



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO  
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES PÓS-TRATAMENTO  
NEOADJUVANTE E ADJUVANTE DE CÂNCER DE MAMA**

**JÚLIA MÔNICA MARCELINO BENEVIDES**

**MANAUS, 2011**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO  
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**JÚLIA MÔNICA MARCELINO BENEVIDES**

**QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES PÓS-TRATAMENTO  
NEOADJUVANTE E ADJUVANTE DE CÂNCER DE MAMA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Mestrado em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Amazonas, como requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde na área de concentração Promoção da Saúde na Amazônia.

**Orientador:** Prof. Dr. David Lopes Neto

**MANAUS, 2011**

## Ficha Catalográfica

C465q Benevides, Júlia Mônica Marcelino

Qualidade de vida de mulheres pós-tratamento neoadjuvante e adjuvante de câncer de mama / Júlia Mônica Marcelino Benevides. - Manaus: UFAM, 2011.

93 f.: il. color; 30 cm

Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) — Universidade Federal do Amazonas, 2011.

Orientador: Prof. Dr. David Lopes Neto

1. Mulheres – Câncer 2. Mamas - Câncer – Tratamento 3. Câncer – Pacientes 4. Qualidade de vida I. Lopes Neto, David (Orient.) II. Universidade Federal do Amazonas III. Título

CDU (1997): 618.19-006(043.3)

**Catálogo realizado pela Biblioteca Central da UFAM**

**JÚLIA MÔNICA MARCELINO BENEVIDES**

**QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES PÓS-TRATAMENTO  
NEOADJUVANTE E ADJUVANTE DE CÂNCER DE MAMA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Mestrado em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Amazonas, como requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde na área de concentração Promoção da Saúde na Amazônia.

**Data da Aprovação: 25/ 04 /2011**

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. David Lopes Neto  
Universidade Federal do Amazonas  
(Presidente)

---

Prof. Dr. Thomé Elisiário Tavares Filho  
Universidade Federal do Amazonas  
(Membro)

---

Profa. Dra. Hellen Emília Menezes de Souza  
Universidade Estadual do Amazonas  
(Membro)

## **DEDICATÓRIA**

A Deus por me conceder capacidade e vitalidade para enfrentar esse mundo.

Ao meus filhos amados Victor e Hylane, por existirem.

Aos meus pais, em especial a Professora Dona Zefinha, que se eu tiver mil vezes oportunidade de homenageá-la farei pela sua grandeza e pela mãe querida que ela é.

Mãe essa vitória é sua!

Ao meu marido Luciano pela força e paciência.

Todo meu amor é de vocês.

## AGRADECIMENTOS

*Primeiro a Deus por todas as glórias que fazem parte da minha vida, pois sou acompanhada de uma áurea de muita sorte e muitas bênçãos, dentre elas em primeiro lugar vem a minha mãe professora dona Zefinha, que é responsável pela minha formação e motivação, As minhas irmãs que nunca deixaram de cobrar meu crescimento profissional, especificamente Kalina Benevides Loiolla que cuidou da minha filha Hylane Benevides da Silva, para eu terminar meu curso de graduação.*

*Ao meu marido Luciano Santos de Moraes, que me estimula todos os dias e que participou, inclusive me ajudando na elaboração deste, mesmo sem o conhecimento científico do conteúdo abordado, além da paciência e carinho frente ao estresse em que eu me encontrava.*

*Ao meu orientador Dr. David Neto, pelo incentivo, paciência e conhecimento transmitidos e que tornou possível esse trabalho.*

*Em especial as pacientes que participaram desta pesquisa, tornando possível sua realização.*

*Sidney Chalub, caro amigo que além de me conduzir em algumas disciplinas do mestrado, me ajudou em vários momentos dessa trajetória. Seu entusiasmo e vontade foram vitais pra mim nesse percurso.*

*As minhas colegas de trabalho (UEA) Maria de Nazaré Ribeiro, que sempre cobrava minha formação e me ajudou para que eu pudesse cursar as disciplinas do mestrado, enquanto minha coordenadora. Selma Perdomo carinhosa e meiga amiga, que participou da elaboração desse estudo. Gianne Zupellari, Erika Kelly Asturb, obrigado pelo apoio. Minhas queridas Ana Elis Araújo e Valéria Dias minha auxiliar de pesquisa que fizeram parte dessa construção, sei, queridas alunas que crescemos juntas. Aderlaine Sabino e Darlisom Ferreira (ULBRA), pela compreensão e apoio, meu afeto.*

*Aos meus amigos e colegas de trabalho Josiel Martins, Rosemere Paes, Joseane Neves Marcela Pantoja, Thais Pinto e minha querida amiga Tereza Furtado, Dr Jesus pinheiro, Dr Edson Andrade e Dra Kátia Torres, a toda equipe do SAME (FCECON), em especial Misma Muniz Angelim e Zenóbia Almeida sem o qual esse trabalho não seria possível.*

*Meu carinho a todos que de uma forma ou de outra fizeram parte desse momento.*

“Só é útil o conhecimento que nos torna  
melhores”.

Sócrates

## RESUMO

O câncer de mama tem sido fator de impacto na qualidade de vida de mulheres brasileiras. O estudo tem por objetivo avaliar a qualidade de vida em mulheres com câncer de mama que foram submetidas a tratamento neoadjuvante e adjuvante. Trata-se de um estudo, exploratório, descritivo, com abordagem quantitativa, realizado num centro de referência em oncologia, em Manaus-Amazonas, no período de outubro de 2010 à janeiro de 2011. A amostra foi constituída por 123 mulheres com diagnóstico de câncer de mama submetidas a tratamento adjuvante e neoadjuvante. O instrumento de avaliação em Qualidade de Vida (QV) em pacientes oncológicos foi o EORTC QLQ C30, que foi analisado pelo teste qui-quadrado, teste Exato de Fisher, ANOVA e Kruskal-Wallis. O programa para análise foi o MINITAB 15 e R versão 2.110. Para todas as análises foi fixado um limite de confiança igual a 0,05 e um coeficiente de confiança de 95%. Os resultados mostram que são mulheres com idade prevalente entre 40-50 anos de idade (33,6%), casadas (37,19%), de cor parda (58,20%), com nível de escolaridade no ensino médio completo (30,58%), possuem casa própria (80,87%), de religião predominante católica (40,78%), oriundas do interior (39%) do Amazonas. A escolaridade e religião estão entre as variáveis que interferiram no tamanho do tumor (p-valor=0,019 e p-valor=0,044, respectivamente), que apresentam tamanhos entre 2cm (pT1) e 2 à 5cm em sua maior dimensão (pT2). São mulheres que sentem dificuldades em executar atividades de grande esforço físico; não relatam dificuldades para executar pequenas atividades físicas e social, nem apresentam limitações para as atividades diárias. Classificam sua saúde geral e global como ruins, confirmado pelo p-valor=0,001. Concluimos que são mulheres que apresentam comprometimento em sua qualidade de vida e que precisam para dar continuidade a sua rotina, de apoio e suporte psicológico.

