adequação do cuidado às pacientes com neoplasias mamárias, é relevante que os profissionais de enfermagem busquem rever os conceitos, os tabus, os mitos acerca de cuidados oferecidos a essas mulheres (SILVA et al., 2010a).

No âmbito dos paradigmas que estão envolvidos com esse tipo de câncer, é fundamental que a atuação de uma equipe multidisciplinar seja direcionada à minimização de dúvidas, de receios, de tristezas, de insegurança e de preocupações, os quais podem estar presentes em decorrência da ausência de apoio e de auxílio a essas mulheres. Incluído na assistência, é relevante desenvolver ações que visem oferta de informações relacionadas à doença, ao tratamento, aos procedimentos cirúrgicos e a possibilidades de intervenções estéticas que sejam proporcionados em todas as etapas de QV (MOURA et al., 2010).

Ao atuar junto às mulheres com câncer de mama é fundamental a avaliação da QV das clientes e de seus familiares, uma vez que a mesma se depara com grande impacto físico, psicológico e social, que influenciará no prognóstico da doença (ZAPATA; ROMERO, 2010). A enfermagem deve estar atenta na multiplicidade de domínios que envolvem esse constructo, a fim de alcançar êxito em sua assistência e promover às pacientes meios de estabelecerem satisfação com a vida.

Ao discutir o papel do enfermeiro, torna-se relevante mencionar sua importância diante da necessidade de realizar uma avaliação sistemática do paciente, por meio de instrumentos clínicos confiáveis e válidos, a fim de detectar mudanças na função cognitiva, identificar os fatores de risco para um planejamento da assistência, visando evitar futuras complicações (SAWADA et al., 2009). Verifica-se, portanto, que um grupo extenso de atividades relacionadas com a assistência do enfermeiro oncológico deve estar direcionado para os cuidados além do tratamento, tal como atenção para com os efeitos colaterais, com complicações orgânicas e emocionais (CHAVES, 2010). Desse modo, é observado que há uma necessidade do profissional desenvolver um planejamento de intervenções o qual vise ao atendimento da multiplicidade do constructo QV.

Em revisão de literatura acerca da QV em mulheres com câncer de mama, observou-se a inexistência de consenso acerca de qual instrumento a ser utilizado. Mensurar a QV na prática clínica é um grande desafio e, ao refletir acerca do impacto emocional, físico e social decorrente do câncer de mama, essa mensuração torna-se essencial para avaliar as consequências advindas da doença e identificar resultados das intervenções oferecidas às pacientes, por meio de escalas de QV.

Silva (2008) afirma que, após realização de uma busca na literatura sobre questionários específicos para avaliação da QV em mulheres acometidas pelo câncer de mama, foram encontrados sete instrumentos, os quais seguem: BCQ (*Breast Cancer Chemotherapy Questionnaire*); IBCSG (*International Breast Cancer Study Group – Quality of Life Questionnaire*); EORTC-BR23 (*European Organization for Research and Treatment of*

Cancer – Breast); QOL (*Quality of Life Instruments – Breast Cancer Version*); FACT-B (*Functional Assessment of Cancer Therapy – Breast*); FACT-B+4 (*Functional Assessment of Cancer Therapy – Breast plus Arm Morbidity*) e GIVIO (*Interdisciplinary Group for Cancer Care Evaluation – Questionnaire*).

Em revisão bibliográfica das publicações dos jornais biomédicos no idioma inglês, dos anos 1974 a 2007, acerca de QV e de câncer de mama, verificou-se um progresso na avaliação desse constructo para essa população, o que favorece a percepção de que essa investigação apresenta relevância clínica e científica (MONTAZERI, 2008). Esses autores evidenciaram que, entre os instrumentos utilizados para mensuração da QV nesse tipo de doença, os que representam uma maior aceitabilidade pelos pacientes e profissionais são os EORTCQLQ-C30, EORTCQLQ-BR23, FACIT-G e FACIT-B, os quais estão presentes em muitas pesquisas e, assim, favorece a comparação de resultados entre os estudos que apresentam semelhanças nos objetivos.

A utilização de questionários de avaliação desse constructo na saúde posicionaria o Brasil em consonância com outros países, frente às pesquisas que apresentam avanços metodológicos e teóricos. Diante da diversidade cultural e regional, os mesmos autores explicam que o uso de versões brasileiras validadas, sejam instrumentos genéricos ou específicos, facilitaria a compreensão da QV em âmbito nacional (CAMPOS; RODRIGUES NETO, 2008).

Diante de todos os aspectos da saúde da mulher envolvidos na neoplasia mamária, a avaliação da QV tem demonstrado uma essencialidade, a qual se configura no advento de fatores positivos ao binômio doente e profissional de saúde. O desenvolvimento de estratégias que visem uma resposta satisfatória acerca desse constructo para a paciente, possibilita uma maior facilidade de oferta da assistência por parte dos profissionais, uma vez que as mulheres passam a apresentar a possibilidade de uma aceitação da doença, o que poderá favorecer a elaboração de um melhor plano de cuidados.

3.3.1 Qualidade de vida e mulheres com câncer de mama em hormonioterapia

A submissão de mulheres com câncer de mama à terapia endócrina está envolvida por diferentes aspectos, os quais se inserem no contexto das dimensões que caracterizam a QV de um indivíduo. É necessária a elucidação de todo o processo que compreende essa terapêutica,

a fim de emanar as principais situações que podem deflagrar um decréscimo no bem-estar da paciente.

Para os impactos da hormonioterapia na QV de mulheres com câncer de mama, menciona-se que esta terapêutica compreende um longo período (cinco anos ou mais) e, nesse sentido, evidencia-se que esta pode se apresentar de maneira complexa para a paciente que enfrenta os eventos adversos mais severos (VAN NES et al., 2012).

Para esse tratamento, observa-se na prática clínica o uso mais frequente das medicações Tamoxifeno e os inibidores de aromatases, as quais apresentam particularidades que podem implicar diferentes resultados ao longo de seu uso.

Ao discutir a administração do Tamoxifeno, é importante fazer menção acerca de fatores positivos e negativos envolvidos em sua administração. Esse medicamento atua positivamente na proteção contra a osteoporose, a arteriosclerose e no desencadeamento de recidivas locais. No entanto, atua negativamente no aparecimento de tumores do endométrio, de tromboembolismo, de indução de menopausa precoce e de sintomas desta, como amenorreia ou fogachos (CANTINELLI et al., 2006; ESTEBAN et al., 2006).

Os inibidores de aromatases têm sido consolidados por estudos clínicos, em que estes são considerados uma alternativa para o uso de Tamoxifeno em mulheres pós-menopáusicas. Essas primeiras medicações têm sido utilizadas com boa tolerância entre as mulheres, contudo faz-se relevante considerar os eventos adversos entre os quais se exemplificam: o aumento da osteoporose e de fraturas (CASSOL; GARICOCHEA, 2005).

A investigação dos eventuais eventos adversos da hormonioterapia tem sido elencada com a mensuração da QV. E, entre os sintomas dessa terapêutica, estudos mencionam os fogachos como os mais frequentes (GAINFORD et al., 2005; ESTEBAN et al., 2006).

Na literatura, para o contexto que segue os sintomas da menopausa ocasionados pela hormonioterapia, estudo realizado com 3000 mulheres que tinham usado Tamoxifeno reportou que 26% das pacientes apresentaram fogachos; 15% secreta vaginal; 10% corrimento vaginal e 11,9% informaram ciclos menstruais irregulares. No entanto, nenhuma paciente alegou a presença de intolerância à medicação (ASHRAF et al., 2009). É relevante evidenciar o achado do estudo de Van Nes et al. (2012), o qual constatou que, após dois a dois anos e meio de realização da hormonioterapia, os sintomas da menopausa podem persistir ao longo do tempo.

Na investigação acerca das percepções das mulheres frente ao tratamento da hormonioterapia, elucidou-se que a menopausa precoce induzida pela hormonioterapia pode posicionar a mulher diante da necessidade de enfrentar outras complicações, tais como a

deteriorização da imagem corporal, o receio do abandono pelo parceiro e os prejuízos ocupacionais decorrentes de ondas de calor e de cansaço. Nesse contexto, essa situação reflete na dimensão da feminilidade da mulher. Diante dessas considerações, surgem as preocupações inerentes às diferentes formas de discriminação psicossocial que o tratamento pode ocasionar (PELLEGRINI et al., 2010).

De maneira complementar, inserido nos aspectos da menopausa, observou-se que o Tamoxifeno e o Exemestano se associam ao desencadeamento de distúrbios do sono e de problemas sexuais, os quais podem impor significativamente um prejuízo na QV de mulheres com câncer de mama (VAN NES et al., 2012).

Além dos conflitos supracitados, Pellegrini et al. (2010) evidenciaram outros sintomas descritos pelas mulheres em hormonioterapia, como o ganho de peso, a sensação de serem menos atraentes, o prejuízo no desejo sexual, o ressecamento vaginal, o cansaço e as alterações de humor, sendo constatado que o primeiro ano de terapêutica representou uma sensação de perda de controle da mulher sobre seu corpo. Ainda, esses autores destacam que a preservação da identidade feminina é um aspecto relevante para mulheres jovens e para as que não têm filhos.

Inserida no ranque dos eventos adversos da hormonioterapia para mulheres com câncer de mama, a prevalência da fadiga foi avaliada por Huang et al. (2010), sendo observada a presença desse sintoma em 60% das entrevistadas. Ainda, esses autores constataram que o tempo de realização do tratamento e a droga utilizada estiveram associados à ocorrência desse evento adverso, sendo este caracterizado como uma importante consequência que envolve o tratamento.

Ensaio clínico randomizado avaliou a presença de estresse em mulheres com câncer de mama usuárias de Tamoxifeno, em dois momentos: ao iniciarem o tratamento e nos três meses posteriores. Os autores concluíram que, ainda que esta medicação seja caracterizada de forma positiva pelas mulheres, no decorrer da terapêutica, as pacientes apresentaram aumento no nível de estresse, sendo que os sintomas de estresse mais evidenciados foram angústia, insônia, dores nas costas e pensamentos que desencadeiam a sensação de ansiedade (OLYMPIO; AMORIM; LIMA, 2012).

Na escolha da medicação hormonioterápica para mulheres com câncer de mama, é relevante considerar alguns quesitos, tais como a idade e a presença de comorbidades. A investigação de fatores de riscos conhecidos (a exemplo da osteopneia e sintomas cardiovasculares) faz-se necessária, a fim de estabelecer estratégias que viabilizem a

continuidade do tratamento sem intensificar esses sintomas e permitir uma QV satisfatória (SEHDEV et al., 2009).

Diante da contextualização das implicações da hormonioterapia para mulheres com câncer de mama, compreende-se para esse estudo a necessidade de investigar a QV de mulheres que seguem este tratamento, a fim de tentar estruturar uma base de evidências que permitam a elaboração de estratégias que visem ao bem-estar dessas mulheres ao longo de todo o tratamento.

3.3.2 Qualidade de vida e mulheres com câncer de mama em quimioterapia

A quimioterapia pode apresentar interpretações divergentes, as quais se relacionam às implicações destas na vida do paciente. Os resultados satisfatórios relacionados à busca pela cura da doença tendem a ser permeados por situações conflituosas, as quais podem se relacionar de maneira deletéria na QV que a mulher irá expressar durante essa terapêutica, assim como após a realização desta.

Nesse sentido, no discurso em que se insere a QV para mulheres com câncer de mama em realização da quimioterapia, é importante que o profissional de saúde esteja atento às complicações impostas à vida da paciente pelo tratamento.

O tratamento quimioterápico é envolvido por uma caracterização que se descreve em uma falta de especificidade, o que contribui para a destruição de células não cancerosas, tais como as dos folículos pilosos, o que acarreta a alopecia; células da medula, que por conseguinte afeta o sistema hematopoiético e imunológico, proporcionando maior suscetibilidade a infecções, a anemias e a hemorragias; células responsáveis pelo revestimento do intestino, o que promove episódios de diarreia e/ou obstipação (SANTOS; GONÇALVES, 2006); e ainda desencadeia neurotoxicidade, a qual representa um evento adverso maior, uma vez que células do sistema nervoso não sofrem divisão ou esta ocorre lentamente (MACHADO; SAWADA, 2008).

Ao considerar a influência dos eventos adversos, a etapa da terapêutica quimioterápica, pode se apresentar como debilitante e dolorosa para a paciente (SANTOS; GONÇALVES, 2006), de forma a impactar nas dimensões de bem-estar do indivíduo.

Machado e Sawada (2008), em investigação da QV de 21 pacientes com câncer de mama (47,6%) e de intestino (52,4%), verificaram que, após três meses de tratamento, o

aumento da fadiga, das náuseas e dos vômitos, de dor, de insônia, relacionaram-se ao prejuízo nas funções física, emocional, cognitiva e social das mulheres com câncer de mama. No entanto, para esse mesmo período, os sintomas de constipação e perda de apetite apresentaram um decréscimo. Embora o estudo ter evidenciado o aumento de alguns sintomas, ocorreu uma melhora no estado de saúde e de QV das mulheres com câncer de mama, após três meses da terapêutica.

Na problematização da quimioterapia, a fadiga tem sido evidenciada com destaque, uma vez que perfaz uma frequência que pode compreender valores de até 94% (ISHIKAWA; DERCHAIN; THULER, 2005) e tem sido posicionada como um dos fatores predisponentes de decréscimo da QV (SILVA; ALBUQUERQUE; LEITE, 2010).

Byar et al. (2006) buscaram identificar as diferenças da presença de fadiga, de sintomas físicos e de sintomas psicológicos durante a quimioterapia e, um ano após o término dessa terapêutica, e verificar a relação desses sintomas com a QV de uma amostra de 25 pacientes com câncer de mama. As mulheres demonstraram a presença de uma fadiga em intensidade moderada, a qual se manteve relativamente estável ao longo do tratamento e uma diminuição nos níveis desta após o término da quimioterapia, com um menor nível um ano após a primeira sessão. Em relação à ocorrência de outros sintomas, os distúrbios do sono e as náuseas foram os mais relatados após o início da terapêutica. Na avaliação da QV, mulheres com altos níveis de fadiga apresentaram piores resultados de QV em quatro domínios: papel físico, mental, emocional e vitalidade. E, sessenta dias após o término desta terapia, mulheres com elevados índices desse sintoma apresentaram menores valores de QV em todos os domínios da escala, com exceção da dor corporal.

Outros pesquisadores verificaram que mulheres com câncer de mama submetidas à quimioterapia apresentaram menores valores de escores para a subescala referente ao emocional e melhores resultados para as subescalas de funcionamentos cognitivos e social (SAFAEE et al., 2008).

No contexto interligado aos aspectos emocionais de pacientes com câncer de mama, estudo de Stumm et al. (2010) confirma o desencadeamento de estresse para essas mulheres, conseqüente dos possíveis eventos adversos da quimioterapia. Outros pesquisadores avaliaram a presença de ansiedade e de depressão, assim como os efeitos destas na QV de pacientes com essa neoplasia, submetidas ao tratamento quimioterápico ou radioterápico; sendo identificada maior prevalência dessas alterações psicológicas em mulheres submetidas à quimioterapia. Participantes com depressão tiveram baixos valores de QV e, ao que se refere à ansiedade, houve menores valores de escores nas subescalas de bem-estar físico, emocional

funcional e de preocupações adicionais com o câncer. Esses resultados evidenciam que sintomas psicológicos podem ocasionar efeitos deletérios em alguns aspectos desse constructo, como nos bem-estar físico e psicossocial durante o tratamento (SO et al., 2010).

Para os aspectos da função cognitiva frente à realização da quimioterapia, estudos têm reportado o decréscimo desta em pacientes com câncer de mama, sendo esta situação caracterizada por diminuição da memória, da velocidade de resposta, da concentração, de aprendizado e de atenção (WEFEL et al., 2004; MONTAZERI et al., 2008; HEDAYATI et al., 2012;). De maneira ampla e complementar, após levantamento de estudos clínicos, Untura e Rezende (2012) confirmaram a diminuição da cognição em diferentes domínios: memória verbal, atenção, concentração, velocidade motora, linguagem e função executiva, em associação às substâncias quimioterápicas.

Diante disso, estudo de Shilling e Jenking (2007) demonstra a relação das alterações cognitivas decorrentes da quimioterapia para com a QV de mulheres com câncer de mama, uma vez que mulheres que reportaram problemas de memória e concentração apresentaram QV inferior, em comparação à mulheres que não se submeteram a esse tratamento.

Ao abordar as questões inerentes à realização da quimioterapia em mulheres, é relevante mencionar a ocorrência de danos em ovários. Acoplados a essa problemática, surgem eventos adversos, os quais podem ser caracterizados por alterações menstruais, sintomas da menopausa, mudanças no potencial de fertilidade e de infertilidade (KNOBF, 2006).

A menopausa caracteriza-se por um processo natural da vida das mulheres, contudo pacientes que apresentam a indução desse fenômeno pela a quimioterapia podem vir a vivenciar de maneira mais frequente e severa os sintomas referentes a esse processo, em comparação às outras mulheres que não se submeteram a esta terapêutica (MAR FAN et al., 2010).

Para esse tratamento, é importante refletir acerca dos aspectos que podem acometer a imagem corporal das mulheres. Harcourt e Frith (2008) mencionam a ocorrência das seguintes alterações de aparência, as quais podem acometer o indivíduo de forma generalizada: perda de cabelo; mucosite; alterações de peso; sulcos nas unhas dos dedos; olheiras e os sintomas consequentes da indução da menopausa precoce em algumas mulheres.

No contexto da alopecia, Frith, Harcourt e Fussell (2007) relatam que a ocorrência da mesma é considerada muitas vezes como uma consequência inevitável e angustiante, uma vez que perpassa a possibilidade de ocasionar um impacto psicossocial referente ao autoconceito, à imagem corporal e à autoestima das mulheres.

Além dos eventos colaterais apresentados pela quimioterapia, é importante destacar que estes podem vir a atuar em conjunto com o impacto social que o diagnóstico da doença ocasiona, o que pode instigar o paciente a apresentar uma sensação de impotência frente à necessidade de reagir e lutar pela sobrevivência. Interligados à intensificação dos sintomas, surgem os questionamentos da mulher acerca de sua própria vida, uma vez que se eleva a percepção das pacientes de que a situação do seu corpo naquele período, e não os sintomas como náuseas e vômitos, é o fator que as impedem de continuar suas atividades cotidianas e as que oferecem os recursos financeiros (ANJOS; ZAGO, 2006).

Nesse sentido, evidencia-se que essas condições impostas pela quimioterapia favorecem o desenvolvimento de sentimentos envolvidos em uma experiência de perda de controle da vida, assim como a sensação de impotência. Essa reflexão confirma que a realização da quimioterapia envolve uma dimensão que se estende além das reações de náuseas e vômitos (ANJOS; ZAGO, 2006).

Ao refletir a contextualização que perpassa a quimioterapia, emergem entre os impasses deflagrados por esta, as preocupações referentes ao papel funcional da mulher perante a doença. Em meio às questões interligadas aos aspectos funcionais da mulher durante esse tratamento, inserem-se as inquietações acerca dos entraves que podem acometer o seguimento da vida laboral, de modo a interferir em sua QV.

Ao avaliarem a influência da quimioterapia na vida das mulheres, a alteração da execução tarefas laborais (atividades do lar ou do trabalho fora de casa) foi confirmada em estudo de Maieski e Sarquis (2007), uma vez que 68% das pacientes apresentaram algum grau de limitação decorrente de eventos adversos dessa terapêutica.

O afastamento das mulheres de suas atividades ou a presença de alguma incapacidade da realização das mesmas durante o período de submissão quimioterápica traduz uma maior dificuldade de conciliar o tratamento e o trabalho, de forma a interferir na produtividade das mulheres. E, ao refletir a ocorrência dessa alteração para a vida cotidiana das pacientes, verifica-se uma relação significativa entre os sintomas de fadiga e náuseas com o afastamento de suas atividades (MARTINS et al., 2009).

No conhecimento dos aspectos da quimioterapia, os quais se inserem de maneira negativa no cotidiano de mulheres com câncer de mama, torna-se evidente a necessidade de reportar a QV das mesmas, a fim de oferecer uma assistência que permita que estas consigam estabelecer um enfrentamento dessa etapa terapêutica de maneira satisfatória para o seu bem-estar.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo, analítico e transversal, com abordagem quantitativa, acerca da qualidade de vida de mulheres com doença oncológica das mamas.

Pesquisas descritivas têm por objetivo observar, caracterizar e documentar determinada situação (POLIT; BECK, 2011). No presente estudo, para abordagem do perfil das mulheres entrevistadas e para investigação da qualidade de vida das mesmas, realizou-se a descrição das informações.

O levantamento dos dados foi realizado em um único momento, o que delinea o caráter transversal do estudo. Para Polit; Beck (2011) esse tipo de estudo compreende a oferta de informações acerca de fenômenos ou a relação entre os mesmos, segundo um ponto fixo de coleta de dados.

O caráter analítico deste estudo está representado pela realização de testes estatísticos para verificação da independência entre variáveis sociodemográficas, clínicas e terapêuticas e, para verificar se existe associação entre essas variáveis e a qualidade de vidas de toda a amostra em estudo.

4.2 Local de estudo

A pesquisa foi desenvolvida na Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON).

A UNACON, instalada em uma Instituição hospitalar geral filantrópica, de médio porte e situada na cidade de Alfenas – MG, oferece tratamento quimioterápico aos pacientes com diferentes diagnósticos de neoplasias, os quais são atendidos de segunda a sexta-feira, durante o período de 7 às 18 horas. A unidade conta com a presença de uma equipe multiprofissional composta por um médico oncologista; dois hematologistas; três cirurgiões de cabeça e pescoço; um cirurgião geral; um mastologista; um cirurgião específico para região torácica; um urologista; um cardiologista; três anestesistas; dois enfermeiros; um assistente

social; um psicólogo; um nutricionista; três técnicos de enfermagem; dois farmacêuticos e quatro recepcionistas. É relevante especificar que a população alvo do presente estudo, assistida por esta unidade, é atendida segundo critérios médicos pré-estabelecidos do protocolo de quimioterapia e hormonioterapia propostos pelo Instituto Nacional de Câncer – INCA. A sessão de quimioterapia ocorre durante todos os dias de funcionamento desse setor, com prevalência nas quartas, quintas e sextas-feiras. As mulheres que realizam hormonioterapia comparecem à unidade a cada três meses, conforme agendamento de consultas de acompanhamento que segue um critério médico e, ainda, podem ir ao serviço para busca de medicação.

4.3 Aspectos éticos

Para abordagem das pacientes em quimioterapia ou em hormonioterapia, foi realizado contato prévio com a Instituição responsável pela UNACON, a fim de se obter a autorização formal da Diretoria Administrativa (APÊNDICE A e APÊNDICE B).

Este estudo foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG), por meio do Protocolo: 208/2011 (ANEXO A). Esse procedimento visa atender a Resolução 196/96, a qual regulamenta a pesquisa com seres humanos (BRASIL, 1996).

Após esclarecimentos às pacientes sobre os objetivos, a natureza, os procedimentos de coleta de dados, as mesmas foram consultadas quanto à aceitação de participar do estudo; sendo solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE C). É válido mencionar que foi entregue uma cópia do TCLE para cada uma das mulheres entrevistadas.

4.4 População e amostra

A pesquisa foi desenvolvida, no período de 08 de março a 08 de novembro de 2012, com mulheres diagnosticadas com câncer de mama, as quais se encontravam em tratamento quimioterápico ou em hormonioterapia na UNACON.

No período de coleta de dados, foram utilizadas duas estratégias: uma primeira com abordagem de pacientes no ambiente da UNACON e, uma segunda com realização de visitas domiciliares para mulheres em hormonioterapia, as quais eram residentes em Alfenas/MG. É importante mencionar que esta segunda opção se justifica pela tentativa de realizar um maior número de abordagem de mulheres.

As mulheres para participarem deste estudo foram selecionadas segundo critérios de elegibilidade. Dessa forma, estabeleceu-se como fatores de inclusão: mulheres submetidas à cirurgia mamária para tratamento de câncer de mama; estar em tratamento quimioterápico ou em hormonioterapia na UNACON; estadiamento 0, I, II ou III; orientadas no tempo, espaço e pessoa e mulheres que se expressavam verbalmente. Ainda foram firmados os seguintes fatores de exclusão: apresentar reconstrução mamária; estar em tratamento radioterápico; com recidiva da doença; com metástases em outro sítio anatômico e mulheres com história anterior de câncer em outro sítio anatômico.

Durante a realização da primeira estratégia, foram identificadas 169 mulheres com diagnóstico de câncer de mama. Entre estas, ao serem selecionadas pelos critérios de elegibilidade firmados neste estudo, foram excluídas 36 por metástase à distância; 06 por recidiva; 06 por história de outro tipo de câncer; 02 devido aos respectivos acompanhantes terem informado que as mesmas não apresentavam capacidade de verbalização; 02 estavam em radioterapia; 01 relatou reconstrução mamária. Ocorreram 32 perdas: 10 recusaram; 02 desistiram; 01 não tinha conhecimento da doença; 01 iria se submeter à primeira quimioterapia; 02 iriam se submeter à quimioterapia em data não compreendida ao período de coleta de dados; 01 uma não pôde ficar na unidade (em detrimento de realização de tratamento hemolítico no mesmo horário); 01 relatou internação há três dias da abordagem; 01 realizava tratamento em outra cidade (iria iniciar na UNACON na data da abordagem); 12 não estavam no momento (chamou-se a paciente pelo nome por três vezes e, a mesma não se encontrava no serviço no momento) e, 01 foi entrevistada, porém foi eliminada, pois tinha iniciado a hormonioterapia há nove dias da abordagem. Ainda, entre as mulheres diagnosticadas com a doença, 01 era a primeira consulta; 06 tinham terminado o tratamento quimioterápico e não iniciado a hormonioterapia; 02 tinham se submetido apenas à cirurgia; 16 não realizavam nenhum tratamento (estavam em seguimento/acompanhamento ou medicação suspensa). E, outras 05 mulheres já tinham sido entrevistadas em visitas.