**Palavras Chaves:** Qualidade de vida, mulheres, pacientes, câncer de mama.

## ABSTRACT

Breast cancer has been the source of impact on quality of life of Brazilian women. The study aims to assess the quality of life in women with breast cancer who underwent neoadjuvant and adjuvant treatment. This is an exploratory study, descriptive and quantitative study in a referral center for oncology, in Manaus, Amazonas, from October 2010 to January 2011. The sample was comprised of 123 women diagnosed with breast cancer undergoing adjuvant and neoadjuvant treatment. The assessment tool in Quality of Life (QOL) in cancer patients was the EORTC QLQ C30, which was analyzed by chi-square test, Fisher exact, ANOVA and Kruskal-Wallis. The program for the analysis was the MINITAB version 15 and R 2110. For all tests was set equal confidence limit of 0.05 and a coefficient of 95%. The results show that are prevalent among women aged 40-50 years (33.6%), married (37.19%), mulatto (58.20%), with level of schooling in high school (30.58%) own their own homes (80.87%), the predominant religion of Catholics (40.78%) came from the countryside (39%) of the Amazon. The education and religion are among the variables that interfere in tumor size ( $p = 0.019$  and  $p = 0.044$ , respectively), which have sizes being 2 cm (pT1) and 2 to 5 cm in greatest dimension (pT2). These are women who have difficulty in performing activities of great physical effort do not report difficulty performing physical activities and small social or have limitations for daily activities. Rate their general health and overall bad as confirmed by the  $p$ -value = 0.001. We conclude that women are showing their commitment to quality of life and they need to continue their routine of support and psychological support.

**Keywords:** Quality of life, women, patients, breast cancer.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1</b>	Modelo de Qualidade de Vida para sobreviventes do câncer .....	24
<b>Figura 2</b>	Escore de Classificação de Qualidade de Vida Geral .....	61
<b>Figura 3</b>	Escore de Classificação de Qualidade de Vida Global .....	62

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b>	Grupamento por Estádios de Câncer de Mama .....	34
<b>Tabela 2</b>	Distribuição das amostras segundo as variáveis faixa etária, estado civil, raça e escolaridade.....	45
<b>Tabela 3</b>	Distribuição das amostras segundo as variáveis, moradia, religião, procedência, raça e escolaridade .....	46
<b>Tabela 4</b>	Distribuição das variáveis faixa etária, estado civil, raça e escolaridade segundo a pergunta “Como classificaria a sua saúde em geral durante a última semana” .....	47
<b>Tabela 5</b>	Distribuição das variáveis, moradia, região, procedência e estado segundo a pergunta “Como classificaria a sua saúde em geral durante a última semana” .....	48
<b>Tabela 6</b>	Distribuição das variáveis faixa etária, estado civil, raça e escolaridade segundo a pergunta “Como classificaria a sua qualidade de vida global durante a última semana” .....	49
<b>Tabela 7</b>	Distribuição das variáveis, moradia, região, procedência e estado segundo a pergunta “Como classificaria a sua qualidade de vida global durante a última semana” .....	50
<b>Tabela 8</b>	Distribuição das variáveis faixa etária, estado civil, raça e escolaridade segundo o <i>score</i> total .....	51
<b>Tabela 9</b>	Distribuição das variáveis, moradia, região, procedência e estado segundo o score total .....	52
<b>Tabela 10</b>	Distribuição do Grau do Tumor segundo as variáveis faixa etária, escolaridade, raça, estado civil, Procedência e religião .....	53
<b>Tabela 11</b>	Distribuição da variável mastectomia segundo as variáveis faixa etária, estado civil, raça e escolaridade .....	56
<b>Tabela 12</b>	Distribuição da variável mastectomia segundo as variáveis moradia, religião e procedência .....	57
<b>Tabela 13</b>	Distribuição da variável mastectomia segundo as variáveis, como classificaria a sua saúde em geral durante a última semana, como classificaria a sua qualidade de vida global durante a última semana e Score total .....	58
<b>Tabela 14</b>	Distribuição do tamanho do tumor segundo as variáveis faixa etária, estado civil, raça e escolaridade .....	59
<b>Tabela 15</b>	Distribuição do tamanho do tumor segundo as variáveis moradia, região, procedência e estado .....	60
<b>Tabela 16</b>	Distribuição da variável metástase segundo as variáveis faixa etária, estado civil, raça e escolaridade .....	63

<b>Tabela 17</b>	Distribuição da variável metástase segundo as variáveis moradia, religião e estado .....	64
<b>Tabela 18</b>	Distribuição das escalas funcionais de EORTC .....	65

## LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

<b>BRCA</b>	<i>Breast Cancer</i>
<b>INCA</b>	Instituto Nacional do Câncer
<b>QV</b>	Qualidade de Vida
<b>QVRS</b>	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
<b>QLQ</b>	<i>Quality of Life Questionnaire</i>
<b>WHOQOL</b>	<i>World Health Organization Quality of Life</i>
<b>FCECON</b>	Fundação Centro de Controle de Oncologia
<b>EORTC</b>	<i>European Organization for Research and Treatment of Cancer</i>
<b>SF</b>	<i>Short Form</i>
<b>FACT</b>	<i>Functional Assessment Cancer Therapy</i>
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>UICC</b>	União Internacional Contra o Câncer
<b>TNM</b>	Tumor-Nódulo-Metástase
<b>TU</b>	Tumor
<b>M</b>	Metástase