Desse modo, foram entrevistadas 25 mulheres em quimioterapia e 29 em hormonioterapia. É válido ressaltar que estas primeiras pacientes compareceram à UNACON para consultas seguidas da realização da sessão de quimioterapia ou para consulta com

agendamento da sessão e, as mulheres da segunda terapêutica, apresentaram-se à unidade para consulta ou aquisição de medicação.

Para a estratégia de busca ativa das pacientes em hormonioterapia residentes em Alfenas/MG, foi disponibilizada pela UNACON uma listagem a qual continha 50 pacientes. Por meio de endereços e telefones dessas mulheres, estabeleceu-se um primeiro contato fonado. Entre estas, 14 foram abordadas durante a primeira estratégia. Foram excluídas 04 mulheres, das quais, o familiar de uma informou ser ela diagnosticada com a Doença de Alzheimer, 01 recidiva da doença e 02 relataram metástase à distância. Ainda houve 12 perdas: 05 recusaram; 01 falecimento; 01 desistiu; 04 não se conseguiram estabelecer contato fonado (número não correspondente à residência da paciente ou ligação não foi atendida); 01 familiar informou que a mesma estava em viagem. E outras 02 mulheres relataram término do tratamento hormonioterápico. Foram entrevistadas 18 mulheres em visitas em local de preferência das mesmas: domicílio ou local de trabalho.

Ao término das duas estratégias de coleta de dados, a amostra total deste estudo ficou composta de 72 mulheres, sendo 25 em quimioterapia e 47 em hormonioterapia.

4.5 Instrumentos de coleta de dados

Os seguintes instrumentos foram utilizados para o desenvolvimento deste estudo.

4.5.1 Instrumento de identificação dos participantes do estudo

Instrumento elaborado pela pesquisadora, especificamente para este estudo, com base na ficha de cadastro de pacientes com câncer de mama do Projeto de Extensão: Núcleo de Ensino, Pesquisa e Extensão Mulher e Câncer de Mama – MUCAMA. O Projeto MUCAMA é um grupo de reabilitação oferecido à população de câncer de mama proveniente dos serviços de saúde da cidade e região, pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas/MG.

O instrumento teve como finalidade caracterizar a população em estudo por meio de um questionamento direcionado ao perfil sociodemográfico da paciente e à análise de

algumas características clínicas, terapêuticas da doença (APÊNDICE D).

Um processo de refinamento do instrumento de identificação dos participantes do estudo foi realizado com o propósito de alcançar um melhor delineamento das características expressas neste questionário, segundo a temática de estudo. Esse procedimento tem por finalidade analisar a clareza e abrangência dos itens, facilidade de compreensão, extensão e forma de apresentação (GALDEANO, 2007).

Para essa etapa, foi elaborado um Roteiro de Refinamento do Instrumento de identificação do paciente o qual foi composto pela avaliação da clareza, da objetividade, da pertinência e, um espaço reservado para sugestões e outro para comentários; direcionados aos seguintes itens: título do instrumento; caracterizações sociodemográficas, do tratamento cirúrgico, do quimioterápico e da hormonioterapia. Para esse processo, foram encaminhados o instrumento em análise e o roteiro supracitado, para três juízes especialistas na temática: um professor doutor com experiência em câncer de mama; outro com experiência em câncer e um terceiro avaliador, cuja tese de doutorado está voltada para a QV.

No processo de refinamento, foram sugeridas mudanças acerca de características sociodemográficas, da estruturação do instrumento, das terminologias utilizadas e de retirada de variáveis não pertinentes. As sugestões feitas foram acatadas pelo pesquisador e o instrumento aprimorado, compondo uma versão final (APÊNDICE D).

Na abordagem da paciente, para a investigação da variável linfedema expressa neste questionário, foi realizada a perimetria para a verificação da presença dessa morbidade no membro superior homolateral à cirurgia. Nesse processo, foi utilizada fita métrica, com precisão de 0,1 centímetro e utilização de oito pontos de referência em cada membro superior, para posterior comparação de valores. Os pontos foram demarcados da seguinte forma: fossa cubital (considerada ponto zero); dois pontos em posição supina, com intervalo de sete centímetros e um ponto a altura da linha axilar. Para o antebraço, tomou-se o ponto zero como referência e, a partir do mesmo marcaram-se dois pontos com intervalos de sete centímetros e, ainda, foram utilizadas as medidas do punho e da mão. Nessa avaliação, considerou-se linfedema a diferença de pelos menos dois centímetros entre os braços, em um ou mais pontos de avaliação (INCA, 2004).

4.5.2 FACT B+4 – *Functional Assessment of Cancer Therapy – Breast plus Arm Morbidity* (versão 4.0)

O sistema de mensuração FACIT- *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy*, segundo Webster, Cella e Yost (2003), foi desenvolvido a partir do ano de 1987 e é considerado como um conjunto de instrumentos de avaliação da qualidade de vida relacionado à saúde. O mesmo avalia o estado multidimensional de saúde das pessoas que apresentam diferentes doenças crônicas, inclusive as neoplasias. O primeiro instrumento desenvolvido foi o *Functional Assessment of Cancer Therapy - General* (FACT-G), caracterizado como um instrumento genérico e adequado para a avaliação do constructo QV em todos os tipos de câncer. Esse instrumento ainda tem sido utilizado e validado para outras doenças, como esclerose múltipla e síndrome da imunodeficiência adquirida (WEBSTER; CELLA; YOST, 2003).

De maneira complementar ao instrumento FACT-G, são elaboradas escalas FACIT que apresentam itens com uma maior especificidade para alcance dos problemas de saúde relacionados com determinados sintomas ou condição e que não estão inclusos no instrumento de avaliação geral (WEBSTER; CELLA; YOST, 2003).

Nesse âmbito, em 1997, foi elaborado um instrumento específico para câncer de mama, o qual foi intitulado de FACT-B – *Functional Assessment of Cancer Therapy – Breast* e, apresenta uma composição de 36 questões, as quais são divididas em 27 direcionadas à avaliação da QV geral (FACT-G) e 09 referentes a problemas específicos de pacientes com câncer de mama (BRADY et al., 1997).

Coster, Pooler e Fallowfield (2001) objetivaram avaliar, após tratamento cirúrgico, o impacto da morbidade do braço em pacientes com câncer de mama. Assim, foi elaborada e adicionada ao instrumento multidimensional FACT-B, uma subescala a qual contém quatro itens, o que caracteriza o instrumento FACT B+4 – *Functional Assessment of Cancer Therapy – Breast plus Arm Morbidity*.

O FACT B+4 – *Functional Assessment of Cancer Therapy – Breast plus Arm Morbidity* (versão 4.0) (ANEXO B) é um instrumento traduzido e validado no idioma português, cuja utilização foi autorizada pela Instituição detentora dos direitos autorais (ANEXO C) e pelos pesquisadores responsáveis por sua validação para o português (Brasil) (ANEXO D).

Esse instrumento foi traduzido para o idioma português, segundo os estudos de Silva

(2008) e Michels, Latorre e Maciel (2012). A versão do mesmo foi fornecida pelo Sistema FACIT para uso, na presente pesquisa. O processo de validação e de análise de reprodutibilidade do FACT B+4 na língua portuguesa (Brasil) foi realizada por Silva (2008) em estudo que teve por objetivo realizar uma validação e análise da reprodutibilidade, da compreensão, da preferência e da aceitação dos seguintes instrumentos: EORTC-C30/EORTC-BR23, FACT-B+4 e IBCSG. É válido destacar que em análise das conclusões realizadas neste mesmo estudo, verificou-se que o instrumento que teve seu uso com melhor recomendação foi FACT B+4 e, ainda, observou-se que o mesmo foi caracterizado como o questionário que apresentou um menor número de reclamações/questionamentos, o que indica uma melhor aceitação. Esse instrumento demonstrou uma capacidade discriminante, boa validade convergente e boa produtividade (SILVA, 2008).

Os resultados supracitados, do estudo de Silva (2008), juntamente com a necessidade de um questionário específico de avaliação de QV para mulheres com cirurgia mamária em decorrência de câncer de mama, o qual tenha sido validado no idioma português (Brasil), foram fatores que auxiliaram na escolha do instrumento FACT B+4, para o alcance dos objetivos do presente estudo.

O FACT B+4 é um questionário composto de 40 questões distribuídas em seis domínios: bem-estar físico (sete itens); bem-estar social/familiar (sete itens); bem-estar emocional (seis itens); bem-estar funcional (sete itens) e 13 itens em preocupações adicionais (câncer de mama e braço). Ainda é um instrumento que faz referência ao estado de saúde durante os sete dias anteriores à entrevista e, apresenta como possibilidades de respostas para cada questionamento, uma escala tipo Likert com pontuações variando de 0 (nem um pouco) a 4 (muitíssimo) (SILVA, 2008).

Nos domínios bem-estar físico, bem-estar emocional, preocupações adicionais com o câncer de mama e preocupações adicionais com o braço há questões que apresentam sentidos negativos. Assim, segundo Silva (2008), para que o sentido do escore seja mantido, algumas questões são invertidas, ou seja, subtraído 04 (constante) no valor da questão.

Em cada subescala deste instrumento e para o FACT B Total, é calculado segundo o *Guidelines* fornecido pelo Sistema FACIT (ANEXO E), um valor de escore o qual pode variar em um intervalo, de acordo com a descrição a seguir:

- Bem-estar físico: 0-28;
- Bem-estar social/familiar: 0-28;
- Bem-estar emocional: 0-24;

- Bem-estar funcional: 0-28;
- Preocupações adicionais com o câncer de mama: 0-36;
- Preocupações adicionais com o braço: 0-20;
- FACT B Total: 0-144.

De acordo com *Guidelines*, fornecido pelo sistema FACIT, na ocorrência da perda de alguma resposta da questão, é necessário fazer um rateamento da subescala e, para isso é feito uso do seguinte cálculo:

$$\text{Escore subescala rateado} = \frac{[\text{soma dos itens do escore}] \times [\text{Número de itens subescala}]}{[\text{Número de itens respondidos}]}$$

Ao analisar a pontuação dos escores da escala FACT B+4, o *Guidelines* não traz um escore para o FACT B+4 Total, uma vez que o mesmo indica a utilização do escore da subescala preocupações adicionais com o braço separadamente. Dessa forma, o presente estudo terá resultados de escores para cada subescala e para o FACT B total.

Para o FACT B+4, não é determinada uma nota de corte e, é considerado que um alto valor de escore representa um alto nível de resposta, o que indica uma melhor QV apresentada pelo indivíduo.

4.6 Variáveis do estudo

As variáveis do estudo foram separadas em dependentes e independentes.

4.6.1 Variáveis dependentes

Variáveis dependentes são os valores que são consequentes, influenciados por outro fator (MARCONI; LAKATOS, 2006). Neste estudo, as subescalas de QV e o FACT B Total foram caracterizadas como variáveis dependentes.

4.6.2 Variáveis independentes

Variáveis independentes consistem em fatores que influenciam a ocorrência de um fenômeno, ou seja, determina outra variável (MARCONI; LAKATOS, 2006). Para este estudo, foram consideradas como independentes, as variáveis que compõem o Instrumento de identificação dos participantes do estudo as quais seguem: faixa etária; estado civil; crença religiosa; escolaridade; profissão; situação de trabalho; renda familiar; presença de filhos; vida sexual ativa; faixa etária no diagnóstico e na cirurgia; tipo de tratamento; tempo de cirurgia; lateralidade; tipo de cirurgia; grau histológico; estadiamento do tumor; comprometimento linfático axilar; quantos ciclos de quimioterapia foram estabelecidos; ciclos feitos; eventos adversos da quimioterapia; tempo de tratamento da hormonioterapia; medicação usada; eventos adversos apresentados da hormonioterapia e do linfedema.

4.7 Procedimentos de coleta de dados

Para explicitação do procedimento de coleta de dados, é importante mencionar a funcionalidade da UNACON. Os pacientes que realizam tratamento oncológico nesta unidade, são assistidos em uma data pré-agendada e, ao que condiz à dinâmica do setor, os prontuários são separados pelos funcionários segundo o tipo de procedimento ao qual o paciente será submetido, o que confere a seguinte divisão: (1) consultas médicas e posterior realização de quimioterapia; (2) consultas médicas com agendamento da quimioterapia ou consultas de acompanhamento clínico e, (3) consultas médicas com hematologista.

Na execução da primeira estratégia de coleta de dados, a qual consiste em abordagem de pacientes no ambiente da UNACON, utilizaram-se os prontuários que estavam separados pelos tipos de atendimentos 1 e 2 (conforme supracitado) e, posteriormente feita a identificação das pacientes com câncer de mama, sendo verificadas informações em consonância com os critérios de inclusão e exclusão. Nessa etapa, foram abordadas pacientes em tratamento quimioterápico e em hormonioterapia. E, ainda, para essa última terapêutica, buscou-se abordar pacientes que compareciam à unidade para aquisição de medicação.

Após levantamento das mulheres elegíveis para composição da amostra total do estudo, as mesmas foram abordadas. Nesse momento, eram confirmados os critérios de

inclusão e de exclusão por meio de questionamentos que buscavam respostas para estes, tendo em vista a falta de informações completas nos prontuários. As pacientes que se encontravam em tratamento quimioterápico na UNACON foram entrevistadas na própria unidade, no dia estabelecido para o tratamento e durante o momento que antecede o início da sessão de quimioterapia. As mulheres que se encontravam nesse tipo de terapêutica e que tiveram consulta médica com agendamento da sessão em outra data, foi feita uma primeira abordagem com aplicação do instrumento de identificação do paciente e, no dia pré-determinado para a quimioterapia, aplicou-se o instrumento de avaliação da QV e se realizou a perimetria. É relevante mencionar que essa aproximação surgiu como estratégia de adaptação à dinâmica do serviço. Na abordagem às mulheres em hormonioterapia, as mesmas foram entrevistadas no setor de oncologia à medida que compareciam para consultas de acompanhamento clínico ou para a aquisição da medicação.

Para a segunda estratégia, caracterizada pela busca ativa de 50 pacientes em hormonioterapia residentes em Alfenas/MG, buscou-se estabelecer um primeiro contato via telefônica. Durante essa primeira abordagem, a elegibilidade das pacientes era confirmada. E, ao serem caracterizadas como elegíveis e ao consentirem na participação no estudo, realizou-se um agendamento da entrevista em local segundo a preferência das mesmas: em domicílio, na UNACON ou no local de serviço da paciente; sendo entrevistadas 18 mulheres por essa estratégia.

Em ambas as estratégias, no contato pessoal com as entrevistadas, inicialmente eram realizadas uma apresentação profissional e explicação da finalidade da pesquisa, dos instrumentos de coleta de dados e dos princípios éticos.

Ao que condiz às condutas adotadas na etapa da entrevista, optou-se se por realizar a leitura e o preenchimento do FACT B+4 e do instrumento de identificação do paciente, segundo respostas referidas pelas participantes.

É válido esclarecer que segundo o *Guidelines* fornecido pelo Sistema FACIT, o FACT B +4 é uma escala que pode ser autoaplicada ou administrada na forma de entrevista, o que permitiu optar por essa segunda opção. E, ao verificar alguma dificuldade de compreensão das questões, era feita uma releitura dos questionamentos de maneira pausada, evitando-se associações de palavras ou termos sinônimos, até a mulher conseguir responder.

Após a realização da entrevista, o prontuário foi revisado para a complementação de dados referentes aos aspectos clínicos e terapêuticos da doença, por meio de resultados de exames e de fichas de atendimento para acompanhamento, anexados no mesmo. E, para as mulheres em hormonioterapia entrevistadas em local diferente da UNACON, usou-se de

exames disponibilizados por estas. Ainda, para estas últimas mulheres, caso as mesmas não apresentassem resultados de exames, assim como para as mulheres que foram abordadas na UNACON para aquisição de medicação, foram solicitados os prontuários no setor e, posteriormente, realizados os procedimentos de coleta de dados.

4.8 Tratamento dos dados

Os dados coletados foram agrupados em um banco de dados utilizando-se de planilha eletrônica, o qual é auxiliado por uma legenda elaborada pela pesquisadora e apresenta uma codificação para cada variável. E, com o objetivo de realizar uma validação dos dados, realizou-se o procedimento conhecido como “dupla digitação”. A análise dos dados foi realizada usando o programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 17.0.

O uso da estatística foi estabelecido para a análise dos dados sociodemográficos, clínicos e terapêuticos, em que as variáveis nominais e ordinais são descritas sob a forma de tabelas de frequência, com as porcentagens e as frequências absolutas. Nessa análise, utilizou-se o teste de χ^2 (Qui-quadrado), para verificar a independência entre variáveis qualitativas, segundo o tipo de tratamento. Em situações de valores esperados menores que 5, foi utilizado o teste Exato de Fisher.

No uso de questionários para a avaliação de um constructo, é relevante investigar sobre a confiabilidade do mesmo. Nesse âmbito, cita-se a realização de testes para a mensuração da consistência interna, sendo o coeficiente de alfa de Cronbach o mais utilizado na estatística. Não existe na literatura consenso acerca da interpretação da confiabilidade obtida por esse coeficiente. Valores de alfa de Cronbach $\geq 0,70$ são considerados satisfatórios, contudo resultados maiores que 0,60 podem ser considerados satisfatórios para os instrumentos (FREITAS; RODRIGUES, 2005).

A confiabilidade do instrumento FACT B+4 foi testada por meio do Alfa de Cronbach, sendo adotado o valor de referência maior ou igual a 0,7 (FREITAS; RODRIGUES, 2005; PASQUALI et al., 2010) para discriminar uma consistência interna como aceitável (boa confiabilidade).

A avaliação da QV das mulheres que compõem a amostra total do estudo foi analisada segundo as instruções do *Guidelines* do FACT B+4 (ANEXO E), o qual foi fornecido pelo

Sistema FACIT, após autorização do uso do mesmo. Uma análise estatística descritiva dos escores dos domínios desse instrumento foi realizada com as medidas de posição, a variabilidade, de valores mínimos e máximos.

Para verificar a aderência da distribuição dos dados à Normal, utilizou-se o Teste de Shapiro-Wilk. Após esse teste, para verificar a associação entre variáveis qualitativas e quantitativas, com descrição de dois grupos, usou-se o teste t Student na presença de normalidade ou Mann-Whitney na ausência desta. Para a associação de variáveis com descrição de mais de dois grupos, usou-se a Análise de variância – Anova para dados paramétricos e, para dados não paramétricos, usou-se o teste Kruskal-Wallis. Na análise da correlação entre dados quantitativos, utilizou-se o coeficiente de correlação de Spearman, uma vez que os dados apresentaram uma distribuição não normal. Adotou-se o nível de significância de 5% para todos os testes.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste estudo, a amostra foi formada por 72 mulheres selecionadas de acordo com a elegibilidade dos critérios de inclusão e de exclusão. Entre essas pacientes, 47 (65,3%) encontravam-se em tratamento hormonioterápico e 25 (34,7%), em quimioterapia.

5.1 Caracterização da amostra

Para uma melhor dinâmica de apresentação do perfil das entrevistadas, os dados são descritos segundo cada tipo de tratamento abordado neste estudo e, ainda, é feita uma análise dos resultados para a amostra total do estudo.

5.1.1 Características sociodemográficas

As características sociodemográficas das mulheres estudadas são descritas na Tabela 1.

Tabela 1 - Análise descritiva e testes de independências das características da amostra estudada para faixa etária, estado civil, crença religiosa, filho(s), escolaridade, renda familiar e vida sexual ativa, segundo o tipo de tratamento. Alfenas/MG, 2012.

(continua)

Características	Quimioterapia (n=25)		Hormonioterapia (n=47)		Amostra total (n=72)		Valor de p
	f	%	f	%	f	%	
Faixa etária							0,100 ^a
30 a 39	3	12,0	-	-	3	4,2	
40 a 49	7	28,0	7	14,9	14	19,4	
50 a 59	7	28,0	21	44,7	28	38,9	
60 a 69	3	12,0	10	21,3	13	18,1	
70 a 79	4	16,0	8	17,0	12	16,7	
Maior ou igual a 80	1	4,0	1	2,1	2	2,8	
Estado civil							0,220 ^a
Sem companheiro	6	24,0	18	38,3	24	33,3	
Com companheiro	19	76,0	29	61,7	48	66,7	

(conclusão)

Características	Quimioterapia (n=25)		Hormonioterapia (n=47)		Amostra Total (n=72)		Valor de p
	f	%	f	%	f	%	
Crença religiosa							0,724 ^a
Católica	20	80,0	38	80,9	58	80,6	
Evangélica	5	20,0	7	14,9	12	16,7	
Espírita	-	-	1	2,1	1	1,4	
Testemunha de Jeová	-	-	1	2,1	1	1,4	
Filho(s)							0,710 ^b
Sim	21	84,0	42	89,4	63	87,5	
Não	4	16,0	5	10,6	9	12,5	
Escolaridade							0,306 ^a
Sem alfabetização	2	8,0	1	2,1	3	4,2	
Ensino fundamental incompleto	11	44,0	32	68,1	43	59,7	
Ensino fundamental completo	4	16,0	2	4,3	6	8,3	
Ensino médio incompleto	1	4,0	1	2,1	2	2,8	
Ensino médio completo	5	20,0	5	10,6	10	13,9	
Ensino superior incompleto	1	4,0	1	2,1	2	2,8	
Ensino superior completo	1	4,0	3	6,4	4	5,6	
Pós-graduação	-	-	2	4,3	2	2,8	
Renda familiar (salário mínimo)							0,230 ^a
Até 1	5	20,0	8	17,0	13	18,1	
Acima de 1 até 3	11	44,0	25	53,2	36	50,0	
Acima 3 até 4	5	20,0	4	8,5	9	12,5	
Acima de 4	1	4,0	8	17,0	9	12,5	
Não informa	3	12,0	2	4,3	5	6,9	
Vida sexual ativa							0,293 ^a
Sim	16	64,0	24	51,1	40	55,6	
Não	9	36,0	23	48,9	32	44,4	

Fonte: Da autora.

Nota: f = frequência em números absolutos; %= frequência em porcentagem; ^a=teste de χ^2 (Qui-quadrado); ^b=teste Exato de Fisher; *=diferença estatisticamente significativa para $P \leq 0,05$.

Em análise da faixa etária das entrevistadas, verifica-se na amostra total que uma maior quantidade de mulheres apresentou idade compreendida no intervalo de 50 a 59 anos (38,9%), no momento da entrevista. E, para as mulheres em quimioterapia, prevaleceram os intervalos de 40 a 49 e 50 a 59 anos, ambos com igual percentual (28,0%). Não houve diferença estatística entre os tratamentos ($p=0,100$) (TABELA 1). Estudo de Panobianco et al. (2009) demonstrou semelhança aos dados da amostra total, em que, para uma amostra de 65 mulheres com essa neoplasia, a idade entre 50 a 59 anos foi a prevalente (60,6%).

Ao discorrer acerca da idade das pacientes, considera-se importante que a atuação do profissional de saúde esteja direcionada às inquietações referentes às intercorrências

frequentes em cada um dos tratamentos abordados e ao suporte físico das mesmas. Nesse sentido, uma atenção deve ser ofertada na tentativa de relacionar de forma singular, a cada mulher, a intensidade de cada terapêutica para com uma influência negativa no bem-estar da paciente.

Neste estudo, 37,6% das entrevistadas da amostra total tinham idade maior ou igual a 60 anos, o que elucida a necessidade de direcionamento de atenção para fatores interligados aos decréscimos funcionais do próprio organismo, uma vez que vivenciam a fase idosa. Para mulheres entre 40 e 59 anos, se destacam as questões referentes às modificações que permeiam os períodos da vida compreendidos entre o climatério e a menopausa, o que evidencia a necessidade de realização de intervenções para sintomas presentes nessas fases e, que podem vir a ser intensificados pelos tratamentos adjuvantes.

Na amostra total, prevaleceram mulheres que relataram ter companheiro (66,7%) e que se diziam católicas (80,6%). É válido mencionar que, para essas variáveis, não houve diferença estatística entre os tratamentos ($P > 0,05$) (TABELA 1). Estudo de Nicolussi e Sawada (2011) observou que 62,9% de mulheres com câncer de mama são casadas e 74,3% eram católicas, o que corrobora com este estudo.

A presença majoritária de uma vida conjugal para as mulheres do estudo pode estar envolvida por diferentes contextos. Conde et al. (2006) posicionam o parceiro como uma figura de destaque, que pode atuar de maneira a auxiliar na minimização dos impactos relacionados às condições sexuais, sociais e psicológicas da mulher com câncer de mama. Contudo, esses autores elucidam que, habitualmente, as mulheres recebem o diagnóstico na ausência de seus companheiros e que esse fato pode perpetuar durante as fases seguintes da doença, em que o companheiro permanece afastado do contexto acerca dos aspectos que compreendem o “novo” estado de saúde da mulher.

Em estudo qualitativo que objetivou avaliar as repercussões do câncer de mama na vida de casais (companheiros e das mulheres), verificou-se que o apoio conjugal atua como um aspecto positivo para o enfrentamento da doença, uma vez que o marido é referenciado como um ponto de equilíbrio e, na ausência desse apoio, a mulher tornar-se mais fragilizada (FERREIRA et al., 2011). Nessa abordagem, Gasparelo et al. (2010) demonstram achados semelhantes, uma vez que observaram que a presença de ações empáticas dos cônjuges para com as mulheres diante dessa enfermidade permitiram evidenciar que as pacientes que recebiam apoio de seus companheiros demonstraram melhor disposição diante da doença e do tratamento preconizado.