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>2 QUESTÕES NORTEADORAS.....</b>	<b>16</b>
<b>3 REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>18</b>
<b>3.1 Estado da Arte da Qualidade de Vida.....</b>	<b>18</b>
<b>3.2 Qualidade de Vida em mulheres com Câncer de Mama.....</b>	<b>25</b>
<b>3.3 Propedêutica do Câncer de Mama.....</b>	<b>29</b>
3.3.1 A mama adulta.....	32
3.3.2 Tamanho do tumor (T).....	33
3.3.3 Linfonodos Regionais (N).....	33
3.3.4 Metástases (M).....	33
<b>3.4 Tratamento Adjuvante e Neoadjuvante do Câncer de Mama.....</b>	<b>34</b>
<b>3.5 Instrumento de avaliação de qualidade de Vida (EORTC QLQ-C30).....</b>	<b>35</b>
<b>4 OBJETIVOS.....</b>	<b>38</b>
<b>4.1 Geral.....</b>	<b>38</b>
<b>4.2 Específicos.....</b>	<b>38</b>
<b>5 METODOLOGIA.....</b>	<b>39</b>
<b>5.1 Modelo de Estudo.....</b>	<b>39</b>
<b>5.2 Local do estudo.....</b>	<b>39</b>
5.2.1 Fundação Centro de Controle de Oncologia.....	40
<b>5.3 Universo do Estudo.....</b>	<b>40</b>
5.3.1 Participantes .....	40
<b>5.4 Informações Éticas.....</b>	<b>40</b>
<b>5.5 Procedimentos.....</b>	<b>41</b>
5.5.1 Técnicas Procedimentos e Instrumento de coleta de dados.....	41
<b>5.6 Análise de Resultados.....</b>	<b>43</b>
<b>6 RESULTADOS.....</b>	<b>45</b>
<b>7 DISCUSSÃO.....</b>	<b>66</b>
<b>8 CONCLUSÃO.....</b>	<b>78</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>80</b>
<b>APÊNDICES E ANEXOS.....</b>	<b>86</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A qualidade de vida dos seres humanos vem sendo valorizada por toda a comunidade científica, pois é fato que o envelhecimento tem ocorrido mais tardiamente, conduzindo-o a mudanças de hábitos de vida. Contudo, com a conjuntura econômica, o ser humano tem negligenciado, seu status vital no que concerne à vida saudável, se expondo cada vez mais às doenças e males que ele mesmo constrói, comprometendo dessa forma o domínio físico, psicológico, equilíbrio emocional, contexto cultural e o sistema de valores no qual está inserido.

Para as mulheres, as exposições às doenças em decorrência de sua longevidade, tem sido um importante fator de preocupações, pois estão cada vez mais susceptíveis às doenças degenerativas, incluindo-se entre esses o câncer de mama, que se tornou um grave problema de saúde pública, apontado como a forma mais comum de câncer e a primeira causa de morte entre mulheres, sendo, ainda, o segundo tipo de tumor mais frequente no mundo e sua incidência teve um crescimento contínuo na última década (INCA, 2010).

Para o ano de 2010 e 2011, o Instituto Nacional de Câncer (INCA) estimou em 49.240 os casos novos de câncer de mama em todo o Brasil, com um risco estimado de 51 casos a cada 100 mil mulheres. Ainda para o INCA, a incidência de câncer de mama é maior na região Sudeste, com um total de 27.620 novos casos, na Região Norte estima 1.350 (novos casos), sendo que sua relevância se dá ao fato de que a estimativa para o câncer de mama feminino no Estado do Amazonas é de 310 novos casos, fato que o põe no ranking dos tumores por localização primária como a segunda mais incidente neoplasia maligna entre as mulheres, (INCA, 2009), perdendo apenas para o câncer de colo de útero.

Portanto o câncer representa uma causa importante de morbidez e mortalidade, gerador de efeitos que não se limitam apenas aos participantes oncológicos, mas que se

estendem, principalmente, aos familiares, destacando-se os efeitos de ordem social e emocional.

Assim é importante que mulheres pós-tratamento, passem por um acompanhamento rigoroso no sentido de diminuir os traumas, prevenindo dessa forma um novo desgaste físico e emocional, uma vez que além da questão estética, especialmente nas pacientes submetidas à mastectomia total, elas deparam com o paradigma da morte e o sofrimento no tratamento em si e suas implicações.

Nessa perspectiva, o maior drama vivido pela paciente surge quando ela recebe o comunicado do diagnóstico. Ressalta-se, então, que o prognóstico para o câncer de mama, esta diretamente relacionada com as expectativas que essas mulheres constroem, em torno da doença, influenciando diretamente com a aceitação do tratamento e adesão ao mesmo.

Assim, a importância da avaliação da qualidade de vida, em mulheres com câncer de mama, se dá ao fato de que, a participação nos processos terapêuticos se relaciona à compreensão das experiências e as transformações enfrentadas por mulheres e seus familiares, uma vez, que terão que vivenciar o sofrimento causado pela doença e as questões que envolvem a terapêutica de escolha.

Observa-se que o próprio tratamento do câncer, os temores em relação à dor, a mutilação, o distanciamento da rotina diária, o afastamento do ofício, o sofrimento da família, além da dolorosa e fatigante expectativa dos resultados, geram uma experiência traumática e angustiante, levando algumas mulheres ao extremo sofrimento, e em alguns casos, afastamento do meio social, em decorrência de tabus como a morte eminente, que ainda mesmo com os novos tratamentos, permeiam o câncer.

Portanto um estudo sobre qualidade de vida em pacientes com câncer, com objetivo geral de avaliar a qualidade de vida de mulheres com cancer de mama pós tratamento neoadjuvante e adjuvante que poderá constituir uma possível fonte de dados para discussões

sobre a escolha correta do tratamento conservador além fornecer informações sobre como essas mulheres estão enfrentando as dificuldades envolvendo o câncer de mama e a terapêutica de escolha.