No âmbito dos relacionamentos desempenhados pela mulher no contexto da vida conjugal ou não, eleva-se a necessidade de orientações que busquem a estruturação de uma fonte de apoio para as pacientes, uma vez que o diagnóstico e o tratamento do câncer de mama podem vir a interferir na percepção da mulher e do companheiro acerca da imagem corporal e das alterações interligadas à sexualidade da mulher.

A mulher com câncer de mama perpassa situações conflituosas que as colocam diante da necessidade de articular meios que lhes permitam conviver com os aspectos referentes à doença, de forma a causar menor impacto em sua QV. Nesse sentido, observa-se na prática clínica a inserção da religiosidade, que pode atuar de maneira positiva para o bem-estar dos indivíduos. Neste estudo, observa-se que todas as mulheres relataram apresentar algum tipo de religião, o que permite inferir a presença de crença em um Ser Maior.

Ferreira et al. (2011) reportam que, de maneira geral, a percepção das pessoas acerca do poder divino está ancorada na tentativa de buscarem respostas para acontecimentos conturbados e, por meio destas, vivenciarem de forma mais amena essas situações. No mesmo estudo, constatou-se que mulheres com câncer de mama compreendiam o poder divino como um mecanismo de suporte emocional e como o ser responsável pela cura.

Caetano, Gradim e Santos (2009), ao investigarem as estratégias de enfrentamento de mulheres com essa neoplasia, verificaram que o apego religioso foi o mecanismo de que elas se utilizaram. Esses achados tornam-se condizentes com outros autores os quais observaram que a religiosidade auxiliou na proteção de mulheres com essa enfermidade no período pós-cirúrgico, o que elucidou a prática religiosa como uma importante ação para melhora do ajustamento da saúde mental de indivíduos acometidos por doenças somáticas, a exemplo da neoplasia mamária (GONÇALVES; GÍGLIO; FERRAZ, 2005).

De acordo com a Tabela 1, para a amostra total, 87,5% das pacientes relataram ter filho(s). Para essa variável, não foi verificada diferença estatística entre os tratamentos ($p=0,710$). Os estudos de Maieski e Sarquis (2007) e Aguiar et al. (2008b) observaram frequências iguais a 91% e 81% de mulheres com essa doença que afirmaram ter filho(s), respectivamente, o que demonstra resultados semelhantes a este estudo.

Quanto à escolaridade, não se verificou diferença estatística entre os tratamentos ($p=0,306$), e observou-se para a amostra total que 59,7% relataram ter ensino fundamental incompleto e, ainda, 4,2% referiram serem sem alfabetização (TABELA 1). Esse resultado permite inferir a presença de um perfil de baixo nível instrucional, que perfaz a maioria das entrevistadas. Em análise dessa mesma variável, independentemente do local de estudo, pode-se observar na literatura outros achados em que mulheres com essa neoplasia apresentaram

com maior frequência um nível baixo de escolaridade. Castro et al. (2011), ao avaliarem 37 mulheres jovens assistidas em um hospital especializado na cidade de Porto Alegre (Brasil), verificaram que 2,7% destas eram analfabetas e 54,1% tinham ensino fundamental incompleto. Outra pesquisa com uma amostra de 270 mulheres com esse câncer verificou que um maior percentual (aproximadamente 36,0%) apresentou ensino fundamental incompleto (LEITE et al., 2011).

Ao que condiz ao nível de escolaridade, a literatura demonstra a relação direta entre o maior nível instrucional de mulheres com câncer de mama e a busca por medidas preventivas e de exames de maior complexidade (LIMA et al., 2011). No contexto da vivência da doença, Henriques et al. (2010) realizaram um estudo quantitativo com 40 mulheres com essa neoplasia, a fim de conhecer e avaliar as ações de autocuidado diante do diagnóstico e da submissão à quimioterapia. Observou-se que as práticas de autocuidado receberam adesão parcial das entrevistadas e, ainda, que as médias de escores para o autocuidado tenham sido menores para pacientes com baixa escolaridade e baixa renda familiar, não foi constatada uma associação significativa entre as variáveis e o autocuidado. No entanto, os autores mencionam que os significados da doença, do tratamento e dos eventos adversos sofrem a influência de aspectos culturais.

Diante do enfrentamento da neoplasia, é importante considerar, para a amostra em estudo, a necessidade de se adequar as orientações destinadas ao tratamento e perspectivas futuras ao nível instrucional das mulheres, de forma a direcionar uma assistência que permita melhor compreensão de todos os aspectos inseridos na abordagem terapêutica, o que poderá favorecer melhor adesão à mesma.

Quanto à renda familiar, observa-se na Tabela 1 que 50% das mulheres relataram ter renda acima de um até três salários mínimos (amostra total) e não se verificou diferença estatística entre os tratamentos ($p=0,230$). Outro estudo realizado com mulheres com essa mesma neoplasia, ainda que tenha sido composto por uma amostra de 18 mulheres (inferior ao presente estudo), observou que 94,0% destas viviam com até dois salários mínimos (SILVA et al., 2010a).

É importante ressaltar que, para a categorização da variável renda familiar nos intervalos estabelecidos neste estudo, considerou-se o valor de salário mínimo vigente a partir de 1º de Janeiro de 2012, o qual estava estabelecido em valor igual a R\$ 622,00, de acordo com o Decreto nº 7.655, de 23 de Dezembro de 2011.

É relevante considerar que este estudo foi desenvolvido com mulheres que frequentam um serviço de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) e, para esse contexto, ao investigar a

escolaridade e a renda familiar, pôde-se compreender como esperado os achados de baixo nível instrucional e de baixa renda familiar.

Na Tabela 1, no que condiz à vida sexual, 55,6% da amostra total referiram vida sexual ativa. Não foi encontrada diferença estatística entre os tratamentos abordados ($p=0,293$). O resultado do presente estudo demonstra-se superior à pesquisa de Manganiello (2008), na qual se constatou que para uma amostra de 100 mulheres com essa doença, apenas 42% informaram estarem sexualmente ativas. A ausência de vida sexual ativa foi justificada por falta de parceiro fixo (32,0%), pela idade avançada (6,0%), pela falta de libido (4,0%), por problemas de saúde (10,0%) e em decorrência da mastectomia (6,0%).

Os aspectos relacionados à vida sexual das mulheres com câncer de mama estão relacionados a diferentes fatores, tais como o julgamento da mulher acerca de seu próprio corpo após tratamento cirúrgico, as consequências do tratamento adjuvante, assim como a história conjugal que a mulher vivencia. Nesse sentido, destaca-se a necessidade de os profissionais de saúde investigarem o perfil sexual da mulher, a fim de estabelecerem intervenções que seguem todo o contexto da sexualidade.

Em relação à profissão das entrevistadas (amostra total) verificou-se que um maior percentual destas referiu ser Do lar (31,9%) e 12,5% informaram a profissão Doméstica. No uso do teste de χ^2 (Qui-quadrado), constatou-se a ausência de diferença estatística entre os tratamentos abordados ($p=0,794$).

No âmbito das profissões exercidas pelas pacientes, emerge a relevância do discurso relacionado aos tipos de atividades realizadas por essas mulheres, a fim de que os profissionais de saúde ofereçam ações estruturadas, as quais irão refletir na continuidade das tarefas no percurso que compreende os momentos de tratamento, assim como da reinserção das pacientes em seu ambiente laboral.

A Figura 1 descreve, por meio de porcentagens, a situação de trabalho das mulheres entrevistadas, segundo cada tipo de tratamento.

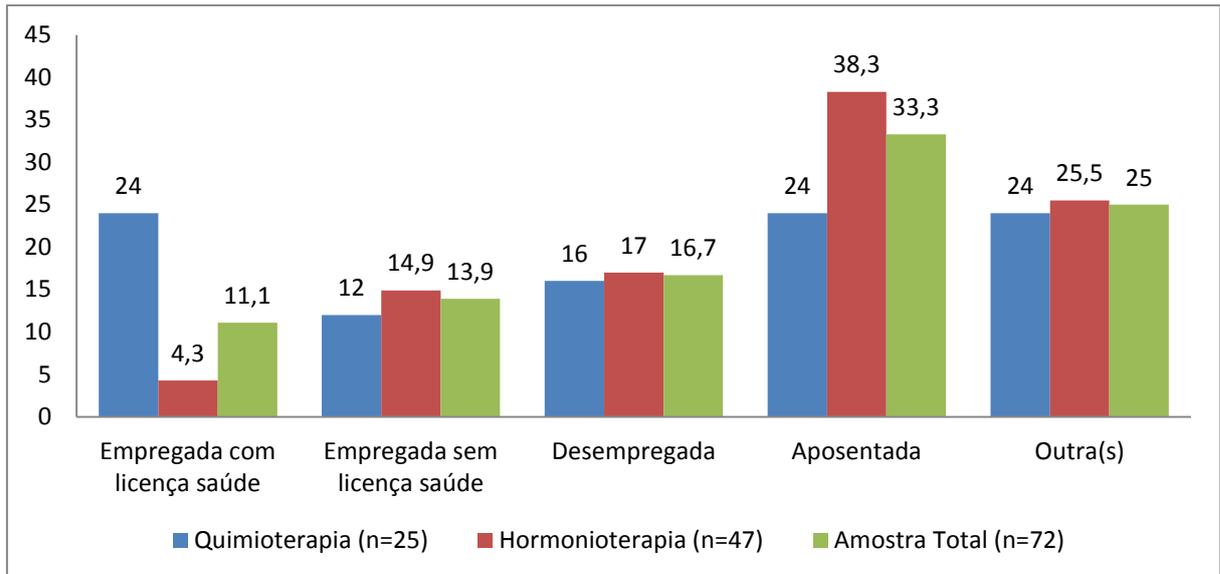


Figura 1: Análise descritiva em porcentagem da situação de trabalho da amostra estudada, segundo o tipo de tratamento. Alfenas/MG, 2012.

Fonte: Da autora.

Quanto à situação de trabalho, observou-se pelo teste de χ^2 (Qui-quadrado) a ausência de diferença estatística entre os tratamentos abordados ($p=0,239$). A caracterização como aposentada foi referida por 33,3% das mulheres da amostra total (FIGURA 1).

Na análise da Figura 1, direciona-se uma atenção para os resultados referentes às categorias de empregada com licença saúde e a de desempregada, uma vez que as mulheres convivem com o decréscimo salarial ou da ausência deste, respectivamente. Nesse sentido, essas situações de trabalho podem levar a uma reflexão que se insere em um contexto da possibilidade de um desequilíbrio econômico, o qual pode interferir de maneira negativa no estado de bem-estar da paciente, frente às inquietações referentes aos gastos terapêuticos.

Nesse âmbito, compreende-se que renda familiar está relacionada à situação de emprego e, durante um tratamento de saúde, a presença de um salário mensal pode ocasionar uma sensação de tranquilidade para o doente e para os familiares, uma vez que diminui os estresses com os gastos que a doença acarreta. É válido ressaltar que, a amostra em estudo corresponde a mulheres assistidas por um serviço vinculado ao SUS e, nesse sentido, menciona-se que o tratamento de quimioterapia requer alguns cuidados que dependem gastos para a paciente, a exemplo de compra de nutrientes adequados.

Diante da possibilidade de gastos inseridos em cada um dos tratamentos abordados, faz-se relevante que o profissional de saúde estabeleça uma atenção que vise a uma compreensão das necessidades que envolvem os aspectos da saúde que podem apresentar decréscimos em consequência da falta de meios para financiamento das exigências impostas

pelas terapêuticas, para a continuidade do tratamento. Nesse contexto, a atuação desse profissional deve ser orientada para a busca de um equilíbrio entre os aspectos referentes à terapêutica e à renda salarial, a fim de se proporcionar um bem-estar à paciente.

5.1.2 Dados acerca do câncer de mama e do tratamento

A Tabela 2 faz caracterização das mulheres entrevistadas segundo os aspectos investigados referentes ao tratamento cirúrgico ao qual a mulher foi submetida, assim como, à descrição da faixa etária destas no momento de descoberta da doença.

Tabela 2 - Análise descritiva e testes de independências das características da amostra estudada para a faixa etária no momento de diagnóstico e da cirurgia, o tempo e o tipo de cirurgia e a lateralidade. Alfenas/MG, 2012.

(continua)

Características	<u>Quimioterapia</u> (n=25)		<u>Hormonioterapia</u> (n=47)		<u>Amostra total</u> (n=72)		Valor de p
	f	%	f	%	f	%	
Faixa etária no diagnóstico							0,113 ^a
30 a 39	3	12,0	-	-	3	04,2	
40 a 49	7	28,0	14	29,8	21	29,2	
50 a 59	8	32,0	17	36,2	25	34,7	
60 a 69	2	8,0	11	23,4	13	18,1	
70 a 79	4	16,0	4	8,5	8	11,1	
Maior ou igual a 80	1	4,0	1	2,1	2	02,8	
Tempo de cirurgia							0,000 ^{a*}
≤ a 1 ano	25	100	2	4,3	27	37,5	
> de 1 até 2 anos	-	-	12	25,5	12	16,7	
> de 2 até 3 anos	-	-	18	38,3	18	25,0	
> de 3 até 4 anos	-	-	7	14,9	7	09,7	
> de 4 anos	-	-	8	17,0	8	11,1	
Faixa etária na cirurgia							0,103 ^a
30 a 39	3	12,0	-	-	3	4,2	
40 a 49	7	28,0	12	25,5	19	26,4	
50 a 59	8	32,0	19	40,4	27	37,5	
60 a 69	2	8,0	11	23,4	13	18,1	
70 a 79	4	16,0	4	8,5	8	11,1	
Acima de 80	1	4,0	1	2,1	2	2,8	
Lateralidade							0,347 ^a
Direita	12	48,0	28	59,6	40	55,6	
Esquerda	13	52,0	19	40,4	32	44,4	
Tipo de cirurgia							0,214 ^a
Radical	10	40,0	16	34,0	26	36,1	
modificada e linfadenectomia							

(conclusão)

Características	Quimioterapia (n=25)		Hormonioterapia (n=47)		Amostra total (n=72)		Valor de p
	f	%	f	%	f	%	
Radical modificada evento sentinela	e	-	-	3	6,4	3	4,2
Conservadora linfadenectomia	e	4	16,0	14	29,8	18	25,0
Conservadora evento sentinela	e	11	44,0	12	25,5	23	31,9
Conservadora apenas		-	-	2	4,3	2	2,8

Fonte: Da autora.

Nota: f = frequência em números absolutos; %= frequência em porcentagem; ≤ menor ou igual; > maior; ^a=teste de χ^2 (Qui-quadrado); *=diferença estatisticamente significante para $P \leq 0,05$.

Na Tabela 2, em relação à idade, no momento do diagnóstico, não foi observada diferença estatística entre os tratamentos ($p=0,113$). No entanto, maior frequência das entrevistadas em quimioterapia descobriu a doença entre 50 e 59 anos (32,0%) e 40 e 49 anos (28,0%). Para mulheres na terapia endócrina, prevaleceram os intervalos que compreendem 50 a 59 anos (36,2%) e 40 a 49 anos (29,8%). Para a amostra total, 34,7% tinham entre 50 a 59 anos e 29,2% entre 40 e 49 anos, na data de descoberta da doença. Em outro estudo transversal desenvolvido com 71 mulheres com essa neoplasia e assistidas pelo Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais (IPSEMG), foi constatado uma média de idade de 60,7 anos, para uma amostra de 71 mulheres com essa doença (CANGUSSU et al., 2010).

Em análise aos dados deste estudo, para 33,4% da amostra total, a doença foi detectada com idade inferior a 50 anos (TABELA 2). Nesse âmbito, é importante elucidar que o impacto da doença em mulheres jovens pode apresentar uma evolução desfavorável, a qual se configura em maior gravidade e letalidade, em comparação às mulheres de meia idade (CLANGNAN et al., 2008; CASTRO et al., 2011).

Em relação ao tempo de cirurgia até o momento de entrevista, constatou-se diferença estatística entre os tratamentos ($p=0,000$). Para a quimioterapia, todas as mulheres tinham sido submetidas ao procedimento há um ano ou menos e, 38,3% das mulheres em hormonioterapia apresentaram tempo de pós-operatório maior de dois até três anos (TABELA 2).

Estudo de Prado et al. (2004), realizado com mulheres com câncer de mama, apresentou como critérios de inclusão: a submissão à cirurgia mamária em detrimento da

doença; período de pós-operatório compreendido entre três meses a dois anos e pacientes que frequentassem o grupo de apoio (local de estudo) no período de coleta de dados. Em uma amostra de 30 mulheres, verificou-se que 66,7% destas estavam no primeiro ano de pós-cirurgia. Os autores mencionam que esse período decorrido da realização de incisão cirúrgica é compreendido como um espaço de tempo em que a paciente enfrenta de maneira mais intensa as limitações de movimento do membro homolateral à cirurgia. Desse modo, esse espaço temporal emerge com um período de enfrentamento das complicações inerentes a este tratamento e possibilita às pacientes incorporar estratégias ligadas ao autocuidado e à prevenção do linfedema no braço.

Em um discurso que se insere o tempo decorrido da realização da cirurgia mamária, é importante considerar o surgimento de intercorrências as quais se desenvolvem em diferentes momentos posteriores ao tratamento. Com ênfase no linfedema, Panobianco et al. (2008) evidencia que o intervalo entre a cirurgia e o aparecimento desta pode variar em anos decorridos desde o procedimento.

Na Tabela 2, quanto à idade no momento da cirurgia, 37,5% da amostra total tinham entre 50 e 59 anos e não se verificou diferença estatística entre os tratamentos ($p=0,103$). Para a lateralidade da doença, independentemente do tipo de tratamento, não houve diferença estatística ($p=0,347$), sendo demonstradas frequências consideráveis altas para a mama esquerda e direita. E, para a amostra total, a mama direita representou o maior percentual de ocorrência da doença (55,6%), o que se semelhança aos achados de Velloso, Barras e Dias (2011).

É relevante mencionar a transição das técnicas cirúrgicas mamárias, durante a qual se elevou o surgimento de procedimentos menos invasivos. Para o presente estudo, observa-se na amostra total a predominância da cirurgia conservadora (59,7%) (TABELA 2); sendo verificada semelhança com os achados dos estudos de Cangussu et al. (2010); Velloso, Barra e Dias (2011) e Leite et al. (2011). Ainda caracterizando uma divergência desses resultados, pesquisas demonstram uma maior frequência de técnicas radicais em mulheres investigadas (SALES et al., 2001; SO et al., 2010; PARK; JANG; SEO, 2012).

Na Tabela 2, em uma análise detalhada, verifica-se que 36,1% da amostra total foram submetidas à cirurgia radical modificada e à linfadenectomia. Entre as mulheres em quimioterapia, 44,0% foram submetidas à cirurgia conservadora e evento sentinela e, 40,0% à cirurgia radical modificada e à linfadenectomia. Para as pacientes da hormonioterapia, 34,0% fizeram radical modificada e linfadenectomia e 29,8% conservadora e linfadenectomia. Não houve diferença estatística entre os tratamentos ($p=0,214$).

É válido ressaltar para este estudo, que não se encontraram dados, no prontuário e/ou em resultados de exames utilizados na coleta de dados, sobre o tipo de cirurgia à qual a mulher foi submetida: radical ou modificada; por isso adotou-se o termo radical modificada para todas as mastectomias seguidas de linfadenectomia ou de evento sentinela.

Makluf, Dias e Barra (2006) relatam que a cirurgia conservadora emerge como o tratamento possivelmente de escolha e que se relaciona a uma melhor QV, uma vez que tem sido considerado na prática clínica um procedimento eficaz para a minimização da morbidade do membro homolateral à cirurgia, ocasiona um menor impacto da imagem corporal e da prática sexual, em comparação às mulheres submetidas à cirurgia radical.

Diante das consequências advindas dos procedimentos invasivos do tratamento cirúrgico, Ferreira et al. (2008) relatam que a ocorrência de sensibilidade álgica no braço homolateral à cirurgia está associada a diferentes fatores. Para esses autores, a extensão da técnica cirúrgica axilar tem maior relação com essa morbidade, se comparada com os tipos de cirurgias. Verificou-se no presente estudo que, independentemente da técnica cirúrgica mamária, 97,2% das mulheres foram submetidas à investigação dos linfonodos axilares, sendo que 61,1% por linfadenectomia e 36,1% por biópsia de linfonodo sentinela (amostra total) (TABEL 2).

A Tabela 3 descreve as mulheres por meio de variáveis referentes à caracterização do tumor, da doença e da presença de linfedema no membro homolateral à cirurgia.

Tabela 3 - Análise descritiva e testes de independências das características da amostra estudada, segundo o grau histológico, o estadiamento, o comprometimento linfático axilar e o linfedema. Alfenas/MG, 2012.

(continua)

Características	<u>Quimioterapia</u> (n=25)		<u>Hormonioterapia</u> (n=47)		<u>Amostra total</u> (n=72)		Valor de p
	f	%	f	%	f	%	
Grau histológico							0,366 ^a
I	4	16,0	5	10,6	9	12,5	
II	17	68,0	26	55,3	43	59,7	
III	2	8,0	9	19,1	11	15,3	
Não informa	2	8,0	7	14,9	9	12,5	
Estadiamento							0,193 ^a
0	-	-	3	6,4	3	4,2	
I	4	16,0	18	38,3	22	30,6	
II	11	44,0	17	36,2	28	38,9	
III	4	16,0	5	10,6	9	12,5	
Não informa	6	24,0	4	8,5	10	13,9	
Comprometimento linfático axilar							0,493 ^a
Sim	10	40,0	14	29,8	24	33,3	
Não	15	60,0	30	63,8	45	62,5	
Não informa	-	-	1	2,1	1	1,4	
Não se aplica	-	-	2	4,3	2	2,8	

(conclusão)

Características	Quimioterapia (n=25)		Hormonioterapia (n=47)		Amostra Total (n=72)		Valor de p
	f	%	f	%	f	%	
Linfedema							0,488 ^a
Sim	6	24,0	15	31,9	21	29,2	
Não	19	76,0	31	66,0	50	69,4	
Não se aplica	-	-	1	2,1	1	1,4	

Fonte: Da autora.

Nota: f = frequência em números absolutos; %= frequência em porcentagem; ^a=teste de χ^2 (Qui-quadrado);
*=diferença estatisticamente significante para $P \leq 0,05$.

Na amostra total, para as características tumor, observa-se que o maior número de mulheres apresentou grau histológico II (59,7%) e não se encontrou diferença estatística entre os tratamentos ($p=0,366$) (TABELA 3).

Em descrição do estadiamento, para a amostra total, prevaleceu o estágio II (38,9%) e I (30,6%). E, ainda que não tenha sido observada diferença estatística ($p=0,193$) entre os grupos de tratamentos, mulheres em hormonioterapia foram diagnosticadas com maior frequência com tumor em estágio I (38,3%) seguido do estágio II (36,2%). É válido fazer retrospectiva do estabelecimento para este estudo, do seguinte critério de exclusão: mulheres com metástase(s) à distância.

Na literatura, ao que condiz a análise dos achados referentes aos estádios da doença, o estudo de So et al. (2010) desenvolvido com 218 mulheres chinesas com câncer de mama apresentou como critério de elegibilidade: idade igual ou maior que 18 anos, em tratamento quimioterápico ou radioterápico e diagnosticadas com estágio I-III da doença; sendo verificado maior frequência dos estádios II (52,8%) e I (32,1%). Uma segunda pesquisa, realizada com uma amostra de 73 mulheres brasileiras com essa neoplasia, as quais foram incluídas por apresentarem idade compreendida entre 18-65 anos e estágios da doença I-III; foi encontrado que os estádios II (65,8%) e I (21,9%) perfaziam as maiores frequências para essa variável (RABIN et al., 2008). No entanto, Cintra et al. (2008) ao analisar a sobrevida específica de cinco anos de 428 mulheres com essa enfermidade não metastática, constatou-se a prevalência dos estádios II (47,4%) e III (38,6%) (CINTRA et al., 2008).

A investigação linfática axilar é considerada um importante fator preditivo do prognóstico do câncer de mama, o que pode determinar o tipo e protocolo de tratamento a ser estabelecidos. Na Tabela 3, para descrição do comprometimento linfático axilar, não houve diferença estatística ($p=0,493$) para os tratamentos abordados e, 33,3% da amostra total apresentaram metástase loco-regional axilar; o que demonstrou um percentual inferior a outro estudo, no qual constatou-se que 59,8% das mulheres diagnosticadas com esta doença

apresentaram invasão linfática axilar (CINTRA et al., 2008). Acerca deste aspecto, Guerra et al. (2009), constataram a presença de uma melhor sobrevida para mulheres sem invasão linfática axilar.

Ao observar a caracterização referente ao grau histológico do tumor, verifica-se que o mesmo é condizente com o achado da variável comprometimento linfático axilar, o que evidencia a presença de diagnóstico em fase inicial da doença para a maior frequência das mulheres. Esses resultados podem estar relacionados com os avanços tecnológicos e com a eficiência dos serviços de saúde. Para este último fator, emerge a efetivação de programas de rastreamento que permitem refletir a um melhor direcionamento de ações de prevenção, tal como a conscientização da população feminina para a realização periódica de exames diagnósticos do câncer de mama. Nesse âmbito, ressalta-se a existência de um bom prognóstico nessas situações, o que permite elucidar a possibilidade de um melhor enfrentamento de toda a problematização que envolve a doença.

Ao abordar a investigação de linfonodos axilares, é relevante que o profissional de saúde estabeleça estratégias que permitam às mulheres realizar atividades que estejam em consonância com as limitações impostas por essa intervenção. Emergem orientações de prevenção de morbidades decorrentes desse procedimento e que salientam a promoção de saúde, de forma a alcançar um equilíbrio aceitável na QV das pacientes.