## 2. QUESTÕES NORTEADORAS

- Qual o perfil demográfico e clínico das mulheres com câncer de mama pós-tratamento neo-adjuvante e adjuvante atendidas numa unidade de referência de Manaus?
- Qual o estado geral de saúde das mulheres com câncer de mama pós-tratamento neo-adjuvante e adjuvante atendidas numa unidade de referência de Manaus?
- Quais os valores das funções física, emocional, cognitiva e social, e desempenho de papéis atribuídos às mulheres com câncer de mama pós-tratamento neo-adjuvante e adjuvante atendidas numa unidade de referência de Manaus?

### 3. REVISÃO DA LITERATURA

#### 3.1 Estado da Arte da Qualidade de Vida.

No mundo, pesquisadores, grupos organizados e associações, acreditam que atitudes humanitárias, devem acontecer em todos os seguimentos que envolvem os indivíduos, desde a prevenção de doenças, como a busca para a preservação da vida com qualidade e dignidade. No entanto, a vontade de dignificar a vida do homem, não é tão recente.

O entendimento da importância da qualidade de vida vem sendo discutido desde a época de Aristóteles, evoluindo na medida em que se observa que o homem morre mais tarde e, conseqüentemente, com a longevidade, fica mais exposto as doenças e males que o circunda.

Neste contexto, observa-se a necessidade de estabelecer conceitos sobre qualidade de vida, uma vez que detectou-se que o comprometimento da saúde não se limita apenas as respostas físicas, como também as questões que circundam o dia-a-dia dos sujeitos.) completa essa idéia afirmando que, “no século XVIII, quando ocupava as funções de diretor geral de saúde pública da Lombardia austríaca e professor da faculdade de medicina Johann Peter Frank escreveu, no celebre A Miséria do Povo, Mãe das Enfermidades, que a pobreza e as más condições de vida, trabalho, nutrição etc. eram as principais causas das doenças, preconizando, mais do que reformas sanitárias, amplas reformas sociais e econômica (BUSS 2000 p164.).

Os estudos sobre QV em medicina, assunto até pouco tempo, considerado filosófico, tornaram-se parte importante da metodologia científica, empregada na avaliação dos resultados das intervenções, envolvendo doenças crônicas (BARROS, 2003 p188).

Portanto a busca de resultados é considerada relevante para as mais diversas populações assim como para as mais variadas doenças. Já para a retomada histórica das discussões é afirmada nos seguintes relatos:

Há indícios que o termo Qualidade de Vida (QV) tenha surgido na literatura em meados da década de 30, segundo um levantamento de estudos que tinham por objetivo, a sua definição e que faziam referência à avaliação da QV. Costa Neto (Apud Seidl e Zannon 2004), trabalhando a publicação de Cummins, Intitulada *Directory of Instruments to Measure Quality of Life and Correlate Areas*, publicada em 1998, identificou 446 instrumentos, no período de setenta anos. No entanto 332 instrumentos identificados, equivalentes a mais de 70,0% do total, aparecem na Literatura a partir dos anos 80. O acentuado crescimento nas duas últimas décadas atesta os esforços voltados para o amadurecimento conceitual e metodológico do uso do termo na linguagem científica (SEIDL e ZANNON, 2004 p.3).

O termo hoje denominado *Qualidade de Vida (QV)* é uma nova forma de expressar uma idéia antiga e que pertence ao mesmo universo semântico e ideológico de conceitos como: *vida boa, bem estar e felicidade* citam Kimura e Ferreira 2004 (apud, LEÃO et al, 2004 p60).

Discutindo a semântica da analogia do termo Qualidade de Vida (QV), as autoras acima citadas referem que:

A noção da qualidade de vida é tão antiga quanto à civilização e sugere a sua correspondência com a concepção aristotélica de *eudaimonia*, interpretada como vida boa, algo próximo do sentir-se pleno e realizado, o bem maior e supremo. Esse conceito incluía também, a noção de viver bem (*euzoia*) e de fazer o bem (*eupraxia*). Para Aristóteles, a felicidade poderia ser alcançada com a prática das virtudes e levaria a vida boa (KIMURA e FERREIRA apud LEÃO et al., 2004 p60).

Sabe-se que, já em meados da década de 70, Campbell em 1976, tentou explicitar as dificuldades que cercavam a conceituação do termo qualidade de vida, corroborado no ano anterior, na citação de Seidl e Zannon (2004).

Minayo (2000), quatro anos antes, em discussões sobre o tema, cita que nas últimas décadas, estados subjetivos como, depressão e solidão, atitudes relacionadas à sexualidade e a qualidade de vida passaram a ser intensivamente investigados em estudos epidemiológicos. Já Rufino Netto em 1994, (apud Minayo 2000), construiu o conceito de qualidade de vida, de acordo com as necessidades humanas que ele constatou, afirmando o seguinte:

Vou considerar como qualidade de vida boa ou excelente, aquela que ofereça o mínimo de condições, para que os indivíduos nela inseridos, possam desenvolver o máximo de suas potencialidades, sejam estas: viver, sentir ou amar, trabalhar, produzindo bens e serviços, fazendo ciência ou artes. Falta o esforço de fazer da noção um conceito e tomá-lo operativo.

Maluf (2005), complementa a idéia da Dra. Minayo (2000), quando afirma que as avaliações sobre qualidade de vida abrangem questões sobre auto-estima, imagem corporal e sexualidade (encontrada em alguns instrumentos), isto é, avaliam ou tentam avaliar fatores internos constituintes do *self* psicológico feminino.

Fez-se então necessário que o mundo repensasse seus conceitos e reformulasse idéias a respeito dos direitos do homem e suas necessidades no planeta, nesse contexto, a OMS define qualidade de vida como, “a percepção do individuo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (MACHADO E SAWADA, 2008 p751).

Nessa linha, entende-se que muito do que se discute está relacionado ao fato da degradação ambiental, deteriorização da sustentabilidade, destruição e manipulação perversas das culturas e credos, levam o individuo ao caos das suas raízes, perdendo com isso sua identidade, conseqüentemente, distanciando-o dos valores pessoais, morais, éticos, do desmembrando de uma sociedade justa e de uma vida com qualidade.

Embora a polêmica sobre qualidade de vida estejam inseridas em todos os contextos da sociedade e venha sendo discutido ao longo da historia, observa-se na área de saúde, que existe ainda negligência desta prática na clínica. Os profissionais que insurgem preocupados com o tema entendem que, fatores como qualidade de vida, bem estar, interferem diretamente na resposta do doente.