Na avaliação do desenvolvimento do linfedema no membro homolateral à cirurgia, 29,2% das mulheres (amostra total) apresentaram diferença(s) igual (iguais) ou maior (es) que dois centímetros em algum ponto de medida da perimetria, no momento de entrevista. No entanto, não se observou diferença estatística entre os tratamentos ($p=0,488$) (TABELA 3). É importante considerar que, em consequência das condições climáticas em data da entrevista, uma paciente recusou-se a retirar o agasalho para avaliação dos membros superiores.

Paiva et al. (2011) avaliaram a presença e os fatores associados ao linfedema em 250 mulheres submetidas à cirurgia mamária há mais de seis meses e com intervenção cirúrgica axilar, sendo verificada a diferença igual ou maior que dois centímetros entre os membros superiores em 44,8% das pacientes, o que demonstra um valor superior ao encontrado no presente estudo. Ainda, esses autores verificaram a ocorrência de diferença estatística entre a realização de quimioterapia e a presença ou ausência desta morbidade ($P<0,01$). Outros pesquisadores investigaram a presença de linfedema em 89 mulheres pós-mastectomizadas e, constataram, por meio da perimetria, que 48,3% apresentaram uma diferença igual ou maior que 2,0 cm entre os braços (SILVA; GODOY, 2009).

A Tabela 4 descreve, para as mulheres em quimioterapia, os aspectos investigados referentes a essa terapêutica.

Tabela 4 - Análise descritiva das características do tratamento quimioterápico, segundo a quantidade de ciclos estabelecidos, de ciclos feitos e de eventos adversos. Alfenas/MG, 2012 (n=25).

Características	f	%
Ciclos estabelecidos		
6	1	4,0
8	23	92,0
Não informa	1	4,0
Ciclos feitos		
1°	2	8,0
2°	5	20,0
3°	6	24,0
4°	3	12,0
5°	4	16,0
6°	3	12,0
7°	2	8,0
Eventos adversos		
Nega reações	1	4,0
Alopecia	16	64,0
Náuseas	16	64,0
Fadiga	13	52,0
Falta de apetite	8	32,0
Algia óssea	5	20,0
Constipação intestinal	5	20,0
Vômito	3	12,0
Cefaleia	3	12,0
Mucosite	3	12,0
Diarreia	3	12,0
Tontura	3	12,0
Boca seca	3	12,0
Outras	12	48,0

Fonte: Da autora

Nota: f = frequência em números absolutos; %= frequência em porcentagem.

Houve mais de uma resposta por entrevistada.

Na caracterização das mulheres que se encontravam em quimioterapia, foram prescritos oito ciclos dessa terapêutica para 92,0% das mesmas e 24,0% das pacientes tinham realizado o terceiro ciclo. E, ao que condiz à presença de eventos adversos, apenas uma paciente negou a sensação de alguma reação desencadeada por esse tratamento (TABELA 4).

Na Tabela 4, em relação aos sintomas consequentes da quimioterapia reportados neste estudo, observa-se que os eventos adversos mais frequentes não diferem dos achados apresentados pela literatura. Nesse sentido, o estudo de Nicolussi e Sawada (2011), com mulheres em quimioterapia, evidenciou a ocorrência de eventos adversos em diferentes dimensões do organismo: sintomas gastrointestinais (náuseas, vômitos, diarreia e/ou constipação); físicos (fraqueza, mal-estar geral, sudorese e tontura) e emocionais.

Ao que condiz à categoria denominada outras, na variável eventos adversos, mencionados pelas entrevistadas, no presente estudo, foram encontradas as seguintes reações: dormência (8,0%); gosto ruim/boca amarga (8,0%); ardência em cavidade nasal (4,0%); tremores (4,0%); rubor e vermelhidão em face (4,0%); diminuição da resistência do organismo (4,0%); aumento do peso (4,0%), edema em todo o corpo (4,0%); ardência para eliminação vesical e intestinal (4,0%) e congestionamento nasal (4,0%).

Diante desses resultados, compreende-se que a ocorrência de eventos adversos dessa terapêutica tende a ser esperada. Para Guimarães e Anjos (2012), a atuação conjunta destes com os aspectos que envolvem o câncer podem intensificar ou mesmo sobrepor um sintoma ao outro, o que ocasiona novos impactos. Desse modo, sintomas como náuseas e vômitos relacionam-se à perda de apetite, a alterações de peso e, por conseguinte, pode inibir o seguimento do tratamento de maneira efetiva.

Na Tabela 5, as mulheres em hormonioterapia são caracterizadas segundo os aspectos investigados para essa terapêutica.

Tabela 5 - Análise descritiva das características do tratamento por hormonioterapia, segundo o tempo de tratamento, a medicação e os eventos adversos. Alfenas/MG, 2012 (n=47).

Características	f	%
Tempo de tratamento		
Menor que 01 ano	12	25,5
Acima de 01 até 02 anos	16	34,0
Acima de 02 até 03 anos	8	17,0
Acima de 03 até 04 anos	4	8,5
Acima de 04 anos	6	12,8
Não informa	1	2,1
Medicação		
Tamoxifeno	35	74,5
Inibidor da aromatase	11	23,4
Tamoxifeno e Zoladex	1	02,1
Eventos adversos		
Nega reações	7	14,9
Boca seca	18	38,3
Fogachos	17	36,2
Náuseas	17	36,2
Aumento de peso	10	21,3
Fadiga	8	17,0
Constipação intestinal	7	14,9
Algia óssea	6	12,8
Cefaleia	6	12,8
Outras	46	97,7

Fonte: Da autora.

Nota: f = frequência em números absolutos; %= frequência em porcentagem.

Houve mais de uma resposta por entrevistada.

Na Tabela 5, observa-se que o tempo de tratamento por hormonioterapia que se apresentou com maior frequência foi acima de um até dois anos (34,0%) e, o Tamoxifeno foi a medicação referida por 74,5% das pacientes dessa terapêutica.

Na abordagem dos eventos adversos, observa-se que os mesmos demonstraram-se frequentes, uma vez que apenas sete mulheres negaram sua ocorrência (TABELA 5). E, em relação aos sintomas mais frequentes, os achados se assemelham com resultados expressos em outros estudos (LEITE et al., 2011; BOEHM et al., 2009).

Em relação aos eventos adversos, citados pelas mulheres em hormonioterapia, os quais foram categorizados como outros, neste estudo, citam-se: tontura (8,5%); alteração/ausência do ciclo menstrual (8,5%); insônia (6,4%); corrimento vaginal (6,4%); queda de cabelo (6,4%); gosto ruim (4,3%); nervosismo (4,3%); taquicardia (4,3%); sudorese (4,3%); ressecamento vaginal (4,3%); ressecamento e pele e cabelos (4,3%); tremores (2,1%); intestino mais solto (2,1%); falta de apetite (2,1%); mucosite e edema de boca e garganta ao ingerir alimentos ácidos (2,1%); dificuldade de perda de peso ganho durante a realização da Quimioterapia (2,1%); câimbras (2,1%); perda da memória (2,1%); unhas quebradiças (2,1%); vômito (2,1%); manchas em pele (2,1%); dormência (2,1%); gordura no fígado (2,1%); aumento de apetite (2,1%); urina fétida (2,1%); gosto ruim (2,1%); dor no estômago (2,1%) e edema abdominal (2,1%).

Nesse âmbito, Leite et al. (2011), ao investigarem 270 mulheres que se encontravam em hormonioterapia e no uso do Tamoxifeno, observaram que 30,0% das mulheres faziam uso da medicação há menos de um ano. Esses autores constataram a presença de eventos adversos em 86,3% das mulheres, sendo os mais frequentes: fogachos (61,1%); aumento de peso (48,1%); alterações visuais (33,3%) e náuseas e vômitos (26,7%). Outro estudo, com 136 mulheres em uso de Tamoxifeno, constatou os seguintes sintomas decorrentes dessa medicação: fogachos; dores em articulações; distúrbios do sono; vertigens e dores em geral; sendo encontrado um tempo médio de terapia igual a 27,5% (BOEHM et al., 2009).

Ao refletir acerca dos eventos adversos decorrentes dos tratamentos abordados neste estudo, faz-se relevante considerar a necessidade de uma investigação ativa dos mesmos, durante toda a assistência dessas pacientes. As consequências advindas da quimioterapia podem se apresentar de forma mais notória que as caracterizadas no período da hormonioterapia, a exemplo da alopecia. Inserida nesse contexto, emerge a efetivação do atendimento multiprofissional, de maneira que a paciente possa se adequar às modificações em sua vida impostas para cada tipo de tratamento.

5.2 Avaliação da confiabilidade do instrumento de avaliação de qualidade de vida – FACT B+4

A Tabela 6 descreve os valores do coeficiente de Alfa de Cronbach encontrados para cada subescala e para o FACT B+4 Total.

Tabela 6 - Coeficiente Alfa de Cronbach das subescalas do FACT B+4 e do FACT B+4 Total, aplicado em mulheres com câncer de mama em tratamento de quimioterapia e hormonioterapia. Alfenas/MG, 2012 (n=72).

Domínio	Itens	Coeficiente Alfa de Cronbach
Bem-estar físico	7	0,778
Bem-estar social/familiar	7	0,866
Bem-estar emocional	6	0,556
Bem-estar funcional	7	0,757
P.A Câncer de mama	9	0,523
P.A Braço	5	0,836
FACT B+4 Total	40	0,691

Fonte: Da autora.

Nota: P.A Câncer de mama = Preocupações adicionais com o Câncer de mama;

P.A Braço = Preocupações adicionais com o Braço.

Na Tabela 6, para a avaliação da consistência interna do instrumento FACT B+4, para a amostra em estudo, o coeficiente de Alfa de Cronbach apresentou valor igual a 0,691. Esse resultado indica que o mesmo apresentou uma confiabilidade aceitável (FREITAS; RODRIGUES, 2005) e, para as subescalas, verificou-se boa consistência interna, uma vez que todas obtiveram valor acima de 0,7 (FREITAS; RODRIGUES, 2005; PASQUALI, 2010), com exceção da subescala preocupações adicionais com o câncer de mama (0,523) e bem-estar emocional (0,556).

Em pesquisa que objetivou a validação do FACT B+4 para o idioma português (Brasil), foi verificado para as subescalas valores de Alfa de Cronbach entre 0,68 e 0,83, com exceção dos domínios bem-estar emocional (0,38) e preocupações adicionais com o câncer de mama (0,54) (SILVA, 2008). Esses resultados demonstram-se semelhantes aos do presente estudo.

Diante desses achados, é importante refletir acerca dos domínios bem-estar emocional e preocupações adicionais com o câncer de mama, uma vez que apresentaram em ambos os estudos valores de Alfa de Cronbach menores que 0,6. Eleva-se a importância de investigações acerca de melhor adequação dos itens compreendidos em cada um desses

domínios, a fim de que cada um dos questionamentos possa apresentar uma boa consistência interna em diferentes amostras.

5.3 Avaliação da qualidade de vida

Nessa etapa, em um primeiro momento, são expostos dados referentes à análise da QV de todas as mulheres que compuseram a amostra total deste estudo (n=72). E, em um segundo momento, faz-se a apresentação dos dados de QV segundo o tipo de tratamento realizado pelas participantes do estudo: quimioterapia (n=25) e hormonioterapia (n=47). Esse procedimento permite uma melhor exposição dos dados, a fim de facilitar a descrição desse constructo para esses tipos de terapêuticas.

Na descrição da avaliação da QV para as mulheres em estudo, consideraram-se os valores das médias de escores proporcionalmente aos valores máximos possíveis para cada subescala e para o FACT B Total. É importante considerar que altos valores de escores representam uma alta QV. Assim, quanto mais próximo do escore máximo permitido para cada intervalo, melhor QV estará representada.

5.3.1 Avaliação da qualidade de vida para a amostra total

A Tabela 7 resume os dados referentes à QV de todas as entrevistadas, os quais são divididos segundo cada domínio incluído no FACT B+4 e para o FACT B Total.

Tabela 7 - Análise descritiva dos valores mínimos e máximos, média, desvio padrão, mediana, erro padrão e valores possíveis; para as subescalas do FACT B+4 e do FACT B Total nas mulheres do estudo. Alfenas/MG, 2012 (n=72).

(continua)

Subescala	Valor mínimo	Valor máximo	Média±desvio-padrão	Mediana	Erro padrão	Valores possíveis
Bem-estar físico	9,00	28,00	21,46±4,65	22,00	0,54	0-28
Bem-estar social/familiar	7,00	28,00	19,32±5,66	19,83	0,66	0-28
Bem-estar emocional	6,00	24,00	19,06±3,84	20,00	0,45	0-24

(conclusão)

Subescala	Valor mínimo	Valor máximo	Média±desvio-padrão	Mediana	Erro padrão	Valores possíveis
Bem-estar funcional	6,00	28,00	18,07±5,02	18,00	0,59	0-28
P.A Câncer de mama	9,00	34,00	23,26±5,90	23,50	0,69	0-36
P.A Braço	2,00	20,00	15,56±4,05	16,00	0,47	0-20
FACT B Total	53,00	139,00	101,15±19,55	102,41	2,30	0-144

Fonte: Da autora.

Nota= P.A Câncer de mama= preocupações adicionais com o câncer de mama; P.A Braço= preocupações adicionais com o braço.

Em análise das médias de escores obtidos nos domínios e para o FACT B Total, verificou-se que, em geral, as mulheres avaliaram de maneira positiva sua QV, uma vez que os valores obtidos não apresentaram diferenças discrepantes em relação aos valores máximos possíveis (TABELA 7). Esse resultado evidencia que, mesmo com um diagnóstico de neoplasia, no momento da entrevista as mulheres encontravam-se satisfeitas com sua QV, ainda que as mesmas convivessem com situações que possivelmente poderiam interagir de maneira a alterar o equilíbrio de seu bem-estar.

Ao analisar a QV para cada subescala, observa-se que, proporcionalmente aos valores máximos de escores permitidos, as melhores médias de escores foram encontradas nos domínios preocupações adicionais com o braço (15,56/20) e bem-estar emocional (19,06/24) e valores máximos foram alcançados em ambos os domínios. Um maior impacto na QV foi observado na subescala preocupações adicionais com o câncer de mama (23,26/36), a qual representou a menor média de escore encontrada, não alcançando o valor máximo de escore permitido (TABELA 7).

É válido destacar que não foram encontrados na literatura estudos que investigaram a QV de mulheres durante a realização da quimioterapia ou da hormonioterapia; com amostras simultâneas de pacientes que se encontravam em um ou outro desses tratamentos.

Estudo realizado com um grupo de mulheres com câncer de mama as quais receberam orientações acerca da doença e outro grupo controle, observou em ambos os grupos, altas médias de escores para o domínio familiar e baixas médias para os aspectos funcionais. Associações significativas foram verificadas entre a QV e os tipos de tratamentos; sendo que a quimioterapia influenciou em baixa QV relacionada aos aspectos socioeconômicos e, mulheres que receberam hormonioterapia reportaram baixa QV para as questões psicológica e espiritual (PÄIVI SALONEN et al., 2011). Outros autores evidenciaram resultados desfavoráveis de QV associados com dor e com limitações emocionais/físicas e maiores

médias de escores para os domínios: social e saúde mental; para mulheres que haviam concluído o tratamento adjuvante e estavam no primeiro/segundo ano posterior à cirurgia mamária (MANGANIELLO et al., 2011).

A Tabela 8 demonstra o percentual de respostas para cada inquietação incluída na subescala preocupações adicionais com o câncer de mama. Esse domínio é composto de nove questões, as quais buscam investigar acerca de aspectos referentes ao contexto do desenvolvimento da doença, assim como questões interligadas ao processo terapêutico.

Tabela 8 - Análise descritiva em porcentagem das respostas das entrevistadas para as questões contempladas na subescala Preocupações adicionais com o câncer de mama. Alfenas/MG, 2012 (n=72).

Questão	Nem um pouco (0)	Um pouco (1)	Mais ou menos (2)	Muito (3)	Muitíssimo (4)	Não respondeu
	%	%	%	%	%	%
B1- Sinto falta de ar	75,0	18,1	6,9	-	-	-
B2- Sinto-me insegura com a forma como me visto	50,0	19,4	20,8	5,6	4,2	-
B3- Tenho inchaço ou dor em um ou ambos os braços	40,3	26,4	18,1	13,9	1,4	-
B4- Sinto-me sexualmente atraente	33,3	23,6	23,6	12,5	6,9	-
B5- Sinto-me incomodada com a queda de cabelo	52,8	19,4	9,7	8,3	9,7	-
B6- Fico preocupada com a possibilidade de que outros membros da minha família um dia tenham a mesma doença que eu	15,3	22,2	12,5	18,1	31,9	-
B7- Fico preocupada com o efeito do “stress” (estresse) sobre a minha doença	40,3	26,4	13,9	13,9	5,6	-
B8- Sinto-me incomodada com a alteração de peso	25,0	26,4	19,4	13,9	13,9	1,4
B9- Consigo sentir-me mulher	4,2	20,8	23,6	34,7	16,7	-

Fonte: Da autora.

Para a subescala preocupações adicionais com o câncer de mama, somaram-se os valores percentuais das respostas referidas pelas mulheres que influenciaram negativamente na média de escore deste domínio. Ou seja, dentre os fatores com os quais as mulheres demonstraram-se maiores preocupações, citam-se: B6- possibilidade de algum membro da família vir a desenvolver a doença (31,9% muitíssimo preocupadas; 18,1% muito preocupadas; 2,5% mais ou menos preocupadas e 22,2% um pouco preocupadas); B8- incomodo pela alteração de peso (uma paciente recusou a responder sobre este aspecto e, entre as respondentes verificou que 14,1% referiram muitíssimo incomodadas; 14,1% muito; 19,7% mais ou menos e 26,8% um pouco); B3- presença de inchaço ou dor em um ou ambos os braços (1,4% referiram apresentar muitíssimo esta morbidade; 13,9% muito; 18,1% mais

ou menos e 26,4% um pouco); B7- o efeito do estresse sobre a doença (5,6% afirmaram muitíssimas preocupadas; 13,9% muito; 13,9% mais ou menos e 26,4% um pouco preocupadas) e B4- acerca da sensação de serem sexualmente atraentes (33,3% afirmaram sentir-se nem um pouco sexualmente atraentes, 23,6% um pouco e, ainda, 23,6% mais ou menos) (TABELA 8).

Ao refletir acerca dos fatores de risco para desenvolvimento do câncer, integram-se entre estes as questões ligadas à herança genética, a qual perpassa um histórico de neoplasia em algum indivíduo da árvore genealógica (DANTAS et al., 2009; INCA,1996b). Nesse sentido, a pessoa com câncer pode vir a ter anseios de que familiares consanguíneos sejam acometidos por essa enfermidade. E, diante do câncer de mama, possivelmente emerge a preocupação com filhos, principalmente com o sexo feminino. Nesse contexto, menciona-se que 87,5% das mulheres entrevistadas neste estudo, afirmaram ter filhos. Assim, sugere-se que isso possa estar interligado à preocupação das mesmas com seus familiares; o que eleva a característica de protetora que o “ser” mãe apresenta.

Em relação à etiologia do câncer, é importante ressaltar que, diante da evolução científica, sabe-se que apesar da predisposição genética, fatores interligados às condições de vida do indivíduo terão influência no aparecimento do câncer. O meio ambiente é responsável pela ocorrência de 80,0% a 90,0% de todos os casos de doença oncológica. Nesse contexto, os fatores ambientais são compreendidos como o meio em geral (ar, terra e água); o ambiente de consumo (remédios e alimentos); o ambiente ocupacional (a exemplo de indústrias) e o ambiente social e cultural (hábitos e estilos de vida) (INCA, 1996b)

No discurso em que se inserem os anseios das mulheres frente à possibilidade de algum familiar vir a desenvolver um câncer, torna-se relevante destacar que o papel da enfermagem deve ser direcionado à oferta de orientações de ações que estejam em consonância com a prevenção da doença, principalmente para as filhas. Ações como exame clínico anual ou uma mamografia de rastreamento podem ser orientadas para se ter um ponto zero de acompanhamento.

Na prática clínica, o tratamento adjuvante do câncer pode desencadear alterações significativas no organismo do paciente. Nesse âmbito, de forma específica, em estudo de revisão referente à influência da quimioterapia no peso de mulheres com câncer de mama, confirma-se a relação desta com a ocorrência de modificações no estado nutricional das mesmas, sendo isso evidenciado pela possibilidade de ganho ou de perda de peso, com maior frequência deste primeiro. Ao discutir os distúrbios nutricionais em pacientes com câncer, torna-se relevante mencionar que os mesmos podem relacionar-se a um pior prognóstico da

doença. A perda de peso predispõe à diminuição da resistência imunológica do organismo, à fraqueza muscular, à apatia e até mesmo à redução do tempo de sobrevivência. E, por outro lado, o ganho ponderal de peso pode associar-se com o desenvolvimento de comorbidades (diabetes, hipertensão e outras) (SILVA et al., 2010b).

Associada às alterações de peso, evidencia-se a possibilidade de estas atuarem como um fator deflagrador do desequilíbrio da autoimagem, uma vez que a ideia do corpo perfeito se contextualiza entre as mulheres.

Ao refletir a contextualização que ambos os tratamentos abordados neste estudo impõe à mulher, seja no âmbito dos aspectos da funcionalidade do organismo, seja da própria estética valorizada por cada mulher, sugere-se que esses fatores podem ter permeado os pensamentos das entrevistadas acerca de sua alteração de peso.

A presença de inchaço ou de dor em um ou em ambos os braços relatada pelas entrevistadas, pode vir a refletir nas percepções das mesmas acerca das limitações impostas por esse conflito. Diante da situação, o sentimento de fragilidade pode ser demonstrado por algumas mulheres e, por conseguinte, provocar um desequilíbrio em todos os aspectos que envolvem a integridade do ser, dando ênfase às questões interligadas ao seu papel funcional desempenhado no lar e na sociedade. Nesse contexto, estudo expõe que as limitações no braço e as modificações de rotina das mulheres com essa neoplasia se interligam a um decréscimo da sensação de autonomia (SILVA; SANTOS, 2010).

Estudo etnográfico realizado com mulheres com câncer de mama e com seus familiares, acerca das metáforas e significados dessa doença, observou que os sujeitos da pesquisa consideram que a gênese da doença está relacionada às alterações negativas e mútuas de aspectos psíquico, espiritual, social e biológico. Ainda para a etiologia, emergiram justificativas referenciadas no castigo pelo pecado, na sobrecarga emocional e laboral, na relação desarmoniosa com a sociedade, em sentimentos de ansiedade, de agressividade e de melancolias (TAVARES; TRAD, 2005). Ao refletir sobre esses achados, sugere-se que as mulheres do presente estudo podem ter considerado que o estresse tem efeito similar na doença instalada, o que as levou a desencadear preocupações referentes a esse contexto. No entanto, é válido mencionar que a influência de efeitos de situações estressantes para o desencadeamento de uma neoplasia ainda permanece controversa.

A sensação de mulheres com câncer de mama de não serem sexualmente atraentes pode estar envolvida por diferentes fatores que circundam os tratamentos aos quais as mesmas são submetidas. Nesse sentido, evidencia-se a ocorrência de consequências que podem atuar de maneira deletéria nos aspectos relacionados à percepção da mulher acerca de sua própria

sexualidade, a exemplo das alterações de imagem frente à mutilação da cirurgia, da alopecia, da alteração do peso corporal e da secura vaginal.

Este tipo de câncer ocasiona prejuízos referentes ao autoconceito da mulher e da condição de aceitação da sua sexualidade no contexto do relacionamento sexual, uma vez que essa doença implica um elevado dano na autoimagem corporal (TALHAFERRO; LEMOS; OLIVEIRA, 2007). Almeida, Guerra e Figueiras (2012), ao avaliarem estudos que apresentavam uma abordagem da imagem corporal nessa neoplasia, concluíram que a problematização acerca das alterações desse aspecto implica no contexto da vida sexual e conjugal da paciente, uma vez que influencia na feminilidade e na autoestima e, ainda, pode desencadear prejuízo para sua QV.

A alteração da imagem corporal é um fator marcante no contexto dos tratamentos cirúrgicos que perfazem o câncer de mama. A extirpação do órgão que simboliza o erotismo é um dos primeiros impactos advindos do “estar com câncer de mama” e, por conseguinte, pode relacionar-se a mudanças no cotidiano das pacientes. Na prática clínica, diante desse tratamento, observa-se nos comportamentos de algumas mulheres uma posição de proteção do corpo e de receio de serem identificadas como mulheres mutiladas, o que permite compreender a possibilidade de esses fatores acometerem a sensibilidade da mulher frente ao seu ser sexualmente atraente. Essa reflexão se confirma em estudo de revisão acerca da QV de mulheres com essa doença, o qual evidenciou a atuação negativa da mastectomia na autoimagem, o que reflete em uma diminuição da atividade sexual e da sensação de serem sexualmente atraentes (CONDE et al., 2006).

Interligado à autoimagem, surgem questões inerentes à alopecia decorrente da toxicidade do tratamento adjuvante. Esse evento adverso está envolto em conflitos relacionados ao posicionamento da mulher frente aos seus papéis sociais, uma vez que, ao vivenciar a perda do cabelo, emerge a denúncia do “ser doente” e pode desestruturar os significados da beleza feminina que a mulher considera diante de uma sociedade. Essa reflexão está em consonância com os achados do estudo qualitativo, o qual buscou explorar as experiências da alteração de imagem consequentes da quimioterapia, para mulheres com câncer de mama (HARCOURT; FRITH, 2008). Esses autores observaram que, para as entrevistadas, algumas características delineiam uma visão de estereótipo de um indivíduo com câncer: alopecia, perda de peso, olhar pálido e cansado, o que permitiu às entrevistadas acreditarem que seriam imediatamente identificadas como uma pessoa acometida por uma neoplasia e que não mais teriam um diagnóstico privado. Ainda, perante as modificações físicas, algumas mulheres reportaram um decréscimo do sentimento de serem sexualmente

atrativas e, adicionalmente a essa consequência, apresentaram um impacto no relacionamento com seus companheiros.