Machado e Sawada (2008), referem que qualidade de vida é uma noção eminentemente humana que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental, e a própria estética existencial.

Buss (2000), Seidl e Zannon (2004), Oliveira e Pimentel (2008), reafirmam o pensamento, quando dizem que o tema da influencia da saúde, sobre as condições e qualidade de vida, e vice-versa, tem ocupado políticos e pensadores ao longo da história. Acompanhando essa linha de raciocínio, completam que, “o conceito de qualidade de vida tem suscitado pesquisas e cresce a sua utilização nas práticas desenvolvidas nos serviços de saúde, por equipes profissionais que atuam junto a usuários acometidos por enfermidades diversas”. Assim, além do prolongamento da vida, torna-se necessária a manutenção de uma vida com qualidade

Lima et al. em 2006, em estudos prévios afirmam “a QV passa ao campo da saúde, quando se considera, que a doença e as intervenções realizadas, influenciam tanto sobre a quantidade (sobrevivência), como sobre a QV do individuo”. No campo da medicina, concordando com essa idéia, Huguet et al. (2009) comentam que, ”qualidade de vida, é termo de difícil definição, haja vista que inclui uma variedade potencial de condições que afetam: a percepção do individuo, seus sentimentos e comportamentos relacionados ao seu funcionamento diário, incluindo a sua condição de saúde e intervenções médicas”.

Preocupados com uma vida de qualidade e tentando, conceituar qualidade de vida, com base nas afirmações das necessidades básicas do individuo, discutidas pelos autores acima, o texto publicado no ano anterior, a seguir disserta:

“Não há uma definição consensual de QV, mas existe uma concordância razoável entre os pesquisadores acerca do construto QV, cujas características são, as subjetividades relacionadas às respostas que devem ser do próprio individuo, e depende da sua experiência de vida, valores e cultura; a multidimensionalidade, que se caracteriza pelos vários domínios que envolvem a avaliação de QV, pode variar de bom para ruim. Portanto a

concepção de QV é diferente, entre os indivíduos, locais e tempo diferentes” (MACHADO e SAWADA, 2008).

Entretanto no contexto da oncologia, a QV, pode ser definida como, a percepção subjetiva do indivíduo em relação a sua incapacidade e à satisfação com seu nível atual de funcionamento, fazendo com que a pessoa considere que esteja bem ou não, comparativamente ao que percebe como possível ou ideal (LIMA e BORGES, 2008 p6).

levando dessa forma, a crer que a doença assinala fatores não só fisiológicos, mas também, fatores pessoais, fatores sociais, influenciando a perspectiva do doente em relação às condutas no seu tratamento e a possível cura relacionada ao crescimento da indústria farmacêutica e os avanços da medicina.

Preocupados com esse panorama progressista e com o amadurecimento da população e o surgimento cada vez mais crescente de doenças características das mudanças de hábito de vida e cronologia prolongada da população brasileira e a necessidade da revisão das medidas terapêuticas, essa visão já se refletia anos antes em estudos onde autores como Barros apud Teixeira et al em 2003, tiveram a preocupação de afirmar que, “com isto passou a ser considerada como de importância significativa a verificação das condições psicossociais da vida do doente, modificadas pela doença e pelo tratamento, e sua influência nos resultados e na adesão às medidas terapêuticas recomendadas”.

Concomitante as discussões envolvendo qualidade de vida de um modo geral, viu-se necessário relacionar essa abordagem a saúde, procurando enfatizar as pesquisas em torno do conceito da OMS (2010), sobre “saúde”, daí a construção de uma idéia onde as pesquisas fossem voltadas a “Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS)”.

Em conseqüência foi preciso buscar meios que pudessem avaliar de forma não diretiva, a qualidade de vida dos sujeitos vitimados por doenças que causam transtornos tanto temporário, como permanentes, mas que não isentas dos traumas psicológicos.

Menos trauma, menos danos, menos seqüelas são de fato elementos objetivos daqueles que tentam qualificar a vida mesmo com a realidade do enfrentamento e do sofrimento gerado pela doença.

Sendo assim, é preciso com base nesse construto, criar quantitativamente, sem desqualificar, experimentos que avaliam a QV.

Daí surgirem varias associações em todo o mundo, com a idéia central de avaliação da QV, e cada idéia devendo ser coerente com a doença do sujeito da amostra que se estava estudando, focalizando a utilidade de um tratamento, até mesmo o equilíbrio emocional frente a doença.

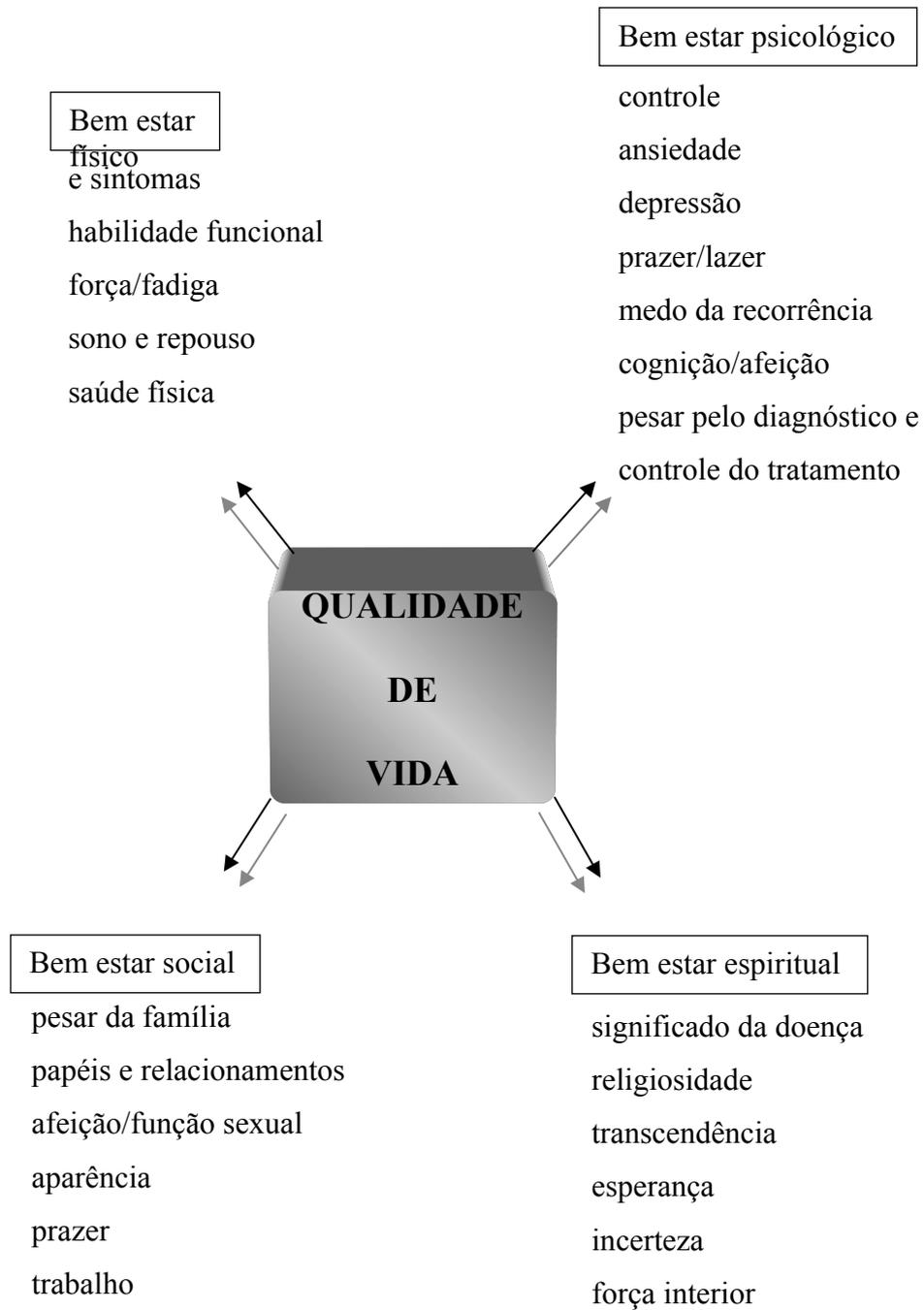
Com base nessa discussão, LOTTI et al. (2008) referem que, “A QV apresenta, além dos aspectos associados às enfermidades e intervenções em saúde, uma acepção mais ampla, aparentemente influenciada por estudos sociológicos, sem fazer referência a disfunções ou agravos que são aspectos mais abordados na QRVS”.

Mesmo diante da formulação de instrumentos que viessem avaliar a qualidade de vida, observava-se que os domínios de abordagem e a metodologia não atingia dependendo da doença ou do seguimento os objetivos propostos.

Dessa forma, a ausência de um instrumento que avaliasse qualidade de vida *per se*, com uma perspectiva internacional, fez com que a OMS constituísse um grupo de Qualidade de Vida (Grupo WHOQOL) com a finalidade de desenvolver instrumentos capazes de fazer-luz dentro de uma perspectiva transcultural afirmam FLECK et al. (2000), que estudam qualidade de vida e os instrumentos aplicados para avaliação.

Anos antes observando essa necessidade, Ferrell construiu em 1995 a figura a seguir (Fig1).

**Figura 1. Modelo de Qualidade de Vida para sobreviventes do câncer**



Fonte: Ferrell, Hassey e Grant (1995), apud PAIVA (2006)

O Modelo de Ferrel para QV, procura correlacionar dados num ciclo que conceitua muito bem o termo qualidade de vida (QV), mostrando o bem estar como a principal interligação entre, nesse caso, o paciente e a qualidade de vida.

Podendo ainda ser analisada durante a doença e após, principalmente quando se refere as doenças degenerativas, que modificam radicalmente a rotina, a integridade física do doente e as crenças da família na esperança ao retorno do bem estar social e espiritual e finalmente ao prolongamento da vida sem produção de maiores transtornos aos atores.

### **3.2 Qualidade de Vida em mulheres com Câncer de Mama**

Nos mais variados conceitos que definem QV, o entendimento dos significados que representem os sentimentos, ou mesmo, a vivência das mulheres com câncer de mama, é complexo, apresentando-se nos diferentes campos do saber, porém enfatizados nos fatores biopsíquicos-social , uma vez que a mulher com câncer de mama enfrenta uma mudança tão significativa em sua vida que se compara a um “luto”. Maluf (2005) diz que o luto que passa a mulher com câncer de mama se dá pelo fato da possibilidade dessa mulher se entrar em contato com seus conteúdos internos e os chocar com a nova realidade. Ainda diz que “este processo é doloroso, sendo acompanhado desde tristeza até uma profunda depressão”.

Nas mulheres, a repercussão psicológica do diagnóstico de câncer de mama se apresenta com parâmetros extremos, pois reflete mudanças no estilo de vida, assim como, nas condições sociais, econômicas, físicas e sexuais.

Conde et al. (2006) relata, “o diagnóstico e o tratamento do câncer de mama associam-se a consideráveis repercussões psicológicas. Foram descritos quadros de depressão, ansiedade, ideação suicida, insônia e medo, que inclui desde o abandono pela família e amigos até a recidiva e morte”.

Dalamaria (2009), refletindo sobre o Brasil e as condutas de avaliação da QV no Brasil reafirma com o seguinte texto:

O Brasil deixou de ser um País jovem, aumentou o número de idosos. Estudos recentes do IBGE apontam que o Brasil será o sexto País do mundo com maior número de pessoas idosas. As mulheres têm expectativas de vida bem maior do que os homens. O câncer de mama é uma das neoplasias mais comuns entre as mulheres e é responsável pelo maior número de óbitos no Brasil e no mundo. É também a neoplasia maligna mais temida entre as mulheres, pois está relacionada à sexualidade, à imagem corporal e interfere no aspecto psicológico.

Corroborando com essa afirmativa e observando previamente uma correlação da longevidade com a oncologia, em estudos anos antes, Amar et al. (2004), relataram que, “com a prática dos protocolos de preservação de órgãos e estruturas, a qualidade de vida, despertou maior interesse, tornando-se um argumento para justificar modalidades terapêuticas menos mutiladoras, quando os resultados oncológicos são equivalentes”.