Diante das percepções de casais frente o câncer de mama, a queda do cabelo pode intensificar a fragilidade e a sensação de perda de identidade feminina, que as mulheres mastectomizadas podem vir a apresentar. Nesse sentido, a perda do cabelo pode significar um decréscimo completo dos aspectos de feminilidade e, por conseguinte, alterar o caráter de vaidade das mulheres, uma vez que as mesmas passam a diminuir seu ego visual frente às outras pessoas (FERREIRA et al., 2011).

Para o questionamento “sinto-me incomodada com a queda do cabelo”, contemplado no domínio preocupações adicionais com o câncer de mama, ainda que não tenha estado entre as questões supracitadas, as quais influenciaram mais negativamente para que o referido domínio representasse o menor escore de QV, observou-se que 47,1% das entrevistadas relataram algum grau de incômodo nesse questionamento.

No entanto, o discurso sobre sexualidade da mulher com câncer de mama apresenta-se controverso, visto que a sexualidade está ligada a construções feitas em períodos anteriores ao surgimento da doença. Uma sexualidade bem elaborada pela mulher e um suporte familiar no momento anterior ao diagnóstico permitem que a mesma enfrente o período do tratamento com menor intensidade de conflitos acerca da autoimagem, uma vez que compreenderá essa fase como transitória. Um bom relacionamento com o companheiro influencia na capacidade do casal de experimentar essa etapa com a realização da prática sexual de diferentes maneiras, as quais estejam adequadas ao tratamento (GRADIM; ALMEIDA, 2006).

De maneira geral, observou-se que a QV das entrevistadas demonstrou-se com bons resultados. No entanto, alguns aspectos associados às preocupações com o desenvolvimento do câncer em seus familiares, a atuação do estresse sobre a doença, a presença de morbidade nos membros superiores e o autoconceito referentes às suas percepções acerca da sensação de serem atraentes e das mudanças do peso, devem ser abordadas pela equipe multiprofissional, a qual deve se orientar por meio da oferta de atividades assistenciais que busquem alcançar um melhor equilíbrio do bem-estar das pacientes.

5.3.1.1 Análise da associação entre qualidade de vida e variáveis sociodemográficas, clínicas e terapêuticas

A Tabela 9 resume os dados referentes à QV das entrevistadas, segundo características relacionadas à presença ou ausência de filhos, estado civil, tipo de tratamento no qual se encontrava em momento de entrevista, lateralidade da doença, invasão linfática axilar, vida sexual ativa e linfedema.

Tabela 9 - Valores de médias e/ou ranks médios de escores das subescalas do FACT B+4 e do FACT B Total e os valores de p para a associação entre qualidade de vida e as variáveis presença de filhos, estado civil, tipo de tratamento, lateralidade da mama, comprometimento linfático axilar, vida sexual ativa e linfedema. Alfenas/MG, 2012 (n=72).

Variável	PWB	SWB	EWB	FWB	BCS	ARM	FACT B Total
Tem filhos							
Não	33,50	38,94	30,44	17,67	23,67	33,83	99,70
Sim	36,93	36,15	37,37	18,13	23,20	36,88	101,36
Valor de p	0,645 ^b	0,708 ^b	0,351 ^b	0,799 ^a	0,826 ^a	0,681 ^b	0,813 ^a
Estado civil							
Sem companheiro	34,69	17,46	33,35	16,63	23,21	37,98	97,12
Com companheiro	37,41	20,25	38,07	18,79	23,28	35,76	103,17
Valor de p	0,602 ^b	0,048 ^{a*}	0,364 ^b	0,085 ^a	0,961 ^b	0,670 ^b	0,218 ^a
Tipo de tratamento							
QT	33,68	20,00	34,16	16,92	22,68	41,58	99,44
HT	38,00	18,96	37,74	18,68	23,56	33,80	102,07
Valor de p	0,403 ^b	0,461 ^a	0,487 ^b	0,159 ^a	0,549 ^a	0,131 ^b	0,590 ^a
Lateralidade							
Direita	38,20	34,60	36,03	17,28	23,03	36,51	99,95
Esquerda	34,32	38,88	37,09	19,06	23,55	36,48	102,66
Valor de p	0,439 ^b	0,388 ^b	0,829 ^b	0,135 ^a	0,712 ^a	0,995 ^b	0,564 ^a
Comprometimento linfático axilar							
Sim	34,10	18,99	31,67	16,83	24,08	30,88	100,48
Não	35,48	19,17	36,78	18,51	22,72	37,20	101,04
Valor de p	0,786 ^b	0,898 ^a	0,311 ^b	0,186 ^a	0,360 ^a	0,210 ^b	0,908 ^a
Vida sexual ativa							
Sim	40,15	43,76	39,79	19,53	23,81	38,38	106,22
Não	31,94	27,42	32,39	16,25	22,56	34,16	94,82
Valor de p	0,097 ^b	0,001 ^{b*}	0,134 ^b	0,005 ^{a*}	0,375 ^a	0,393 ^b	0,013 ^{a*}
Linfedema							
Sim	31,69	27,12	24,52	16,38	21,76	21,31	92,31
Não	37,81	39,73	40,82	18,84	23,77	42,17	104,61
Valor de p	0,253 ^b	0,019 ^{b*}	0,002 ^{b*}	0,061 ^a	0,193 ^a	0,000 ^{b*}	0,015 ^{a*}

Fonte: Da autora.

Nota: QT=quimioterapia; HT=hormonioterapia; PWB=bem-estar físico; SWB=bem-estar social/familiar; EWB=bem-estar emocional; FWB=bem-estar funcional; BCS=preocupações adicionais com o câncer de mama; ARM=preocupações adicionais com o braço. ^a =teste t-Student; ^b = teste de Mann-Whitney; *=diferença estatisticamente significativa para P≤0,05.

Para a associação entre as variáveis presença de filhos, tipo de tratamento, lateralidade da mama afetada e comprometimento linfático axilar, se encontraram valores de $P > 0,05$ para todas as subescalas e para o FACT B Total, o que evidencia a ausência de associações significativas (TABELA 9).

Na Tabela 9, para avaliação da QV em relação ao estado civil, houve diferença estatisticamente significativa para o domínio bem-estar social/familiar, sendo observado que mulheres que relataram ausência de companheiro apresentaram médias de escores menores.

Huguet et al. (2009), em estudo observacional analítico e transversal desenvolvido com 110 mulheres com neoplasia mamária do Ambulatório de Oncologia Mamária do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), buscou avaliar a QV das mesmas. Foram incluídas no estudo pacientes sobreviventes da doença e com término do tratamento há pelo menos um ano e excluídas pacientes com histórico anterior de outro tipo de câncer e que apresentaram recidiva da doença. Dessa forma, ainda que este estudo tenha sido realizado com mulheres que não se encontravam em tratamento de quimioterapia ou em hormonioterapia, foi constatado pelo uso WHOQOL-bref que as entrevistadas que se caracterizaram com relacionamentos estáveis, apresentaram melhores médias de escores para o domínio psíquico e o de relações sociais, em comparação às mulheres sem relacionamento.

É relevante reforçar o discurso feito na análise descritiva da variável estado civil, no qual foi mencionado o papel desempenhado pelo companheiro com um importante personagem para o auxílio das mulheres para o enfrentamento da doença (FIGUEIRA et al., 2011; GASPARELO et al., 2010). Nesse sentido, sugere-se para este estudo que essa contextualização pode vir a ser uma questão a ser considerada como fator deflagrador da diferença estatística observada entre mulheres com e sem companheiros, em relação ao domínio bem-estar social/familiar. Dessa forma, supõe-se que a figura do companheiro, para as entrevistadas, esteja atuando de maneira favorável para que essas mulheres estejam satisfeitas com os aspectos sociais/familiares.

Na avaliação da QV em relação à vida sexual, para todos os domínios e para o FACT B Total, verificaram-se menores médias de escores para as pacientes que negaram ter vida sexual ativa. No entanto, diferenças estatísticas foram constatadas apenas para o bem-estar social/familiar ($p=0,001$), bem-estar funcional ($p=0,005$) e para o FACT B Total ($p=0,013$) (TABELA 9).

Em outro estudo que investigou a QV relacionada ao uso do Tamoxifeno em mulheres com câncer de mama, observou-se não haver correlação entre a variável perda de interesse

sexual e este constructo, no entanto, uma baixa correlação foi identificada para o aspecto da prática sexual (BOEHM et al., 2009).

No domínio bem-estar social/familiar, destaca-se que, em relação à questão “estou satisfeita com minha vida sexual”, 41,7% das pacientes preferiram não relatarem o seu grau de satisfação. Entre as respondentes, 40,5% demonstraram algum grau de insatisfação, sendo que 9,5% afirmaram nem um pouco satisfeitas; 16,7% e 14,3% afirmaram pouco satisfeitas e mais ou menos satisfeitas; respectivamente. Diante desses resultados, emerge uma inquietação direcionada aos motivos os quais poderiam se interligar a opção das mulheres em se recusarem a responder o questionamento supracitado. Nesse sentido, elucida-se uma possível presença do receio, da vergonha de se falar da vida sexual. Sugere-se que isso pode ser consequência dos tabus que ainda prevalecem na sociedade. Para esse contexto, insere-se a possibilidade de as mulheres serem envolvidas por impactos decorrentes do diagnóstico e tratamento do câncer de mama, os quais as levam a expressarem sentimentos que as impossibilitam assumir algumas limitações nos aspectos sexuais.

É válido fazer uma retrospectiva acerca da frequência de mulheres da amostra total as quais negaram vida sexual ativa, o que correspondeu a um valor percentual de 44,4%. Nesse âmbito, é relevante desenvolver um pensamento reflexivo sobre os motivos os quais podem estar relacionados a esse achado, tais como a ausência de companheiro ou a presença de eventos adversos do tratamento de quimioterapia ou hormonioterapia. Diante dessas inquietações, surge a necessidade de estudos futuros que objetivem descrever os diferentes aspectos que podem se relacionar à ausência de vida sexual ativa.

No decorrer do ciclo sexual, a sexualidade humana está envolvida por aspectos biopsicossociais que se caracterizam de maneira singular a cada indivíduo e estão relacionados à QV (SANTOS; TAVARES; REIS, 2012). Nesse contexto, para a mulher, inserem-se as modificações no corpo feminino em decorrência do próprio processo de envelhecimento, os quais podem se relacionar a um decréscimo da vida sexual do casal. É válido reafirmar que, no presente estudo, uma maior frequência das mulheres (amostra total) tinha entre 50 e 59 anos, faixa etária de constantes alterações hormonais que perpassam a função sexual, devido ao climatério. No entanto, ao discutir a vida sexual das mulheres que se apresentam nessa faixa etária, é importante considerar não apenas as alterações decorrentes da idade e do tratamento, mas também a história sexual da vida conjugal.

No discurso que abrange as consequências do câncer de mama e seus tratamentos, torna-se importante elucidar a presença de intercorrências que podem vir a comprometer um ou mais aspectos da dimensão sexual. Talhaferro, Lemos e Oliveira (2007) relataram que o

caráter invasivo da cirurgia e a ocorrência de eventos adversos do tratamento do câncer de mama, tais como a dor, a fadiga, o estresse emocional e a baixa autoestima que podem acarretar prejuízos para a dimensão emocional e física da sexualidade e, por conseguinte, repercutir negativamente na identidade feminina. Nesse contexto, achados semelhantes foram evidenciados em estudo de revisão, em que se concluiu que os desconfortos físicos e as dificuldades no retorno das práticas sexuais decorrentes da cirurgia mamária se interligam aos impactos da vida sexual das pacientes. Ainda, é relevante mencionar que quanto maior o tempo de cirurgia, melhor resultado referente à sexualidade será importado pela mulher (CESNIK; SANTOS, 2012). No entanto, diante desses impasses, ainda que as mulheres apresentem um histórico satisfatório acerca de sua vida sexual, emerge a possibilidade de alteração do funcionamento sexual do casal (TALHAFERRO; LEMOS; OLIVEIRA, 2007).

No contexto da terapia endócrina e da quimioterapia, Kyrchaman e Kartz (2012) mencionam modificações nos aspectos da função sexual da mulher, as quais citam alterações da autoestima e da eficácia sexual; diminuição da libido, decorrente do surgimento de dispaurenia e das questões interligadas à imagem corporal (com ou sem reconstrução) e atrofia vulvovaginal resultante da terapia endócrina ou da quimioterapia. Ainda, a hormonioterapia simula a ocorrência do climatério e, por conseguinte, pode promover um decréscimo no desejo sexual, uma vez que há uma diminuição da produção hormonal (ALEGRANCE; SOUZA; MAZZEI, 2010).

Em investigação da função sexual de mulheres com câncer de mama e outras com ausência desse diagnóstico, observou-se, para as primeiras, uma satisfação com o relacionamento conjugal para os momentos antes e posterior à descoberta da doença. No entanto, no que condiz à função sexual, um impacto foi reportado antes e após a hormonioterapia. Ainda, um pior desempenho da função sexual foi reportado por mulheres que se submeteram à quimioterapia ou à radioterapia, em comparação às entrevistadas em hormonioterapia (ABASHER, 2009).

Outra avaliação da função sexual de mulheres com câncer de mama observou que, após completar a terapia adjuvante, houve uma diminuição dos escores referentes às questões de desejo sexual e de lubrificação e uma baixa função sexual em 84,0% das entrevistadas. Compreendeu-se como preditores de distúrbios sexuais os fatores como mulheres jovens, realização da terapia endócrina e uma baixa função sexual no diagnóstico da doença (HARIRCHI et al., 2012).

Gradim (2005) buscou avaliar o exercício da prática sexual, após a mulher ser acometida pelo câncer de mama, por meio de entrevistas com nove casais. Para os casais que

apresentaram algum comprometimento da prática sexual, o intervalo de tempo para a recuperação das mulheres foi considerado como o motivo para essa situação e, ainda, posicionou a quimioterapia como o período mais difícil e o de alterações no âmbito sexual. Entre os eventos adversos mencionados pelo grupo avaliado, o ressecamento vaginal e a interrupção menstrual foram os mais relatados como fatores de interferências das relações sexuais. Para o ressecamento vaginal, observou-se que mulheres que não o apresentaram durante a quimioterapia demonstraram a mesma situação ao iniciarem o tratamento por Tamoxifeno. De maneira complementar, outros eventos adversos da quimioterapia são relatados por casais como um motivo para a espera para o retorno às atividades e para a vida sexual; assim, citam náuseas, vômito, fadiga, febre (GRADIM, 2005).

No estudo de Gradim (2005), ainda que as mulheres tenham apresentado alterações em sua sexualidade, o ato da prática sexual não foi modificado. E, para os companheiros, a sexualidade dos mesmos demonstrou-se inalterada, contudo houve uma necessidade de esperar pela recuperação da mulher diante dos tratamentos e até as mesmas se demonstrarem dispostas para o ato sexual.

No âmbito do exercício do ato sexual em mulheres com câncer de mama, inserem-se as questões inter-relacionadas ao tratamento. Nesse sentido, é importante o estabelecimento de intervenções para a prevenção ou para a minimização de eventos adversos, os quais podem vir a interferir na qualidade do relacionamento conjugal. Destaca-se a necessidade de orientações para o casal, a fim de se favorecer uma compreensão dos conflitos que a mulher passa a experimentar.

Entre as intercorrências que perpassam os tratamentos do câncer de mama, é relevante compreender a possibilidade de a paciente vir a desenvolver a morbidade no membro homolateral à cirurgia. Nesse sentido, menciona-se que o desenvolvimento de linfedema perpassa por situações conflituosas, as quais Yélamos et al. (2007a) citam rigidez, dor, dificuldade de mobilização do membro afetado; as quais terão uma significativa repercussão na vida das mulheres. Diante dessa problematização, surgem inquietações acerca da interferência dessa morbidade em todos os aspectos do bem-estar.

Nesse contexto, ao investigar a relação do desenvolvimento ou não do linfedema com a QV das mulheres do presente estudo, verificou-se que as entrevistadas com essa morbidade apresentaram menores médias ou ranks médios de escores em todos os domínios e para o FACT B Total. No entanto, diferenças estatisticamente significativas foram constatadas apenas para os seguintes domínios: bem-estar social/familiar ($p=0,019$); bem-estar emocional ($p=0,002$); preocupações adicionais com o braço ($p=0,000$) e, para o FACT B Total

($p=0,015$). Dessa forma, observa-se que a presença dessa morbidade esteve associada a um maior impacto na QV, ao que condiz com os aspectos abordados nesses domínios e para o FACT B Total (TABELA 9).

Na literatura, independentemente do tipo de instrumento de mensuração da QV em mulheres com câncer de mama, a atuação do linfedema como fator de impacto nesse constructo tem sido comprovada, com evidências de comprometimento nas diversas dimensões que o contemplam (BEULAC et al., 2002; KWAN et al., 2002; YÉLAMOS et al., 2007b; MAK et al., 2009).

Em relação aos aspectos referentes ao braço, estudo realizado com mulheres submetidas à cirurgia mamária, as quais foram divididas em dois grupos, segundo presença ou ausência do linfedema, constatou-se uma maior intensidade de sensibilidade álgica, de inchaço, de dor à movimentação, de menor mobilidade e de rigidez para mulheres com a referida morbidade (YÉLAMOS et al., 2007b). Nesse âmbito, Mak et al. (2009), por meio do questionário *Arm Symptom Distress Scale*, investigaram a magnitude de sintomas no braço de mulheres submetidas à dissecação axilar, sendo verificado que os sintomas no braço se associam a estresse, com maiores escores de alterações para mulheres com linfedema (20,0 vs.11,3; $P < 0,0001$).

É relevante compreender que o linfedema é envolvido por um aspecto de cronicidade e requer das pacientes uma vigilância contínua, a fim de se evitar a exacerbação de consequências advindas do mesmo. Nesse contexto, essa morbidade pode estar relacionada com uma alteração da imagem da mulher, com uma desativação das funções desempenhadas e, por conseguinte se associa a impactos psicológicos, sociais (MCWAYNE; HEINEY, 2005) e físicos (KWAN et al., 2002).

Para Panobianco et al. (2008), a percepção do linfedema pelas mulheres, como uma complicação de difícil involução, pode ser considerada como um indicativo da potencialização dos impactos do mesmo na autoimagem das mulheres. Santos e Vieira (2011), em revisão sistemática de literatura, mencionaram que a imagem corporal relaciona-se a aspectos fisiológicos, sociais e psicológicos, os quais podem atuar de maneira negativa no emocional e nas relações interpessoais. Diante dessa consideração, os autores compreendem que o linfedema desenvolvido em mulheres com câncer de mama, pode comprometer a estética, assim como, inibir a execução de tarefas que despendem maior força e movimentos repetitivos e, por conseguinte, gerar um sofrimento na mulher, ao se perceber na impossibilidade de realização de tarefas interligadas a um *status* social ou ao sustento financeiro.

Chachaj et al. (2010) objetivaram identificar os fatores associados a um baixo funcionamento físico e emocional em 211 mulheres com câncer de mama que desenvolveram o linfedema, sendo observado que a presença das seguintes alterações: sensibilidade dolorosa em mama operada; algia em membro superior (com maior intensidade em braço e ombro); presença desta morbidade na mão ou mama operada; dificuldade na movimentação do braço e a submissão ao tratamento quimioterápico, relacionaram com o comprometimento dessas dimensões.

Em discurso acerca do linfedema na mão, se inserem as implicações decorrentes do prejuízo na precisão dos movimentos dos dedos, o que pode alterar de forma significativa as funções desempenhadas que exigem destreza manual. Ainda, a mão por seu caráter aparente, está envolvida pela dificuldade em se esconder as alterações na mesma, o que elucida as consequências na imagem corporal (CHACHAJ et al., 2010).

A presença do linfedema é estigmatizada, uma vez que perpassa conflitos que impõem às pacientes mudanças de hábitos e impactos emocionais. Ao vivenciar o edema do braço, o qual segue acompanhado do aumento de peso, surgem preocupações em diferentes âmbitos. Nesse sentido, o receio de complicações com o braço afetado e as mudanças de rotina, desencadeiam sentimentos negativos, uma vez que a mulher passa a conviver com a necessidade de enfrentar um novo trauma (linfedema); contudo, após vivenciar o diagnóstico e o tratamento do câncer, evidencia-se uma motivação diminuída diante dessa morbidade (PANOBIANCO et al., 2008).

Na literatura, a presença do linfedema tem sido pontuada de maneiras diversas para os aspectos da vida sexual das mulheres. No estudo de Yélamos et al. (2007b), observou-se que 25,6% e 53,8% das mulheres relataram ter diminuído a satisfação com as relações sexuais e apresentaram sofrimento com a perda do desejo sexual, respectivamente. Contudo, ao comparar a função e satisfação sexual entre mulheres com e sem linfedema, outros pesquisadores verificaram achados contrários, uma vez que estas primeiras apresentaram melhores resultados para esses aspectos. É válido ressaltar que, para as mulheres com linfedema, predominaram as que se diziam viúvas e um menor percentual para as casadas (ALEGRANCE; SOUZA; MAZZI, 2010).

Diante dos resultados deste estudo e da literatura, o linfedema pode estar interligado aos impactos em diferentes dimensões da vida das mulheres e em diversos momentos pós-cirúrgicos. Nesse sentido, para esse período, torna-se relevante esclarecer para as pacientes que o linfedema pode vir a se desenvolver e que esse fato pode ser dependente do comportamento da mulher diante das limitações impostas pelo tratamento.

Nesse âmbito, o profissional de enfermagem que atua em todas as fases da doença, deve estabelecer práticas de orientações para a prevenção dessa morbidade, como por exemplo evitar ferir o braço homolateral à cirurgia. E, no que condiz à minimização de impactos quando à morbidade já está instalada, destacam-se atividades ligadas a exercícios e a drenagem linfática. É importante que a inserção de orientações ocorra de maneira conjunta a todos envolvidos nos papéis sociais desempenhados pela mulher, tais como familiares e amigos, uma vez que é necessário articular meios de interações sociais satisfatórias à mulher frente a essa consequência do procedimento cirúrgico.

A Tabela 10 descreve a associação entre a QV das mulheres entrevistadas e os ranks médios de escores, segundo o tempo de cirurgia.

Tabela 10 - Valores de ranks médios de escores das subescalas do FACT B+4 e do FACT B Total e os valores de p para a associação entre qualidade de vida e a variável tempo de cirurgia. Alfenas/MG, 2012 (n=72).

Variável	PWB	SWB	EWB	FWB	BCS	ARM	FACT B Total
Tempo de cirurgia							
≤ a 1 ano	34,91	39,65	35,02	33,28	33,83	40,78	35,33
> de 1 ano até 2 anos	41,67	30,50	36,96	32,67	41,50	29,46	36,88
> de 2 anos até 3 anos	31,94	38,83	38,28	43,97	36,56	29,92	37,44
> de 3 até 4 anos	34,36	24,64	35,21	32,50	36,50	41,29	32,71
> de 4anos	46,25	41,13	37,94	39,81	37,88	43,25	41,06
Valor de p	0,467 ^b	0,356 ^b	0,987 ^b	0,432 ^b	0,884 ^b	0,237 ^b	0,947 ^b

Fonte: Da autora

Nota: ≤ menor ou igual; > maior ;PWB=bem-estar físico; SWB=bem-estar social/familiar; EWB=bem-estar emocional; FWB=bem-estar funcional; BCS=preocupações adicionais com o câncer de mama; ARM=preocupações adicionais com o braço; ^b = teste de Kruskal-Wallis; *=diferença estatisticamente significante para P≤0,05.

Em relação ao tempo de cirurgia e à QV, observa-se na Tabela 10 que mulheres que apresentaram um tempo de pós-operatório maior de três anos até quatro anos, apresentaram menores ranks médios de escores para os domínios bem-estar social/familiar, bem-estar funcional e para o FACT B Total. Para as subescalas bem-estar físico, bem-estar emocional e preocupações adicionais com o braço, verifica-se que mulheres que tinham um tempo maior de dois anos até três anos de pós-operatório, maior de um ano até dois anos e, acima de um até dois anos de pós-operatório, respectivamente, apresentaram maior comprometimento. As mulheres que apresentaram um tempo de pós-operatório menor ou igual a um ano tiveram pior rank médio para o domínio preocupações adicionais com o câncer de mama. Contudo, é válido mencionar não haver diferença estatisticamente significativa para essa variável e o constructo em avaliação (P>0,05).

A Tabela 11 descreve a investigação da ocorrência de correlação entre a QV e a faixa etária apresentada pela mulher em momento de entrevista, assim como para o tipo de cirurgia à qual a mesma foi submetida.

Tabela 11 - Valores do Coeficiente de correlação (r) e valores de p para a correlação dos escores das subescalas do FACT B+4 e do FACT B Total, para faixa etária da paciente e tipo de cirurgia. Alfenas/MG, 2012 (n=72).

Variável	PWB	SWB	EWB	FWB	BCS	ARM	FACT B Total
Faixa etária							
r	-0,057	-0,198	-0,047	-0,108	0,190	-0,109	0,014
Valor de p	0,671	0,140	0,728	0,423	0,109	0,419	0,906
Tipo de cirurgia							
r	0,299	0,218	0,137	0,299	-0,002	0,217	0,191
Valor de p	0,053	0,066	0,252	0,011*	0,986	0,067	0,108

Fonte: Da autora.