Já Neves (2005) relata que, “a avaliação da qualidade de vida em pacientes oncológicos, tem sido uma grande aliada nos tratamentos de câncer, pois pode oferecer subsídios, para orientar condutas e possibilitar um tratamento mais humano e digno a esses pacientes”, embasando, as necessidades de inserir o sujeito, como ator co-partícipe, da busca a reintegridade física, a ausência da doença, perspectiva de cura e possível retorno às atividades de rotina e o convívio no seu meio, dessa forma, observando-se que era preciso construir uma forma de avaliar com ciência a QV.

A mulher poderá estar exposta a vivenciar os danos físicos das mutilações, e apresentar fragilidade emocional da condição da sua feminilidade, tornando-a muitas vezes refém da baixa estima e dos possíveis tabus que circundam a doença câncer.

Concordando com essa ideia Bergamasso e Angelo apud Makluf et al (2006), consideram que o câncer da mama tem um profundo impacto psicossocial nas pacientes e seus familiares, enfatizando a importância da avaliação da QV em mulheres com câncer de mama.

Citando as mais diversas terapêuticas utilizadas. Reis (2006) afirma que a partir de avaliação psicológica percebe-se que os fatores emocionais e existenciais influenciam, tanto no processo de produção da doença, quanto no sucesso do tratamento, o que nos remete, o quanto a ciência pode contribuir ao se desenvolver estudos que revelem achados epidemiológicos, sociais, biológicos, psicológicos sobre o câncer de mama.

É, pois, a partir dos resultados, que a equipe de saúde terá subsídios para o tratamento de escolha e esse o que melhor se adéqua as condições psicossociais que essas mulheres estão experienciando.

Dessa maneira, as neoplasias mamárias têm sua demanda sobre as mulheres (CANTINELLI et al. 2006).

Portanto, é importante que a ênfase na avaliação da qualidade de vida, em pacientes com câncer de mama, acompanhe o avanço do tratamento, uma vez que, como previamente citado por Paiva (2006), em dissertação de mestrado, "o termo também está ligado às prioridades de cada indivíduo e ao seu contexto de vida, existindo uma semelhança entre uma variedade de termos de QV, aos atributos como satisfação de vida, bem-estar, saúde, trabalho, felicidade, lazer, auto-estima e valores de vida".

Pinto e Ribeiro (2007) corroboram a afirmação anterior, uma vez que, referem que, "o cancro" (câncer, segundo Koogan e Houaiss, 2000), não é só uma entidade clínica, pois possui um conjunto vasto de doenças oncológicas.

De acordo com Huguet et al. (2009), "a oncologia é uma das áreas que mais tem avaliado a qualidade de vida, pois os tratamentos, por vezes agressivos, apesar de acrescentarem anos à vida, não acrescentam vida aos anos".

Assim discutindo, que a cura da doença, não deve se limitar a dimensão física, mas as representações emocionais que envolvem a pessoa doente.

O câncer impõe a quem o enfrenta, uma ameaça a integridade física e psíquica, e ainda confronta a pessoa com a sua própria vulnerabilidade.

Assim sendo e sabendo-se que o câncer não é uma doença única, mas um conjunto grande de patologias diversas, cada tipo de câncer pode trazer demandas específicas aos indivíduos.

Sawada et al. (2009), apontam que, a avaliação da QV na oncologia, iniciou-se na década de 40, com um trabalho que desenvolveu uma escala para avaliar função física e as condições de desempenho do paciente.

Entretanto as discussões não param aqui, pois se faz necessário debater o problema e a relação com as sequelas deixadas pela doença e os tratamentos associados utilizados, como por exemplo, as doenças auto-imunes, assim como a aplicação de terapia com as radiações, drogas quimioterápicas e algumas cirurgias mutiladoras que modificam totalmente a auto-imagem do indivíduo e sua percepção do meio em que ele se insere.

No processo terapêutico, os novos tratamentos, possibilitam aumentar a sobrevida dos doentes oncológicos, contudo, muitas vezes, a custo de efeitos adversos, e grande sofrimento emocional e social.

Portanto, os autores são consensuais quando afirmam sobre a complexidade da notícia do diagnóstico de câncer de mama, essa mulher irá vivenciar momentos de angústia, de dor, de medo e terá que lidar com o paradigma e os tabus que circundam o câncer e sua associação com a morte eminente.

As abordagens terapêuticas atuais para o câncer de mama metastático não asseguram aumento na sobrevida. Sendo assim, qualidade de vida passa a ser um dos principais objetivos do tratamento Amado et al. (2006). Já Lotti et al. (2008) afirma, “atualmente existe várias opções de tratamento para o câncer de mama, e a sobrevida dessas mulheres tem aumentado devido ao avanço tecnológico para o diagnóstico e o tratamento”.

Conde et al. (2009) quando discutem a sobrevida de mulheres com câncer de mama escrevem que:

Historicamente, a sobrevida livre de doença e a sobrevida global são os principais parâmetros empregados na avaliação dos resultados do tratamento oncológico. Porém tornou-se evidente que eles são insuficientes. Na comparação de diferentes opções terapêuticas, a QV é um importante parâmetro a ser considerado, auxiliando médicos e pacientes a decidir com relação à terapia mais adequada.

O primeiro foi o grande avanço tecnológico que propiciou maiores possibilidades para a recuperação da saúde e prolongamento da vida; segundo fator consiste na mudança do panorama epidemiológico das doenças, sendo que o perfil dominante passou a ser das crônicas; o terceiro fator trata da mudança sobre a visão do ser humano, antes visto como organismo biológico que deveria ser reparado e, hoje, como um agente.

### **3.3 Propedêutica do Câncer de Mama**

A glândula mamária é o órgão responsável pelo processo fisiológico da lactação. É considerada também uma glândula sudorípara modificada e coberta por pele e por tecido subcutâneo e seu desenvolvimento inicia precocemente na vida embrionária (MENKE, 2000). Nas mulheres, as mamas desenvolvem-se em sua forma plena devido a estímulos hormonais e exercem papel de extrema importância na vida reprodutiva e na sexualidade (RIBAS e MELO apud BOFF e WISINTAINER, 2006 p.136).