Nota: PWB=bem-estar físico; SWB=bem-estar social/familiar; EWB=bem-estar emocional; FWB=bem-estar funcional; BCS=preocupações adicionais com o câncer de mama; ARM=preocupações adicionais com o braço. *=diferença estatisticamente significativa para $P \leq 0,05$. Aplicação do teste Spearman.

Em relação à faixa etária e à QV, não foi verificada correlação significativa entre esta variável e todos os domínios do FACTB +4, assim como, para o FACT B Total (TABELA 11).

Na temática que compreende o tratamento cirúrgico no câncer de mama, é relevante elucidar a contextualização do mesmo na QV das mulheres. Insere-se nesse discurso a necessidade da busca de uma investigação acerca dos possíveis impactos dessa terapêutica nos aspectos multidimensionais das pacientes, nos momentos de pós- incisões cirúrgicas.

Neste estudo, para todas as subescalas de QV e para o FACT B Total, verificou-se correlação positiva e significativa entre os tipos de cirurgia apenas para o domínio bem-estar funcional ($r=0,299$; $p=0,011$) (TABELA 11). Essa constatação infere que, para esse domínio, as pacientes que foram submetidas à cirurgia radical modificada e à linfadenectomia apresentaram um maior comprometimento.

No contexto dos aspectos funcionais das mulheres submetidas ao tratamento cirúrgico do câncer de mama, a literatura tem evidenciado resultados divergentes acerca das interferências dos tipos de procedimento na QV. Em comparação da QV de mulheres com câncer de mama, segundo o tipo de cirurgia mamária, Veiga et al. (2010), por meio do SF-36, constataram um maior comprometimento dos domínios função física e dor para as entrevistadas mastectomizadas. Outro estudo, no uso do FACT B, comprovou a atuação da técnica cirúrgica mamária radical para um maior impacto em escores relacionados às funções

físicas e funcionais e, ainda, para um maior comprometimento na imagem corporal, em comparação ao procedimento conservador (ARORA et al., 2001). Contudo, resultados não semelhantes foram encontrados por Chang et al. (2007) ao utilizarem o FACT B, não sendo observada diferença estatisticamente significativa para todos os domínios e para todos os tipos de cirurgia às quais as mulheres tinham sido submetidas (radical ou modificada).

Em relação à configuração dessa problemática, o estudo de Lahoz et al. (2010) investigou a funcionalidade do membro superior, as atividades de vida diária e a QV de mulheres que realizaram cirurgia mamária com dissecação axilar. No discurso das queixas principais, elevou-se a presença de dor no ombro; de diminuição da amplitude do movimento; de restrição em realização de exercícios físicos; de câimbras em membro homolateral à cirurgia e de alteração da saliência na região da mama. E resultados menos satisfatórios de QV para os domínios de limitação por aspectos físicos, seguido da vitalidade e dor, foram encontrados.

No estudo supracitado, de maneira mais detalhada, observou-se uma diminuição significativa dos movimentos de flexão, de rotação lateral e de abdução do ombro que corresponde ao lado operado. Para a investigação das atividades de vida diária desenvolvidas há três e seis meses anteriores à entrevista, evidenciou-se um decréscimo da realização de atividades domésticas (preparar comida, serviço pesado da casa, lavar roupas), de compras locais, de viajar de ônibus ou de dirigir; no entanto, manteve-se a execução de atividades de ler livros, revistas, jornais e atividades de hobbies (LAHOZ et al., 2010). Ao que condiz às atividades diárias, esses resultados se assemelham ao do estudo de Vendrusculo (2011), no qual as mulheres com câncer de mama demonstraram-se semidependentes para o desenvolvimento destas.

Nesses aspectos, compreende-se que o diagnóstico e o tratamento do câncer de mama se interligam com ocorrência de dificuldade das mulheres com a realização de atividades. A cirurgia, a quimioterapia e a radioterapia, assim como seus eventos adversos (fadiga, deteriorização da força muscular e da amplitude do movimento) desencadeiam a necessidade das mulheres por ajuda para a execução de tarefas que exigem maiores esforços. Dessa forma, a capacidade funcional diminuída proporciona um comprometimento da QV (VENDRUSCULO, 2011).

Diante das alterações abordadas, as quais inferem no âmbito do cotidiano e da vida social das mulheres, insere-se a necessidade de cuidados os quais as mulheres devem ter com o corpo e, especificamente com o membro homolateral à cirurgia, assim como com as

limitações impostas; uma vez que estas podem refletir em um tempo ocioso para as mulheres (GONÇALVES; ARRAIAS; FERNANDES, 2007).

5.3.2 Avaliação da qualidade de vida para mulheres em quimioterapia

São apresentados na Tabela 12 resultados da avaliação da QV de mulheres em quimioterapia.

Tabela 12 - Análise descritiva dos valores mínimos e máximos, média, desvio padrão, mediana, erro padrão e valores possíveis, para as subescalas do FACT B+4 e do FACT B Total, para mulheres em quimioterapia. Alfenas/MG, 2012 (n=25).

Subescala	Valor mínimo	Valor máximo	Média±desvio-padrão	Mediana	Erro padrão	Valores possíveis
Bem-estar físico	12,00	27,00	20,96±4,43	22,00	0,88	0-28
Bem-estar social/familiar	10,00	27,00	20,00±5,17	21,00	1,03	0-28
Bem-estar emocional	10,00	24,00	18,88±3,39	19,00	0,67	0-24
Bem-estar funcional	07,00	23,00	16,92±4,60	17,00	0,92	0-28
P.A Câncer de mama	14,00	32,00	22,68±4,96	23,00	0,99	0-36
P.A Braço	09,00	20,00	16,72±2,79	17,00	0,55	0-20
FACT B Total	68,66	132,00	99,44±15,69	99,00	3,13	0-144

Fonte: Da autora.

Nota: P.A Câncer de mama= preocupações adicionais com o câncer de mama; P.A Braço= preocupações adicionais com o braço.

Ao observar as médias de escores dos domínios do FACT B+4 para as mulheres em quimioterapia, observa-se que, de maneira geral, bons resultados foram evidenciados. Verifica-se que proporcionalmente as menores médias de escores encontradas foram obtidas nos domínios preocupações adicionais com o câncer de mama (22,68/36) e bem-estar funcional (16,92/28). Ainda, nota-se que, para esses domínios não houve alcance dos valores máximos de escores permitidos (TABELA 12).

As subescalas preocupações adicionais com o braço (16,72/20) e bem-estar emocional (18,88/24) apresentaram melhores médias de escores. Ainda, entre mulheres dessa terapêutica, valores máximos de escores foram alcançados para ambos os domínios (TABELA 12).

Em relação ao FACT B Total, verifica-se na Tabela 12, que nenhuma paciente alcançou o escore máximo e a média de escores demonstrou uma QV satisfatória para as mulheres desse tratamento (99,44/144).

Guimarães e Anjos (2012), no uso do EORTC QLQ-C30 para investigação da QV de 14 mulheres com neoplasia mamária durante a submissão das mesmas à quimioterapia, notaram que desde o início até a última sessão as mulheres demonstraram comprometimento nas funções física, emocional e cognitiva. No entanto, ainda que tenham sido levantados eventos adversos e alterações físicas consequentes da quimioterapia nesse mesmo estudo, o estado geral de saúde/QV demonstrou-se satisfatório, sendo encontradas médias de escores elevadas ao longo das etapas de mensuração desse constructo.

Bowall et al. (2008), ao avaliarem a QV de 75 pacientes com câncer de mama durante essa terapêutica, observaram uma diminuição na QV geral, assim como uma alteração negativa da imagem corporal, da ansiedade, dos domínios físico e funcional e na função social. No entanto, para o mesmo período de investigação, esses autores não encontraram mudanças significativas para as funções emocional, sexual, sintomas em mama e braço.

Na avaliação da QV de 35 mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico e/ou radioterápico (sendo que 88,6% estavam nesta primeira terapêutica), por meio do instrumento *European Organization for Research and Treatment of Cancer* (EORTC QLQ-C30), Nicolussi e Sawada (2011) verificaram médias pouco satisfatórias relacionadas ao estado de saúde geral e, ainda, a função emocional, a insônia, a dor e a fadiga foram os domínios que provocaram um maior impacto na QV. No entanto, esses autores encontraram médias de escores regulares ou satisfatórias para as funções físicas, cognitiva, social e de desempenho de papel (NICOLUSSI; SAWADA, 2011).

As evidências do decréscimo da QV, decorrentes da submissão de mulheres à quimioterapia, têm sido apresentadas de maneira controversa na literatura. Para o presente estudo, ainda que as mulheres tenham demonstrado, de maneira geral, satisfação para com esse constructo, é relevante a atuação do profissional de saúde em seguir estratégias que buscam a efetivação de ações direcionadas a um melhor nível de QV para as escalas que se apresentaram com maior impacto, frente às demais.

5.3.3 Avaliação da qualidade de vida para mulheres em hormonioterapia

A Tabela 13 descreve a QV das mulheres em hormonioterapia, após aplicação do FACT B+4.

Tabela 13 - Análise descritiva dos valores mínimos e máximos, média, desvio padrão, mediana, erro padrão e valores possíveis; para as subescalas do FACT B+4 e do FACT B Total, para mulheres em hormonioterapia. Alfenas/MG, 2012 (n=47).

Subescala	Valor mínimo	Valor máximo	Média±desvio-padrão	Mediana	Erro padrão	Valores possíveis
Bem-estar físico	09,00	28,00	21,72±4,79	23,00	0,70	0-28
Bem-estar social/familiar	07,00	28,00	18,96±5,93	19,83	0,86	0-28
Bem-estar emocional	06,00	24,00	19,15±4,09	21,00	0,59	0-24
Bem-estar funcional	06,00	28,00	18,68±5,18	18,00	0,75	0-28
P.A Câncer de mama	09,00	34,00	23,56±6,37	24,00	0,92	0-36
P.A Braço	02,00	20,00	14,94±4,49	15,00	0,65	0-20
FACT B Total	53,00	139,00	102,07±21,43	103,33	3,12	0-144

Fonte: Da autora.

Nota: P.A Câncer de mama= preocupações adicionais com o câncer de mama; P.A Braço= preocupações adicionais com o braço.

Para as mulheres da terapia endócrina, em uma avaliação geral, observa-se que proporcionalmente aos valores máximos de escores possíveis, as mesmas encontraram-se satisfeitas com sua QV. As subescalas bem-estar emocional (19,15/24) e preocupações adicionais com o braço (14,94/20) demonstraram médias de escores que evidenciaram melhor QV para os aspectos abordados nesses domínios, sendo alcançados entre essas pacientes, valores máximos de escores nessas subescalas (TABELA 13).

A subescala preocupações adicionais com o câncer de mama representou o domínio de maior impacto na QV das mulheres nessa terapêutica, uma vez que apresentou média de escore com uma maior diferença proporcional ao valor máximo (23,56/36) e não foi alcançado o escore máximo permitido (TABELA 13).

Ao avaliar a média de escore para o FACT B Total, verifica-se na Tabela 13, um resultado satisfatório da QV das mulheres em terapia endócrina (102,07/144), contudo não foi alcançado o valor máximo permitido para esse escore.

Estudo realizado com mulheres em acompanhamento durante os 24 primeiros meses da realização da hormonioterapia estabeleceu os seguintes momentos de avaliação da QV: *baseline* 3, 6, 12, 18 e 24 meses. Entre o período de *baseline* e o terceiro mês, foi verificada melhora da QV, assim como entre o terceiro mês e 24 meses. No que condiz à presença de sintomas endócrinos, observou-se um aumento destes até o terceiro mês, no entanto, após este período, houve uma melhora ou uma estabilização dos mesmos. De maneira geral, foi observado resultado satisfatório para a QV da maioria das mulheres (FALLOWFIELD et al., 2004).

Boehm et al. (2009) investigaram os eventos adversos decorrentes do uso do Tamoxifeno, assim como a influência destes na QV de 136 mulheres com câncer de mama, sendo observada a maior frequência dos sintomas de fogachos, de dores em articulações, de distúrbios do sono, de vertigens e de dores generalizadas. Ao utilizar o instrumento FACT B, verificou-se que os sintomas interferiram negativamente para o funcionamento físico, social e emocional das pacientes.

Em pesquisas referenciadas, pôde-se observar que a realização da hormonioterapia por mulheres com câncer de mama, pode ou não desestruturar a QV das mesmas. Em literatura brasileira, não foi identificada investigação deste constructo em mulheres, durante a terapia endócrina do câncer de mama. Nesse estudo, resultados demonstram que as pacientes referiram ter uma boa QV, no entanto com uma menor média de escore nos aspectos inseridos no domínio referente às preocupações adicionais com essa doença.

É importante mencionar a necessidade de desenvolvimento de outras investigações acerca da QV durante o período de realização desse tratamento, a fim de se fortalecerem as evidências científicas que podem proporcionar melhores orientações para o profissional de saúde e para a paciente. Nesse âmbito, sugere-se a realização de estudos intervencionistas os quais tenham como foco as principais alterações impostas à mulher nessa terapêutica, com vistas a permitir a elaboração de estratégias futuras que possam ser aplicadas no sentido de proporcionarem um melhor bem-estar das mesmas.

6 CONCLUSÕES

Ao vivenciar os diferentes contextos que compreendem o diagnóstico de câncer de mama e seus tratamentos, mulheres passam a conviver com a possibilidade de vir a apresentar efeito negativo destes em sua QV. Nesse sentido, a investigação desse constructo para essa população eleva-se como de suma importância.

No âmbito de toda a complexidade que envolve a quimioterapia e a hormonioterapia, emergem as carências fisiológicas, espirituais, emocionais, sociais e físicas delas decorrentes. No entanto, ainda que as mulheres de ambos os tratamentos experienciassem os conflitos inseridos nesses aspectos, ao investigar a QV segundo cada tipo de tratamento, observou-se que, em geral, as mulheres apresentaram resultados satisfatórios.

Na avaliação desse constructo para a amostra total deste estudo, resultados favoráveis em todos os domínios que compõem a escala FACT B+4 e para o FACT B Total foram encontrados. Entretanto, para o domínio preocupações adicionais com o câncer de mama, o qual correspondeu à menor média de escore encontrada, elucida-se que as mesmas apresentaram maiores preocupações referentes a algum familiar ser acometido pelo câncer, a mudanças no peso, à presença de inchaço ou dor em um ou ambos os braços, ao estresse sobre a doença e à sensação de não serem sexualmente atraentes.

De maneira complementar, ainda que as mulheres tenham apresentado resultados satisfatórios de QV, observaram-se associações estatisticamente significativas. Nesse sentido, mulheres que negaram vida sexual ativa apresentaram QV inferior às demais, nos domínios bem-estar social/familiar, bem-estar funcional e para o FACT B Total. A presença do linfedema inferiu em QV inferior para os domínios: bem-estar social/familiar, bem-estar emocional, preocupações adicionais com o braço e para o FACT B Total. E, pacientes submetidas à cirurgia radical modificada e à linfadenectomia apresentaram um maior comprometimento no domínio funcional em comparação às demais.

A avaliação da QV em mulheres com câncer de mama requer a compreensão de aspectos específicos interligados ao contexto da doença. Nesse sentido, implica-se no uso de instrumentos específicos, os quais devem ser inseridos cada vez mais em estudos que visam essa população, uma vez que se permitirá estabelecer comparações entre as pesquisas.

Diante deste estudo, é possível elencar como limitações, o caráter transversal da investigação, o que delimita a avaliação de dados em um único momento. Ainda, considera-se que o tamanho da amostra estudada restringe esses resultados apenas à população investigada.

Nesse âmbito, sugere-se a realização de estudos longitudinais, a fim de identificar a QV das mulheres com câncer de mama em diferentes momentos da realização da quimioterapia e da hormonioterapia. No que condiz às variáveis que se relacionaram de maneira negativa com a QV (ausência de vida sexual ativa, linfedema e cirurgia radical modificada e linfadenectomia), eleva-se a necessidade de investigações mais detalhadas, as quais buscam estudar para cada um desses fatores suas principais implicações desses nas dimensões QV das mulheres.

Diante dos resultados emanados, é importante que o profissional de saúde atue em conformidade com intervenções que visem à promoção contínua de resultados satisfatórios à QV de mulheres com câncer de mama, assim como à articulação de estratégias de prevenção e de minimização da influência das principais consequências de ambos os tratamentos abordados neste estudo. A atuação multidisciplinar vem a ser compreendida como essencial, uma vez que o alcance de um bem-estar favorável despende intervenções no contexto de todas as dimensões que envolvem o ser holístico.

REFERÊNCIAS

ABASHER, S. M. Sexual health issues in Sudanese women before and during hormonal treatment for breast cancer. **Psycho-Oncology**, v. 18, n. 8, p. 858-865, aug., 2009.

ABREU, I. S. **Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes submetidos em hemodiálise no município de Guarapuava-PR**. 2005. 97f. Dissertação (Mestrado Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

AGUIAR, C. C. T. et al. Instrumentos de avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde no diabetes melito. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.**, São Paulo, v. 52, n. 6, p. 931-939, ago., 2008a.

AGUIAR, A. D. F. et al. Perfil sociodemográfico e clínico das pacientes em tratamento do câncer mamário. **Rev. Inst. Ciênc. Saúde**, v. 26, n. 2, p. 191-195, 2008b.

ALEGRANCE, F. B.; SOUZA, C. B.; MAZZI, R. L. Qualidade de Vida e Estratégias de Enfrentamento em Mulheres com e sem Linfedema Pós-Câncer de Mama. **Rev. Bras. Cancerol.**, Rio de Janeiro, v. 56, n. 3, p. 341-351, 2010.

ALMEIDA, T. R.; GUERRA, M. R.; FILGUEIRAS, M. S. T. Repercussões do câncer de mama na imagem corporal da mulher: uma revisão sistemática. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, 2012.

ANJOS, A. C. Y.; ZAGO, M. M. F. A experiência da terapêutica quimioterápica oncológica na visão do paciente. **Rev. Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto v. 14, n. 1, p. 33-40, jan./fev., 2006.

ARAÚJO, I. M. A.; FERNANDES, A. F. C. O significado do diagnóstico do câncer de mama para a mulher. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 664-671, dez., 2008.

ASHRAF, M. et al. Tamoxifen use in indian women - adverse effects revisited. **Asian Pacific J. Cancer Prev.**, v. 10, p. 609-612, 2009.

ARORA, N. K. et al. Impact of surgery and chemotherapy on the quality of life of younger Women with Breast Carcinoma: A Prospective Study. **Cancer**, v. 92, n. 5, p. 1288-1298, sept., 2001.

AZEVEDO, R. F.; LOPES, R. L. M. Revisando as contribuições da reconstrução mamária para as mulheres após a mastectomia por câncer. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 298-303, abr./jun., 2010.

BEULAC, S. M. et al. Lymphedema and quality of life in survivors of early-stage breast cancer. **Arch. Surg.**, Chicago, v. 137, nov., 2002.

BEZERRA, K. V. **Estudo do cotidiano e qualidade de vida de pessoas com insuficiência renal crônica (IRC), em hemodiálise**. 2006. 93f. Dissertação (Mestrado Saúde na Comunidade) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

BOEHM, D. U. et al. Quality of life and adjuvant tamoxifen treatment in breast cancer patients. **European J. Canc. Care**, v. 18, p. 500–506, 2009.

BONOMI, A. E. et al. Validation of the United States' version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) instrument. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 53, n. 1, p. 1-12, jan., 2000.

BOWALL, M. et al. Health-related quality of life during adjuvant treatment for breast cancer among postmenopausal women. **European J. Onc. Nurs.**, v. 12, p.180–189, 2008.

BRADY, M. J. et al. Reliability and validity of the Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast Quality-of-Life Instrument. **J. Clin. Oncol.**, v. 15, n. 3, p. 974-986, mar., 1997.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996**. Diretrizes e normas regulamentadora de pesquisa envolvendo seres humanos. Bioética. Brasília, v. 4, n. 2, p. 15-25, 1996. Suplemento.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília, 2010.

BRITO, C. **Adesão e persistência à terapia endócrina para o câncer de mama, fatores preditores e resultados relacionados**. 2011. 149f. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.

BUZAID, A. C. et al. Câncer de mama inicial. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE ONCOLOGIA CLÍNICA. **Manual de Condutas**. [S. l: s. n.], 2011. Cap. 1, 33-58.

BYAR, K. L. et al. Impact of adjuvant breast cancer chemotherapy on fatigue, other symptoms, and quality of life. **Oncol. Nurs. Forum**, v. 33, n.1, p. 18-26, jan., 2006.

CAETANO, E. A.; GRADIM, C. V. C.; SANTOS, L. E. S. Câncer de mama: reações e enfrentamento ao receber o diagnóstico. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 257-261, abr./jun., 2009.

CAMPOS, M. O.; RODRIGUES NETO, J. F. Qualidade de vida: um instrumento para promoção de saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 32, n. 2, p.232-240, maio/ago., 2008.

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

CANTINELLI, F. S. et al. A oncopsiquiatria no câncer de mama: considerações a respeito de questões do feminino. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, São Paulo, v. 33, n. 3, p. 124-133, 2006.

CASSO, D.; BUIST, D. S. M.; TAPLIN. S. Quality of life of 5–10 year breast cancer survivors diagnosed between age 40 and 49. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 25, n. 2, p. 1-9, maio, 2004.

CASSOL, L. B.; GARICOCHEA, B. Uso de inibidores da aromatase no tratamento do câncer de mama e osteoporose. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 15, n. 4, p. 279-286, out./dez., 2005.

CASTRO, E. K. et al. Qualidade de vida, bem-estar psicológico e autoeficácia em mulheres jovens com câncer de mama. **Interamerican Journal of Psychology**, v. 45, n. 1, p. 97-106., 2011.

CESNIK, V. M.; SANTOS, M. A. Desconfortos físicos decorrentes dos tratamentos do câncer de mama influenciam a sexualidade da mulher mastectomizada? **Rev. Esc. Enferm. USP**. São Paulo, v. 46, n. 4, p. 1001-1008, ago., 2012.

CHANG, J. C. et al. Health-related quality of life and patient satisfaction after treatment for breast cancer in northern Taiwan. **Int. J. Radiation Oncology Biol. Phys.**, v. 69, n. 1, p. 49-53, 2007.

CHAVES, P. L. **Avaliação da qualidade de vida do paciente com câncer colorretal em quimioterapia**. 2010. 70f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

CHACHAJ, A. et al. Physical and psychological impairments of women with upper limb lymphedema following breast cancer treatment. **Psychooncology**, v. 19, p. 299–305, 2010.

CICONELLI, R. M. et al. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Rev. Bras. Reumatol.**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 143-150, maio/jun., 1999.

CINTRA, J. R. D. et al. sobrevida específica de pacientes com câncer de mama não-metastático submetidas à quimioterapia adjuvante. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 54, n. 4, p. 339-46, 2008.

CLAGNAN, W. S. et al. Idade como fator independente de prognóstico no câncer de mama. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 67-74, 2008.

CONDE, D. M. et al. Qualidade de vida de mulheres com câncer de mama. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 28, n.3, p. 195-204, 2006.

COSTA, M. S.; SILVA, M. J. Tendências da temática qualidade de vida na produção científica de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 57, n. 2, p. 208-211, mar./abr., 2004.

COSTER, S.; POOLER, K.; FALLOFIELD, L. J. The validation of a quality of life scale to assess the impact of arm morbidity in breast cancer patients post-operatively. **Breast Cancer Research and Treatment**, v. 68, p. 273–282, 2001.

DANTAS, E. L. F. Genética do câncer hereditário. **Rev. Bras. Cancerol.**, Rio de Janeiro, v. 55, n. 3, p. 263-269, 2009.

DAVIES, C. et al. Relevance of breast cancer hormone receptors and other factors to the efficacy of adjuvant tamoxifen: patient-level meta-analysis of randomised trials. **Lancet**, v. 378, n. 9793, p. 771-784, aug., 2011.

DURÁN, D. H.; MITJANS, O. D.; VÁZQUEZ, M. R. A. Unanálisis de largo plazodel comportamiento de lacirugía conservadora delcáncer de mama. **Rev. cuba. obstet. ginecol.**, Habana, v.18, n.1, p. 117-133, mar., 2012.

ESTEBAN, E. et al. Tratamiento anti-hormonal adyuvante en mujeres post-menopáusicas con diagnóstico de carcinoma de mama. **Oncología (Barc.)**, Madrid, v. 29, n. 4, p. 158-167, abr., 2006.

FALLOWFIELD, L. et al. Quality of life of postmenopausal women in the Arimidex, Tamoxifen, alone or in combination (ATAC) adjuvant breast cancer trial. **J. Clin. Oncol.**, v. 22, n. 22, p. 4261-4271, 2004.

FERNANDES, W. C. **Qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres com câncer de colo uterino submetidas à radioterapia.** 2009. 120f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem na Saúde do Adulto) - Escola de Enfermagem, Universidade São Paulo, São Paulo, 2009.

FREITAS, A. L. P.; RODRIGUES, S. G. A avaliação da confiabilidade de questionários: uma análise utilizando o coeficiente de Cronbach. In: **XII SIMPEP** - Bauru, nov., 2005.

FERREIRA, C.B.; ALMEIDA, A.M. **Breast cancer and marriage.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

FERREIRA, D. B. et al. Nossa vida após o câncer de mama: percepções e repercussões sob o olhar do casal. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 64, n. 3, p. 536-544, maio/jun., 2011.

FERREIRA, B. P. I. S. et al. Morbidade entre a pós-biópsia de linfonodo sentinela e a dissecação axilar no câncer de mama. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 54, n. 6, p. 517-521, 2008.

FLECK, M. P. A. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 21, n. 1, p. 19-28, 1999.

FRITH, H.; HARCOURT, D.; FUSSELL, A. Anticipating an altered appearance: Women undergoing chemotherapy treatment for breast cancer. **Eur. J. Oncol. Nurs.**, v. 11, n. 5, p. 385-391, dec., 2007.

FUGITA, R. M. I; GUALDA, D. M. R. A causalidade do câncer de mama à luz do Modelo de Crenças em Saúde. **Rev. Esc.Enferm. USP**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 501-506, 2006.

GAINFORD, M. C. et al. A practical guide to the management of menopausal symptoms in breast cancer patients. **Support Care Cancer**, v.13, n. 8, p. 573-578, aug., 2005.

GALDEANO, L. E. **Validação do diagnóstico de enfermagem conhecimento deficiente em relação à doença arterial coronariana e à revascularização do miocárdio** 2007. 147f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

GASPARELO, C. et al. Percepções de mulheres sobre a repercussão da mastectomia radical em sua vida pessoal e conjugal. **Cienc. Cuid. Saúde**, v. 9, n. 3, p. 535-542, jul./set., 2010.

GARBIN, L. M. et al. Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes portadores de hemofilia. **Cienc. Cuid. Saúde**, Maringá, v. 6, n. 2, p. 197-205, abr./jun., 2007.

GONÇALVES, M.; GÍGLIO, J. S.; FERRAZ, M. P. T. A religiosidade como fator de proteção contra depressão em pacientes com neoplasia mamária. **Arq. bras. psiq., neur. e med. legal**, v. 99, n. 4, p. 16-20, out./nov./dez., 2005.

GONÇALVES, S. R. O. S.; ARRAIAS, F. M. A.; FERNANDES, A. F. C. As implicações da mastectomia em um grupo de mulheres mastectomizadas. **Rev. RENE.**, Fortaleza, v. 8, n. 2, p. 9-17, maio/ago., 2007.

GRADIM, C. V. C; ALMEIDA, A. M. Sexualidade de casais que vivenciaram o câncer de mama: Quebrando mitos. **Revista Bras. Sex. Hum.**, v. 17, n. 2, p. 201-207, 2006.

GRADIM, C. V. C. **Sexualidade de casais que vivenciaram o câncer de mama**. 2005. 182f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

GUIMARÃES, A. G. C.; ANJOS, A. C. Y. Caracterização sociodemográfica e Avaliação da Qualidade de Vida em Mulheres com Câncer de Mama em Tratamento Quimioterápico Adjuvante. **Rev. bras. Cancerol.**, v.58, n.4, p.581-592, 2012.

GUERRA, J. A. I. et al. Premisas para la elaboración de una herramienta pra valorar la calidad de vida em lãs personas mayores. **Gerokomos**, v. 21, n. 2, p. 56-61, 2010.

GUERRA, M. R. et al. Sobrevida de cinco anos e fatores prognósticos em coorte de pacientes com câncer de mama assistidas em Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2455- 2466, nov., 2009.

HADDAD, C. F. Radioterapia adjuvante no câncer de mama operável. **Femina**. v. 39, n.6, p. 295-302, jun., 2011.

HARCOURT, D.; FRITH, H. Women's experiences of an altered appearance during chemotherapy an indication of cancer status. **J. Health Psychol.**, n. 13, p. 597-606, 2008.

HARIRCHI, I. et al. Sexual function in breast cancer patients: a prospective study from Iran. **J. Exp. Clin. Cancer Res.**, v. 31, n. 1, 2012.

HEDAYATI, E. et al., Effects of adjuvant treatment on cognitive function in women with early breast cancer. **Eur. J. Oncol. Nurs.** v. 16, n. 3, p. 315-322, jul., 2012.

HENRIQUES, M. C. L. et al. Autocuidado: a prática de mulheres com câncer de mama submetidas a quimioterapia. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 638-43, out./dez., 2010.

HUANG, X. et al. Factors associated with cancer-related fatigue in breast cancer patients undergoing endocrine therapy in an urban setting: a cross-sectional study. **Cancer**, v. 23, n.10, p. 453, aug., 2010.

HUGUET, P. R. et al. Qualidade de vida e sexualidade de mulheres tratadas de câncer de mama. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 61-67, 2009.

ISHIKAWA, N. M.; DERCHAIN, S. F. M.; THULER, L. C. S. Fadiga em pacientes com câncer de mama em tratamento adjuvante. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 51, n. 4, p. 313-318, 2005.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Controle do câncer de mama – Documento consenso**, Rio de Janeiro, abr. 2004. Disponível: <<http://www.inca.gov.br/publicacoes/Consensointegra.pdf>>. Acesso em: 14 out. 2011.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Estimativas 2012: incidência do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2011. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/estimativa20122111.pdf>>. Acesso em: 14 de ago. 2012.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Quimioterapia. [S. l.: s. n.], 1996a. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=101>. Acesso em: 15 de abr. 2013.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Prevenção e fature de risco [S. l.: s. n.], 1996b. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=13>. Acesso em: 15 de abr. 2013.

KNOBF, M. T. The Influence of endocrine effects of adjuvant therapy on quality of life outcomes in younger breast cancer survivors. **The Oncologist**, v. 11, n. 2, p. 96-110, feb., 2006.

KRYCHAMAN, M. L.; KATZ, A. Breast cancer and sexuality: multi-modal treatment options. **J. Sex. Med.**, v, 9, p. 5-13, 2012.

KWAN, W. et al. Chronic arm morbidity after curative breast cancer treatment: prevalence and impact on quality of life. **J. Clin. Oncology**. v. 20, n. 20, p. 4242-4248, oct., 2002.

LAHOZ, M. A. et al. Capacidade funcional e qualidade de vida em mulheres pós-mastectomizadas. **Rev. Bras. Cancerol.**, Rio de Janeiro, v. 56, n. 4, p. 423-430, 2010.

LEAL, J. H. S.; CUBERO, D.; DEL GIGLIO, A. Hormonioterapia paliativa em câncer de mama: aspectos práticos e revisão da literatura. **Rev. Bras. Clin. Med.** v. 8, n. 4, p. 338-43, 2010.

LEITE, F. M. C. et al. Mulheres com diagnóstico de câncer de mama em tratamento com Tamoxifeno: perfil sociodemográfico e Clínico. **Rev. Bras. Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 1, p. 15-21, 2011.

LIMA, A. L. P. et al. Rastreamento oportunístico do câncer de mama entre mulheres jovens no Estado do Maranhão, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 7, p. 1433-1439, jul., 2011.

LIMA, M. J. B.; PORTELA, M. C. Elaboração e avaliação da confiabilidade de um instrumento para medição da qualidade de vida relacionada à saúde de idosos independentes. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 8, p. 1651-1662, ago., 2010.

LUINI, A. et al. Developmente of axillary sugery in breast cancer. **Ann. Oncol.**, Dordrecht, v. 16, n.2, p. 259-262, feb., 2005

MACHADO, S. M.; SAWADA, N. O. Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico adjuvante. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 750-757, out./dez., 2008.

MAIESKI, V. M.; SARQUIS, L. M. M. Mulheres com câncer de mama em quimioterapia e sua influência sobre o trabalho. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 12, n. 3, p. 346-352, jul./ set., 2007.

MAKLUF, A. S. D.; DIAS, R. C.; BARRA, A. A. Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer da mama. **Rev. Bras. de Cancerol.**, Rio de Janeiro, v. 52, n. 1, p. 49-58, 2006.

MAK, S. S. et al. Lymphedema and quality of life in Chinese women after treatment for breast cancer. **European J. Onc. Nurs.**, v. 13, p. 110–115, 2009.

MANGANIELLO, A. **Sexualidade e qualidade de vida da mulher submetida à mastectomia**. 2008. 105 p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

MANANIELLO, A. et al. Sexuality and quality of life of breast cancer patients post mastectomy. **Europ. J. Oncol. Nurs.**, v. 15, n.2 , p. 167-172, abr., 2011.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 2006.

MAR FAN, H. G. et al. Menopausal symptoms in women undergoing chemotherapy-induced and natural menopause: a prospective controlled study. **Annals of Oncology**, v. 21, n. 5, p. 983–987, jan., 2010.

MARTA, G. N. et al. Câncer de mama estágio inicial e radioterapia: atualização. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 57, n. 4, p. 468-74, 2011.

MARTINS, L. C. et al. Desempenho profissional ou doméstico das pacientes em quimioterapia para câncer de mama. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 55, n. 2, p. 158- 162, 2009.

MARTINS, L. M.; FRANÇA, A. P. D.; KIMURA, M. Qualidade de vida de pessoas com doença crônica. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 3, p. 5-18, dez., 1996.

MCWAYNE, J.; HEINEY, S. P. Psychologic and social sequelae of secondary lymphedema. **Cancer**, v.104, n. 3, p. 457- 466, aug., 2005.

MENKE, et al. **Rotinas em mastologia**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

MICHELONE, A. P. C.; SANTOS, V. L. C. G. Qualidade de vida de adultos com câncer colorretal come sem ostomia. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 2, p. 875-873, nov./dez., 2004.

MICHELIS, F. A. S.; LATORRE, M. R. D. O.; MACIEL, M. D. Validação e reprodutibilidade do questionário FACT-B+4 de qualidade de vida específico para câncer de mama e comparação dos questionários IBCSG, EORTC-BR23 e FACT-B+4. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 321-328, 2012.

MINAYO, M. C. S; HARTZ, Z. M. A; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

MONTAZERI, A. et al. Quality of life in patients with breast cancer before and after diagnosis: an eighteen months follow-up study. **Cancer**, v. 11, n. 8, p. 330, nov., 2008.

MONTAZERI, A. Health-related quality of life in breast cancer patients: a bibliographic review of the literature from 1974 to 2007. **Journal o Experimental & clinical câncer research**, v. 32, n. 27, p. 1-31, 2008.

MONTEIRO, R. et al. Qualidade de vida em foco. **Rev. Bras. Cir. Cardiovasc.**, São José do Rio Preto, v. 25, n. 4, p. 568-574, out./dez., 2010.

MOURA, F. M. J. S. P. et al. Os sentimentos de mulheres pós mastectomizadas. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 477-484, jul./set., 2010.

NICOLUSSI, A. C.; SAWADA, N. O. Qualidade de vida de pacientes com câncer de mama em terapia adjuvante. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), v. 32, n. 4, p. 759-766, dez., 2011.

OLYMPPIO, P. C. A. P.; AMORIM, M. H. C.; LIMA, E. F. A. Estresse e resposta imunológica em mulheres mastectomizadas durante o tratamento com Tamoxifeno. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 15-20, jan./mar., 2012.

OLIVEIRA, C. L. et al. Câncer e imagem corporal: perda da identidade feminina. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 11, n. especial, p. 53-60, dez., 2010.

OLIVEIRA, B. M.; MININEL, V. A.; FELLI, V. E. A. Qualidade de vida de graduandos de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 64, n. 1, p. 130-135, jan./fev., 2011.

PAGANI, T. C. S.; PAGANI JUNIOR, C. R. Instrumentos de avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde. **Ensaio e Ciência**, v. 1, n. 1, 2006.

PAIVA, D. M. F. et al. Fatores associados ao linfedema em pacientes com câncer de mama. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 75-80, 2011.

PAIVA, S. M. M. **Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico adjuvante**. 2006. 112f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

PÄIVI SALONEN, P. et al. Individual face-to-face support and quality of life in patients with breast cancer. **International Journal of Nursing Practice**. v, 17, p. 396-410, 2011.

PANOBIANCO, M. S. et al. Estudo da adesão às estratégias de prevenção e controle do linfedema em mastectomizadas. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 161-168, jan./mar., 2009.

PANOBIANCO, M. S. et al. Experiência de mulheres com linfedema pós-mastectomia: significado do sofrimento vivido. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 13, n. 4, dez., 2008.

PARK, J. E.; JANG, H. J.; SEIO, K. S. Quality of Life, Upper Extremity Function and the Effect of Lymphedema Treatment in Breast Cancer Related Lymphedema Patients. **Ann. Rehabil Med.**, v. 36, p. 240-247, 2012.

PASCHOAL, S. M. P. **Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião**. 2000. 263f. Dissertação (Mestrado em Medicina) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

PASQUALI, L. (Org). **Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

PELLEGRINI, I. et al. Women's perceptions and experience of adjuvant tamoxifen therapy account for their adherence: breast cancer patients' point of view. **Psycho- Oncology**, v. 19, n. 5, p. 472-479, 2010.

POLIT, D. F; BECK, C. T. **Fundamento de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7ed. São Paulo: Artmed, 2011.

PRADO, M. A. S. et al. A prática da atividade física em mulheres submetidas à cirurgia por câncer de mama: percepção de barreiras e benefícios. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, p. 494-502, maio./jun., 2004.

QUADROS, L. G. A; GEBRIM, L. H. A pesquisa do linfonodo sentinela para o câncer de mama na prática clínica do ginecologista brasileiro. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, p. 158-164, fev., 2007.

RABIN, E. G. et al. Quality of life predictors in breast cancer women. **European J. Onc. Nurs.**, v. 12, p. 53–57, 2008.

REIS, M. G.; COSTA, I. P. Qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes com lúpus eritematoso sistêmico no Centro-Oeste do Brasil. **Rev. Bras. Reumatol.**, São Paulo, v. 50, n. 4, p. 408-422, jul./ago., 2010.

SAFAEE, A. et al. Predictors of quality of life in breast cancer patients under chemotherapy. **Indian Journal of Cancer**. v, 45, n. 3, p. 107-111, 2008.

SALES, C. A. C. C. et al. Qualidade de vida de mulheres tratadas de câncer de mama: funcionamento social. **Rev. bras. cancerol.**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 3, p. 263-272, 2001.

SANTOS, D. B.; VIEIRA, E. M. Imagem corporal de mulheres com câncer de mama: uma revisão sistemática da literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, p. 2511-2522, 2011.

SANTOS, G. C.; GONÇALVES, L. L. C. Mulheres mastectomizadas com recidiva de câncer: o significado do novo ciclo de quimioterapia. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 239-244, abr./jun., 2006.

SANTOS, L. R.; TAVARES, G. B.; REIS, P. E D. Análise das respostas comportamentais ao câncer de mama utilizando o modelo adaptativo de Roy. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 459-465, jul./set., 2012.

SAWADA, N.O. et al. Avaliação da qualidade de vida de pacientes submetidos à quimioterapia. **Rev. Esc. de Enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 581-587, set., 2009.

SEHDEV, S. et al. Safety of adjuvant endocrine therapies in hormone receptor– positive early breast cancer. **Curr. Oncol.** v 16, supl. 2, p. 14-23, jul., 2009.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 580-588, mar./abr., 2004.

SHILLING, V.; JENKINS, V. Self-reported cognitive problems in women receiving adjuvant therapy for breast cancer. **Eur. J. Oncol. Nurs.**, v. 11, n.1, p. 6-15, feb., 2007.

SILVA, B. C. et al. Influência da quimioterapia no peso corporal de mulheres com câncer de mama. **Com. Ciências Saúde**, v. 21, n. 3, p. 245-252, 2010b.

SILVA, G.; SANTOS, M. A. Estressores pós-tratamento do câncer de mama: um enfoque qualitativo. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 4, p. 688-695, 2010.

SILVA, C. B.; ALBUQUERQUE, V.; LEITE, J. Qualidade de vida em pacientes portadores de neoplasia mamária submetidas a tratamentos quimioterápicos. **Rev. Bras. de Cancerol.**, Rio de Janeiro, v. 56, n. 2, p. 227-236, abr./jun., 2010.

SILVA, F. A. **Validação e reprodutibilidade de questionários de qualidade de vida específicos para câncer de mama**. 2008. 126f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Fundação Antônio Prudente, São Paulo, 2008.

SILVA, G.; SANTOS, M. “Será que não vi acabar nunca?”: perscrutando o universo do pós-tratamento do câncer de mama. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 3, p. 561-568, jul./set., 2008.

SILVA, S. H.; GODOY, J. M. P. Diagnóstico e prevalência de linfedema em mulheres pós-tratamento cirúrgico por câncer de mama. **Arq. Med.**, Porto, v. 23, n. 4, p. 141-143, ago., 2009.

SILVA, S. E. D. et al. Representações sociais de mulheres mastectomizadas e suas implicações para o autocuidado. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 63, n. 5, p. 727-734, set./out., 2010a.

SO, W. K. W. et al. Anxiety, depression and quality of life among Chinese breast cancer patients during adjuvant therapy. **European J. Onc. Nurs.**, v. 14, p.17-22, 2010.

SOUZA, R. A.; CARVALHO, A. M. Programa de Saúde da Família e qualidade de vida: um olhar da psicologia. **Estudos de Psicologia**, v. 8, n. 3, p. 515-523, 2003.

STUMM, E. M. F. et al. Estressores vivenciados por mulheres mastectomizadas integrantes de um grupo de apoio. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 15, n. 3, p. 492-9, jul./set., 2010.

TAVARES, J. S. C.; TRAD, L. A. B. Metáforas e significados do câncer de mama na perspectiva de cinco famílias afetadas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, abr., 2005.

TALHAFERRO, B.; LEMOS, S. S.; OLIVEIRA, E. Mastectomia e suas conseqüências na vida da mulher. **Arq. Ciênc. Saúde**, v. 14, n. 1, p. 17-22, jan./mar., 2007.

The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Soc. Sci. Med.* v. 26, p. 1569-85, 1998. In: SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 580-588, mar./abr., 2004.

UNTURA, L. P.; REZENDE, L. F. A função cognitiva em pacientes submetidos à quimioterapia: uma revisão integrativa. **Rev. bras. cancerol.**, Rio de Janeiro, v. 58, n. 2, p. 257-265, 2012.

VAN NES, J. G. H. et al. Quality of life in relation to tamoxifen or exemestane treatment in postmenopausal breast cancer patients: a Tamoxifen Exemestane Adjuvant Multinational (TEAM) Trial side study. **Breast Cancer Res Treat.**, v. 134, n.1, p. 267–276, jul., 2012.

VEIGA, D. F. et al. Mastectomia versus tratamento cirúrgico conservador: impacto na qualidade de vida de mulheres com câncer mamário. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infan.**, Recife, v.10, n. 1, p. 51-57, jan./mar., 2010.

VELLOSO, F. S. B.; BARRA, A. A.; DIAS, R. C. Functional performance of upper limb and quality of life after sentinel lymph node biopsy of breast cancer. **Rev. Bras. Fisioter.**, São Carlos, v. 15, n. 2, p. 146-53, mar./apr., 2011.

VENDRUSCULO, L. M. **Capacidade funcional e qualidade de vida de mulheres com câncer de mama, após o tratamento oncológico**. 2011. 104 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

VIEIRA, C. P.; LOPES, M. H. M.; SHIMO, A. K. K. Sentimentos e experiências na vida das mulheres com câncer de mama. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 311-316, jun., 2007.

YANG, C. et al. Effects of a homebased walking program on perceived symptom and mood status in postoperative breast cancer women receiving adjuvant chemotherapy. **Journal of Advanced Nursing**, v. 67, n. 1, p. 158–168, 2011.

YÉLAMOS, C. et al. Impacto del linfedema en la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama. **Psicooncología**, v. 4, n. 1, p. 153-163, 2007a.

_____. Calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama con linfedema y sin linfedema. **Psicooncología**, v. 4, n. 1, p. 153-163, 2007b.

WEBSTER, K.; CELLA, D.; YOST, K. The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy (FACIT) measurement system: properties, applications, and interpretation. **Health and Quality of Life Outcome**, v. 79, n. 1, p. 1-7, 2003.

WEFEL J. S. et al. The cognitive sequelae of standard-dose adjuvant chemotherapy in women with breast carcinoma. **Cancer**, v. 100, n. 1, p. 2292-2299, jun., 2004.

ZAPATA, C. S.; ROMERO, H. G. Calidad de vida y factores asociados em mujeres com cáncer de mama em Antioquia, Colombia. Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer da mama. **Rev. Bras. de Cancerol.**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 9-18, 2010.

APÊNDICE A – Autorização I da Instituição responsável pela UNACON

ANEXO C - Solicitação de autorização da UNACON à Santa Casa de Misericórdia de Alfenas "Nossa Senhora do Perpétuo Socorro"

Prezado (a) Sr (a),

Estou realizando uma pesquisa intitulada: "**Avaliação da qualidade de vida de mulheres com câncer de mama**". Meu nome é Laís de Andrade Martins Cordeiro, discente do Programa de Pós- Graduação *Strictu Sensu* em Enfermagem, nível Mestrado, da Universidade Federal de Alfenas - MG.

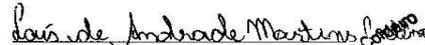
Venho por meio desta, solicitar autorização para realização da coleta de dados na Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) dessa Instituição.

Esta pesquisa tem como objetivo, realizar avaliação da qualidade de vida de mulheres com diagnóstico de neoplasia mamária em momentos distintos do tratamento: fase da quimioterapia e na hormonioterapia. É importante ressaltar que mediante autorização da realização da pesquisa na UNACON será realizado manipulação de prontuários das mulheres com câncer de mama e serão abordadas neste local, apenas mulheres que encontrarem em tratamento quimioterápico, segundo os critérios de inclusão e exclusão delineados no estudo.

Para a realização da pesquisa será necessário a realização de coleta de dados por meio de instrumentos pré- estabelecidos no projeto de pesquisa. Assim, será utilizado um instrumento para caracterização sócio-demográfica, clínica e terapêutica das pacientes e outro com questões acerca da qualidade de vida.

A participação da UNACON será voluntária e a mesma não receberá nenhuma gratificação por participar desde estudo e também não terá nenhum ônus. É importante ressaltar que na presença de qualquer dúvida, os responsáveis pelo estudo encontrarão na disponibilidade para esclarecimentos.

Contando com o seu apoio, agradecemos sua atenção e colaboração.


 Laís de Andrade Martins Cordeiro
 ENFERMEIRA
 COREN-MG - 214350


 Profª Dra. Clícia Valim Côrtes Gradim

Prof.ª Dra. Clícia Valim C. Gradim
 Enf.ª Obstetra e Sanitarista
 COREN-MG 17.261

Contato:

Autora: Laís de Andrade Martins Cordeiro, Av. São José, 2065, Centro; Alfenas-MG.

e-mail: laandrademc@yahoo.com.br

Tel: (33) 91180455

Orientadora: Profª Dra. Clícia Valim Côrtes Gradim

Ilmo Sr Aécio Lourenço de Assis

DD .Diretor Administrativo da

Casa de Misericórdia de Alfenas "Nossa Senhora do Perpétuo Socorro"

Alfenas-MG

autorizado

 Aécio Lourenço de Assis
 Casa de Misericórdia de Alfenas
 "N. S. do Perpétuo Socorro"
 Administrador
 24.10.11

APÊNDICE B – Autorização II da Instituição responsável pela UNACON



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
 Universidade Federal de Alfenas . Unifal-MG
 Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-graduação
 Programa de Pós-graduação em Enfermagem
 Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 . Alfenas/MG . CEP 37130-000
 Fone: (35) 3299-1000 . Fax: (35) 3299-1063



Alfenas, 11 de Abril de 2012.

Prezado (a) Sr (a),

Estou realizando uma pesquisa intitulada: “**Avaliação da qualidade de vida de mulheres com câncer de mama**”. Meu nome é Laís de Andrade Martins Cordeiro, discente do Programa de Pós- Graduação Strictu Sensu em Enfermagem, nível Mestrado, da Universidade Federal de Alfenas - MG.

Venho por meio desta, solicitar autorização para realização da coleta de dados em mulheres com câncer de mama, na Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) dessa Instituição.

Esta pesquisa tem como objetivo, realizar avaliação da qualidade de vida de mulheres com diagnóstico de neoplasia mamária em momentos distintos do tratamento: fase da quimioterapia e na hormonioterapia. É importante ressaltar que mediante autorização da realização da pesquisa na UNACON será realizado manipulação de prontuários e abordagens das mulheres com câncer de mama que encontrarem em tratamento quimioterápico e em hormonioterapia, segundo os critérios de inclusão e exclusão delineados no estudo.

Para a realização da pesquisa será necessário a realização de coleta de dados por meio de instrumentos pré- estabelecidos no projeto de pesquisa. Assim, será utilizado um instrumento para caracterização sócio-demográfica, clínica e terapêutica das pacientes e outro com questões acerca da qualidade de vida.

A participação da UNACON será voluntária e a mesma não receberá nenhuma gratificação por participar desde estudo e também não terá nenhum ônus. É importante ressaltar que na presença de qualquer dúvida, os responsáveis pelo estudo encontrarão na disponibilidade para esclarecimentos.

Contando com o seu apoio, agradecemos sua atenção e colaboração.

Laís de Andrade M. Cordeiro
 Enfermeira
 COREN-MG - 214330

Laís de Andrade Martins Cordeiro
 Laís de Andrade Martins Cordeiro

Clícia Valim Côrtes Gradim
 Prof.^a Dr.^a Clícia Valim Côrtes Gradim

Contato:

Autora: Laís de Andrade Martins Cordeiro,

e-mail: laandrademe@yahoo.com.br

Tel: (33) 91180455

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Clícia Valim Côrtes Gradim

Prof.^a Dra. Clícia Valim C. Gradim
 Enf.^a Obstetra e Sonolista
 COREN-MG 17.261

Ilmo Sr Aécio Lourenço de Assis

DD .Diretor Administrativo da

Casa de Misericórdia de Alfenas “Nossa Senhora do Perpetuo Socorro”

Alfenas-MG

de acordo,
GM
 Aécio Lourenço de Assis
 Casa de Caridade de Alfenas
 “N. S. do Perpetuo Socorro”
 Administrador
 11.04.12

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

APÊNDICE IV – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezada Senhora,

Estou realizando uma pesquisa titulada: **“Avaliação da qualidade de vida de mulheres com câncer de mama”**. Meu nome é Laís de Andrade Martins Cordeiro, discente do Programa de Pós- Graduação Strictu Sensu em Enfermagem, nível Mestrado, da Universidade Federal de Alfenas - MG.

Venho por meio deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), convidá-lo a participar da pesquisa. Este estudo tem como objetivo, realizar uma avaliação da qualidade de vida de mulheres com diagnóstico de neoplasia mamária em momentos distintos do tratamento: fase da quimioterapia e na hormonioterapia.

Caso aceite participar você responderá a dois instrumentos pré- determinados na pesquisa, assim, será realizado um questionamento acerca de suas características sócio-demográficas, clínicas e terapêuticas e outro sobre sua qualidade de vida.

Sua participação é voluntária e você não receberá nenhuma gratificação por participar neste estudo e também não terá nenhum ônus. Os dados pessoais serão utilizados unicamente para fins científicos, garantindo o anonimato. É importante ressaltar que na presença de qualquer dúvida em relação à pesquisa, você poderá contatar os responsáveis pelo estudo para esclarecimento das mesmas. É garantida a liberdade, em qualquer momento, para retirar-se do estudo caso deseje, sem nenhum prejuízo pessoal.

Os resultados deste estudo visão contribuir para o desenvolvimento do conhecimento da Enfermagem e melhora do atendimento às mulheres com câncer de mama.

Após a leitura deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, concordando em colaborar neste estudo, será necessário assinar o termo abaixo.

Desde já agradeço sua atenção e a participação.

Eu, _____, portador da carteira de Identidade ou CPF de número _____ declaro que fui informado de maneira clara e objetiva sobre minha participação voluntária na pesquisa sobre **“Avaliação da qualidade de vida de mulheres com câncer de mama”**. Permito que as informações que prestarei sejam utilizadas para o desenvolvimento da mesma. Aceito a publicação dos dados que tenham relação com o estudo.

Alfenas, _____ de _____, 201__.

	
Pesquisadora Responsável	Orientadora
Laís de Andrade Martins Cordeiro	Profª Drª Clécia Valim Côrtes Gradim

Assinatura do paciente

Contato:
 Autora: Laís de Andrade Martins Cordeiro.
 e-mail: laandrademc@yahoo.com.br
 Tel: (33) 91180455
 Orientadora: Profª Drª Clécia Valim Côrtes Gradim

APÊNDICE D – Instrumento de Identificação dos participantes do estudo

1) IDENTIFICAÇÃO

Paciente (sigla): _____ número: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Bairro: _____

CEP: _____ Fone: (____) _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Naturalidade _____

Estado Civil: _____ 1- Solteira () 4- Separada ()

2- Casada () 5- Relação estável ()

3- Viúva ()

Crença religiosa: _____

Escolaridade: _____ 1- Sem alfabetização ()

2- Ensino fundamental incompleto ()

3- Ensino fundamental completo ()

4- Ensino médio incompleto ()

5- Ensino médio completo ()

6- Ensino superior incompleto ()

7- Ensino superior completo ()

8- Pós- Graduação ()

Profissão: _____

Situação de trabalho:

1- Empregada ()

1.1- Recebe licença saúde? 1-Sim () 2- Não ()

2- Desempregada ()

3- Aposentada () 4- Outra () _____

Renda Familiar? _____

Número de filhos: _____

Tem vida sexual ativa? 1- Sim () 2- Não ()

Idade no diagnóstico: _____

2) TERAPÊUTICA

Tratamento realizado:

1- Cirúrgico ()

2- Quimioterápico ()

3- Hormonioterapia ()

2.1 Tratamento Cirúrgico

Data de cirurgia: ____/____/____

Idade: _____

Lateralidade:

1- Direita ()

2- Esquerda ()

Tipo de cirurgia:

- 1- Halsted ()
- 2- Patey ()
- 3- Madden ()
- 4- Quadrantectomia sem esvaziamento ganglionar ()
- 5- Quadrantectomia com esvaziamento ganglionar ()
- 6- Quadrantectomia com evento sentinela ()

Estadiamento do tumor: _____

Grau histológico: _____

Comprometimento Linfático axilar? 1- Sim () 2- Não ()

2.2 Quimioterapia

Pós-operatória: 1- Sim () 2- Não ()

Quantos ciclos foram estabelecidos para tratamento: _____

Em que ciclo se encontra: _____

Reações adversas apresentados: _____

2.3 Hormonioterapia

Tempo de tratamento: _____

Início: ___/___/___

Final previsto: ___/___/___

Medicação usada: _____

Reações adversas apresentadas: _____

Presença de linfedema: 1- Sim () 2- Não()

Lateralidade	Braço direito	Braço esquerdo	Diferença
1 ^a			
2 ^a			
3 ^a			
4 ^a			
5 ^a			
6 ^a			
7p			
Mão			

ANEXO A – Autorização da realização do estudo pelo Comitê de Ética e Pesquisa

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal de Alfenas . UNIFAL-MG
Rua Gabriel Monteiro da Silva, 714 . Alfenas/MG . CEP 37130-000
Fone: (35) 3299-1000 . Fax: (35) 3299-1063

**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA****DECLARAÇÃO**

Declaro para todos os fins que o projeto intitulado “AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES COM CÂNCER DE MAMA” foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unifal-MG, recebendo o parecer **APROVADO**, conforme registro em Ata da 91ª. Reunião, de 02 de dezembro de 2011, protocolo N°: 208/2011.

Alfenas, 05 de dezembro de 2011.


Profa. Dra. Maísa Ribeiro Pereira Lima Brigagão
Coordenador do CEP

ANEXO B - Instrumento de Avaliação da Qualidade de vida – FACT B+4

FACT-B + 4 (Versão 4)

Abaixo encontrará uma lista de afirmações que outras pessoas com a sua doença disseram ser importantes. **Faça um círculo ou marque um número por linha para indicar a sua resposta no que se refere aos últimos 7 dias.**

BEM-ESTAR FÍSICO		Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Muitís- simo
GP1	Estou sem energia	0	1	2	3	4
GP2	Fico enjoado/a	0	1	2	3	4
GP3	Por causa do meu estado físico, tenho dificuldade em atender às necessidades da minha família	0	1	2	3	4
GP4	Tenho dores	0	1	2	3	4
GP5	Sinto-me incomodado/a pelos efeitos secundários do tratamento	0	1	2	3	4
GP6	Sinto-me doente	0	1	2	3	4
GP7	Sinto-me forçado/a a passar tempo deitado/a	0	1	2	3	4
BEM-ESTAR SOCIAL/FAMILIAR		Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Muitís- simo
GS1	Sinto que tenho uma boa relação com os meus amigos	0	1	2	3	4
GS2	Recebo apoio emocional da minha família	0	1	2	3	4
GS3	Recebo apoio dos meus amigos	0	1	2	3	4
GS4	A minha família aceita a minha doença	0	1	2	3	4
GS5	Estou satisfeito/a com a maneira como a minha família fala sobre a minha doença	0	1	2	3	4
GS6	Sinto-me próximo/a do/a meu/minha parceiro/a (ou da pessoa que me dá maior apoio)	0	1	2	3	4
Q1	<i>Independentemente do seu nível a(c)tual de a(c)tividade sexual, por favor responda à pergunta a seguir. Se preferir não responder, assinale o quadrículo <input type="checkbox"/> e passe para a próxima se(c)ção.</i>					
GS7	Estou satisfeito/a com a minha vida sexual	0	1	2	3	4

FACT-B + 4 (Versão 4)

Faça um círculo ou marque um número por linha para indicar a sua resposta no que se refere aos últimos 7 dias.

<u>BEM-ESTAR EMOCIONAL</u>		Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Muitís- simo
GE1	Sinto-me triste	0	1	2	3	4
GE2	Estou satisfeito/a com a maneira como enfrento a minha doença	0	1	2	3	4
GE3	Estou perdendo a esperança na luta contra a minha doença	0	1	2	3	4
GE4	Sinto-me nervoso/a.....	0	1	2	3	4
GE5	Estou preocupado/a com a idéia de morrer	0	1	2	3	4
GE6	Estou preocupado/a que o meu estado venha a piorar	0	1	2	3	4

<u>BEM-ESTAR FUNCIONAL</u>		Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Muitís- simo
GF1	Sou capaz de trabalhar (inclusive em casa).....	0	1	2	3	4
GF2	Sinto-me realizado/a com o meu trabalho (inclusive em casa).....	0	1	2	3	4
GF3	Sou capaz de sentir prazer em viver.....	0	1	2	3	4
GF4	Aceito a minha doença	0	1	2	3	4
GF5	Durmo bem.....	0	1	2	3	4
GF6	Gosto das coisas que normalmente faço para me divertir.....	0	1	2	3	4
GF7	Estou satisfeito/a com a qualidade da minha vida neste momento.....	0	1	2	3	4

FACT-B + 4 (Versão 4)

Faça um círculo ou marque um número por linha para indicar a sua resposta no que se refere aos últimos 7 dias.

<u>PREOCUPAÇÕES ADICIONAIS</u>		Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Muitís- simo
B1	Sinto falta de ar.....	0	1	2	3	4
B2	Sinto-me insegura com a forma como me visto.....	0	1	2	3	4
B3	Tenho inchaço ou dor em um ou ambos os braços.....	0	1	2	3	4
B4	Sinto-me sexualmente atraente.....	0	1	2	3	4
B5	Sinto-me incomodada com a queda do cabelo.....	0	1	2	3	4
B6	Fico preocupada com a possibilidade de que outros membros da minha família um dia tenham a mesma doença que eu.....	0	1	2	3	4
B7	Fico preocupada com o efeito do "stress" (estresse) sobre a minha doença.....	0	1	2	3	4
B8	Sinto-me incomodada com a alteração de peso.....	0	1	2	3	4
B9	Consigo sentir-me mulher.....	0	1	2	3	4
B2	Sinto dores em algumas regiões do meu corpo.....	0	1	2	3	4
Q6	Em que seio foi a sua operação? Esquerdo Direito (Marcar um deles com um círculo)					
B10	Sinto dor ao mover o meu braço deste lado.....	0	1	2	3	4
B11	A extensão de movimentos do meu braço deste lado é limitada.....	0	1	2	3	4
B12	Sinto dormência no meu braço deste lado.....	0	1	2	3	4
B13	Sinto rigidez no meu braço deste lado.....	0	1	2	3	4

ANEXO C – Autorização do Sistema FACIT para uso da escala FACT B+4

FUNCTIONAL ASSESSMENT OF CHRONIC ILLNESS THERAPY (FACIT) LICENSING AGREEMENT from FACIT.org

September 29, 2011

*The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy system of Quality of Life questionnaires and all related subscales, translations, and adaptations ("FACIT System") are owned and copyrighted by David Cella, Ph.D. The ownership and copyright of the FACIT System - resides strictly with Dr. Cella. Dr. Cella has granted FACIT.org (Licensor) the right to license usage of the FACIT System to other parties. Licensor represents and warrants that it has the right to grant the License contemplated by this agreement. Licensor provides to **Lais de Andrade Martins Cordeiro** the licensing agreement outlined below.*

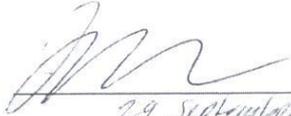
This letter serves notice that **Lais de Andrade Martins Cordeiro** ("INDIVIDUAL") is granted license to use the **Portuguese** version of the **FACT-B+4** in one study.

This current license extends to (INDIVIDUAL) subject to the following terms:

- 1) (INDIVIDUAL) agrees to complete a FACIT collaborator's form on our website, www.FACIT.org. (INDIVIDUAL) is not required to provide any proprietary or confidential information on the website. Licensor agrees to use the information in the website database for internal tracking purposes only.
- 2) (INDIVIDUAL) agrees to provide Licensor with copies of any publications which come about as the result of collecting data with any FACIT questionnaire.
- 3) Due to the ongoing nature of cross-cultural linguistic research, Licensor reserves the right to make adaptations or revisions to wording in the FACIT, and/or related translations as necessary. If such changes occur, (INDIVIDUAL) will have the option of using either previous or updated versions according to its own research objectives.
- 4) (INDIVIDUAL) and associated vendors may not change the wording or phrasing of any FACIT document without previous permission from Licensor. If any changes are made to the wording or phrasing of any FACIT item without permission, the document cannot be considered the FACIT, and subsequent analyses and/or comparisons to other FACIT data will not be considered appropriate. Permission to use the name "FACIT" will not be granted for any unauthorized translations of the FACIT items. Any analyses or publications of unauthorized changes or translated versions may not use the FACIT name. Any unauthorized translation will be considered a violation of copyright protection.
- 5) In all publications and on every page of the FACIT used in data collection, Licensor requires the copyright information be listed precisely as it is listed on the questionnaire itself.
- 6) This license is not extended to electronic data capture vendors of (INDIVIDUAL). Electronic versions of the FACIT questionnaires are considered derivative works and are not covered

under this license. Permission for use of an electronic version of the FACIT must be covered under separate agreement between the electronic data capture vendor and FACIT.org

- 7) This license is only extended for use on the internet on servers internal to (INDIVIDUAL). This FACIT license may not be used with online data capture unless specifically agreed to by Licensor in writing. Such agreement will only be provided in cases where access is password protected.
- 8) Licensor reserves the right to withdraw this license if (INDIVIDUAL) engages in scientific or copyright misuse of the FACIT system of questionnaires.
- 9) In exchange for this license, (INDIVIDUAL) agrees to pay a fee of \$1,500 per language, per subscale, per trial for Roman-font languages (e.g. Spanish, French, German) and \$2,000 per language, per subscale, per trial for non-Roman-font languages (e.g. Japanese, Russian, Arabic). #9 IS NOT APPLICABLE AS THE FEE HAS BEEN WAIVED FOR THIS STUDY ONLY.



29 September 2011

FACIT.org
381 S. Cottage Hill Avenue
Elmhurst, IL 60126
USA
www.FACIT.org

ANEXO D - Autorização para uso do FACT B+4, pela pesquisadora responsável pela validação no Brasil



**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGIA**

Faculdade de Saúde Pública/USP - Depto. Epidemiologia.
Av. Dr. Arnaldo, 715 - Cep 01246-904 - São Paulo-SP

São Paulo, 28 de setembro de 2011.

AUTORIZAÇÃO

Autorizamos o uso, pela pesquisadora LAÍS DE ANDRADE MARTINS CORDEIRO, do questionário de qualidade de vida específico para câncer de mama FACT-B+4, validado para português (Brasil).


Fernãdia Alessandra Silva Michels
Coordenadora do Registro de Câncer de São Paulo


Prof. Dra. Maria do Rosário Dias de Oliveira Latorre
Professora Titular FSP - USP


Dra. Maria do Socorro Maciel
Chefe Departamento de Mastologia – Hospital do Câncer AC Camargo

ANEXO E – *Guidelines* do Instrumento de Avaliação da Qualidade de vida – FACT B+4

FACT Administration and Scoring Guidelines

Administration:

The FACT scales are designed for patient self-administration, but can also be administered by interview format. For self-administration, patients should be instructed to read the brief directions at the top of the page. After the patient's correct understanding has been confirmed, he/she should be encouraged to complete every item in order without skipping any. Some patients may feel that a given question is not applicable to them and will therefore skip the item altogether. **Patients should be encouraged to circle the response that is most applicable.** If, for example, a patient is not currently receiving any treatment, the patient should circle "not at all" to the question "I am bothered by side effects of treatment."

During interview administration, it is helpful to have the patient hold a card on which the response options have been printed. Interview administration is considered appropriate given adequate training of interviewers so as to elicit non-biased patient responses. One of the aims of a large multi-center study of cancer and HIV patients (N=1227) was to test the psychometric properties and statistical equivalence of the English and Spanish language versions of the FACT subscales across literacy level (low vs. high) and **mode of administration** (self vs. interview). Technical equivalence across mode of administration was demonstrated in the high literacy patients; there were no differences in data quality or in mean QOL scores, after adjustment for performance status rating, socioeconomic status, gender and age. Technical equivalence between modes of administration with the FACT permits unbiased assessment of the impact of chronic illnesses and their treatments on patients from diverse backgrounds.

Scoring the FACT-G:

The FACT-G scoring guide identifies those items that must be reversed before being added to obtain subscale totals. Negatively stated items are reversed by subtracting the response from "4". After reversing proper items, all subscale items are summed to a total, which is the subscale score. **For all FACT scales and symptom indices, the higher the score the better the QOL.**

Handling missing items. If there are missing items, subscale scores can be prorated. This is done by multiplying the sum of the subscale by the number of items in the subscale, then dividing by the number of items actually answered. This can be done on the scoring guide or by using the formula below:

$$\text{Prorated subscale score} = [\text{Sum of item scores}] \times [\text{N of items in subscale}] \div [\text{N of items answered}]$$

When there are missing data, prorating by subscale in this way is acceptable as long as **more than** 50% of the items were answered (e.g., a minimum of 4 of 7 items, 4 of 6 items, etc). The total score is then calculated as the sum of the un-weighted subscale scores. The FACT scale is considered to be an acceptable indicator of patient quality of life as long as **overall item response rate** is greater than 80% (e.g., at least 22 of 27 FACT-G items completed). This is not to be confused with individual subscale item response rate, which allows a subscale score to be prorated for missing items if greater than 50% of items are answered. In addition, a total score should only be calculated if ALL of the component subscales have valid scores.

NOTE: Computer programs written in SPSS and SAS for the FACIT scales and symptom indices are provided on diskette in Section 4 of the manual or can be downloaded from the website at www.facit.org for a nominal fee. Standard raw score scoring templates for all FACIT scales and symptom indices are also provided in Section 4 of the manual or under the "Validity and Interpretation" section of the website.

Scoring the Specific Scales & Symptom Indices:

For the "Additional Concerns" subscale (e.g., cancer-specific questions) and the symptom indices, the procedure for scoring is the same as described above for the FACT-G. Again, **over** 50% of the items (e.g., 5 of 9 items, 7 of 12 items) must be completed in order to consider each subscale score valid.

NOTE: scoring algorithms for the FACIT-TS-G and FACIT-TS-PS are different from other FACIT scales. Please refer to the specific scoring templates for more detail.

Deriving a Total Score:

The total score for the specific FACIT scales is the sum of the FACT-G (the first 4 subscales common to almost all scales) plus the "Additional Concerns" subscale. The symptom indices do not include the FACT-G in the total score. By following this scoring guide and transcribing the FACT-G score, the two totals can be summed to derive the **TOTAL FACT/FACIT SCORE**.

Notes:

1. Multilingual versions can be scored on the English language scoring guides.
2. Several scales have more items listed in the "Additional Concerns" subscale than are currently recommended for scoring. This is usually because additional work on a given subscale has suggested a need for additional items. However, it may take awhile for the new items to be validated so we don't formally recommend they be included in the scoring until we know more about how the item(s) function. We include the items on the scale to encourage investigators who have the time or resources to evaluate their data according to the existing scoring recommendations and to test out the value of the new item(s). As always, we welcome collaborators to share any relevant data of this nature to help further reliability and validity testing of the FACIT questionnaires.

Selecting Scores for Analyses:

These scoring templates allow one to obtain two different total scores in addition to each individual subscale score. The FACT-G total score provides a useful summary of overall quality of life across a diverse group of patients. The disease-specific questionnaire total scores (i.e., FACT-G plus disease-specific subscale score) may further refine the FACT-G summary score. Two alternative approaches are noteworthy, however. One is to separately analyze the FACT-G total score and the specific subscale score. Another is to select subscales of the FACT which are most likely to be changed by an intervention being tested. For example, the Physical, Functional, and Cancer-specific subscales would be most likely to change in a chemotherapy clinical trial. One could also consider creating a separate a priori index which sums two or three subscales. This has been done with the FACT-L and many other FACIT scales, combining the Physical, Functional and 7-item Lung Cancer Subscales into a 21-item **Trial Outcome Index** (Cella, Bonomi, Lloyd et al, 1994;

Brady, Cella, Mo, 1997; Cella, 1997). On the other hand, the Emotional or Social Well-being subscale would be expected to change most when evaluating a psychosocial intervention.

Comparing Version 4 scores to Previously Published (Version 2 & 3) Scores:

Most of the questions from Version 3 remain intact in Version 4 (see item history table in section 3 of the manual for details), although some items have been reworded and a few have changed from being negatively stated to positively stated items. Comparison between scale scores in these two versions is fairly straightforward. Adjustments must be made, however, when comparing the total FACT/FACIT score and when comparing the Emotional Well-Being (EWB) subscale score between the two versions. To compare Version 3 and 4 EWB scales, item GE6 (#25 in Version 3) must be omitted from the scoring of version 4. This can be done by scoring the first 5 items of the EWB subscale, multiplying by 5 (not 6), and dividing by the number of questions answered (not including the sixth question). The Version 4 total FACT-G score has been affected by the dropping of the Relationship with Doctor subscale and the addition in the scoring of item GE6 (#25 in Version 3). One way to compare total scores is to drop item GE6 from the Version 4 scoring and add **6.85** (mean score of the RWD subscale as reported in Cella et al., 1993) to the sum of the four subscales (Physical Well-Being, Social/Family Well-Being, Emotional Well-Being, and Functional Well-Being). This will give you the best estimate for comparison of published FACT/FACIT data.

FACT-B+4 Scoring Guidelines (Version 4) – Page 1

- Instructions:*
1. Record answers in "item response" column. If missing, mark with an X
 2. Perform reversals as indicated, and sum individual items to obtain a score.
 3. Multiply the sum of the item scores by the number of items in the subscale, then divide by the number of items answered. This produces the subscale score.
 4. Add subscale scores to derive total scores (TOI, FACT-G & FACT-B).
 5. **The higher the score, the better the QOL.**

<u>Subscale</u>	<u>Item Code</u>	<u>Reverse item?</u>	<u>Item response</u>	<u>Item Score</u>
PHYSICAL WELL-BEING (PWB) Score range: 0-28	GP1	4 -	_____	= _____
	GP2	4 -	_____	= _____
	GP3	4 -	_____	= _____
	GP4	4 -	_____	= _____
	GP5	4 -	_____	= _____
	GP6	4 -	_____	= _____
	GP7	4 -	_____	= _____
Sum individual item scores: _____ Multiply by 7: _____ Divide by number of items answered: _____ = PWB subscale score				
SOCIAL/FAMILY WELL-BEING (SWB) Score range: 0-28	GS1	0 +	_____	= _____
	GS2	0 +	_____	= _____
	GS3	0 +	_____	= _____
	GS4	0 +	_____	= _____
	GS5	0 +	_____	= _____
	GS6	0 +	_____	= _____
	GS7	0 +	_____	= _____
Sum individual item scores: _____ Multiply by 7: _____ Divide by number of items answered: _____ = SWB subscale score				
EMOTIONAL WELL-BEING (EWB) Score range: 0-24	GE1	4 -	_____	= _____
	GE2	0 +	_____	= _____
	GE3	4 -	_____	= _____
	GE4	4 -	_____	= _____
	GE5	4 -	_____	= _____
	GE6	4 -	_____	= _____
Sum individual item scores: _____ Multiply by 6: _____ Divide by number of items answered: _____ = EWB subscale score				
FUNCTIONAL WELL-BEING (FWB) Score range: 0-28	GF1	0 +	_____	= _____
	GF2	0 +	_____	= _____
	GF3	0 +	_____	= _____
	GF4	0 +	_____	= _____
	GF5	0 +	_____	= _____
	GF6	0 +	_____	= _____
	GF7	0 +	_____	= _____
Sum individual item scores: _____ Multiply by 7: _____ Divide by number of items answered: _____ = FWB subscale score				

FACT-B+4 Scoring Guidelines (Version 4) – Page 2

Subscale	Item Code	Reverse item?	Item response	Item Score
BREAST CANCER SUBSCALE (BCS) Score range: 0-36	B1	4 -	_____	= _____
	B2	4 -	_____	= _____
	B3	4 -	_____	= _____
	B4	0 +	_____	= _____
	B5	4 -	_____	= _____
	B6	4 -	_____	= _____
	B7	4 -	_____	= _____
	B8	4 -	_____	= _____
	B9	0 +	_____	= _____
	P2	NOT CURRENTLY SCORED		

Sum individual item scores: _____
 Multiply by 9: _____
 Divide by number of items answered: _____ = **BC Subscale score**

ARM SUBSCALE (ARM) Score range: 0-20	B3	4 -	_____	= _____
	B10	4 -	_____	= _____
	B11	4 -	_____	= _____
	B12	4 -	_____	= _____
	B13	4 -	_____	= _____

Sum individual item scores: _____
 Multiply by 5: _____
 Divide by number of items answered: _____ = **ARM Subscale score**

Notes: Item B3 is included in both the BCS and ARM subscales
 The ARM subscale is not used in the calculation of any total scores

To derive a FACT-B Trial Outcome Index (TOI):
 Score range: 0-92

$$\frac{\text{PWB score}}{\text{PWB score}} + \frac{\text{FWB score}}{\text{FWB score}} + \frac{\text{BCS score}}{\text{BCS score}} = \text{FACT-B TOI}$$

To Derive a FACT-G total score:
 Score range: 0-108

$$\frac{\text{PWB score}}{\text{PWB score}} + \frac{\text{SWB score}}{\text{SWB score}} + \frac{\text{EWB score}}{\text{EWB score}} + \frac{\text{FWB score}}{\text{FWB score}} = \text{FACT-G Total score}$$

To Derive a FACT-B total score:
 Score range: 0-144

$$\frac{\text{PWB score}}{\text{PWB score}} + \frac{\text{SWB score}}{\text{SWB score}} + \frac{\text{EWB score}}{\text{EWB score}} + \frac{\text{FWB score}}{\text{FWB score}} + \frac{\text{BCS score}}{\text{BCS score}} = \text{FACT-B Total score}$$

*For guidelines on handling missing data and scoring options, please refer to the Administration and Scoring Guidelines in the manual or on-line at www.facit.org.