A mama por não ser um órgão que se forma no início do desenvolvimento humano está passível a mudanças que obedecem de forma cíclica o amadurecimento reprodutivo da mulher, apresentando expressão máxima na gravidez, podendo modificar sua fisiologia e morfologia após essa fase de explosão hormonal, sofrendo declínio na menopausa.

#### **3.3.1 A mama adulta**

Está localizada na parede anterior do tórax entre a segunda e a sexta costela no eixo vertical e entre a borda do esterno e a linha axilar anterior no eixo horizontal. Na porção supero - externa, o tecido mamário estende-se cranialmente em direção à axila, formando um

prolongamento mamário chamado cauda de Spencer. Como já citado em sua formação estrutural, a pele, é sua estrutura de sustentação, sendo semelhante à do restante do corpo. Apresenta folículos pilosos, glândulas sudoríparas e sebáceas e é diferenciada em sua parte central, onde forma o complexo aréola – papilar. Já a aréola, esta situada na altura do quarto espaço intercostal em mamas não – pendulares e tem, em média, de 3 a 6 cm de diâmetro. Os tubérculos de Morgani, localizados na periferia da aréola, são elevações formadas pela abertura dos ductos das glândulas de Montgomery, essas são glândulas sebáceas que aumentam durante a gestação e produzem secreção para lubrificar e proteger a papila ou mamilo, que se trata de uma formação cilíndrica situada no centro da aréola, possui de 10 a 20 óstios, nos quais desembocam os condutos galactóforos. O complexo areolopapilar possui uma fina camada muscular, responsável pela ejeção de secreção dos seios galactóforos e pela ereção da papila, é uma rica rede de terminações nervosas sensitivas.

O tecido mamário é composto por parênquima e estroma. O parênquima, a glândula propriamente dita, é formado pelo sistema ductal e lobular, envolto pelo estroma, o qual é composto por tecido gorduroso, conjuntivo, vasos e nervos. O parênquima é dividido em 15 a 20 segmentos ou lobos, que drenam através dos ductos coletores em direção a papila. Cada lobo é composto por 20 a 40 lóbulos (unidade morfofuncional da mama), e cada lóbulo é formado por 10 a 100 alvéolos. O sistema ductal é composto por um ducto coletor principal, formado por vários pequenos dúctulos intra e extralobulares. O ducto principal drena em direção a papila, onde se dilata, formando os seios galactóforos, em número de 10 a 20, e desembocando nos respectivos óstios da papila.

É no quadrante superior externo da mama que estarão localizados a maioria das lesões malignas da mama, pois ai se localiza a maior parte do parênquima mamário.

O câncer de mama pode originar – se nos ductos de tamanho intermediário ou nos ductos terminais e nos lóbulos. Na maioria dos casos, o diagnóstico de carcinoma lobular e

intraductal baseia-se mais no aspecto histológico que no local de origem. O câncer pode ser invasivo (carcinoma ductal infiltrante, carcinoma lobular infiltrante) ou *in situ* (carcinoma ductal *in situ* ou carcinoma lobular *in situ*) Os subtipos morfológicos do carcinoma ductal invasivo podem ser descritos como cirroso, tubular, medular e mucinoso (COTRAN, apud BARROSO, 2005). Normalmente a nomenclatura do câncer mamário esta diretamente relacionada à localização morfológica.

Os fatores de risco apontados pelos autores são considerados difíceis, no entanto alguns itens predisponentes são apontados (Menke, 2000, Wisintainer e Boff, 2006) como, obesidade, sedentarismo, idade acima de 35 anos, alcoolismo e exposição à carcinógenos.

A suscetibilidade genética ao câncer de mama compreende dois extremos. Em um encontram-se as enfermidades monogênicas de elevada penetrância, que são aquelas mutações herdadas dos genes BRCA1 e BRCA2, segundo LINHARES et al .( 2006) .relacionados aos cânceres hereditários da mama

A maioria dos tumores malignos é passível de prevenção, no entanto após o seu surgimento é primordial para um prognóstico favorável, o diagnóstico precoce, pois a gravidade dos tumores mamários esta ligado ao tamanho do tumor. PAIVA (2006) relata que, após o diagnóstico o estadiamento é o passo seguinte e é considerado de grande importância, pois serve para avaliar o prognóstico do paciente frente a patologia especifica e definir o melhor tratamento

Tiezzi (2009) cita que, “condições endócrinas moduladas pela função ovariana, como a menarca precoce, menopausa tardia e gestação, assim como a utilização de estrógenos exógenos, são componentes relevantes do risco de desenvolvimento do câncer de mama”.

Para nortear as ações de saúde e para uniformizar as condutas, a UICC (União Internacional Contra o Câncer) organizou o estadiamento em grupos de I a IV, estabelecendo

hierarquia. Em 1998, para fins de orientações foi transcrito pelo INCA a classificação TNM para os tumores mamários.

O MS desde 2004, sintetiza a Classificação dos tumores mamários para T conforme o tamanho do Tumor, N de acordo com o comprometimento Nodal e M Metástases, organizando-os da seguinte forma e agrupamentos possíveis:

### 3.3.2 Tamanho do tumor (T)

Tx – Tumor não pode ser avaliado

Tis – Carcinoma in situ

T1 – Tumor com até 2 cm, em sua maior dimensão

T1 mic – Carcinoma microinvasor (até 1mm)

T1a – Tumor com até 0,5 cm, em sua maior dimensão

T1b – Tumor com mais de 0,5 cm, e até 1 cm em sua maior dimensão

T1c – Tumor com mais de 1 cm, e até 2 cm em sua maior dimensão

T2 – Tumor com mais de 2 cm, e até 5 cm em sua maior dimensão

T3 – Tumor com mais de 5 cm, em sua maior dimensão

T4 – Qualquer T com extensão para a pele ou parede torácica

T4a – extensão para parede torácica

T4b – edema (incluindo peau d'Orange), ulceração da pele da mama, nódulos cutâneos satélites na mesma mama

T4c – associação de T4a e T4b

T4d – Carcinoma inflamatório

Observações:

- a) O comprometimento do músculo grande peitoral não caracteriza T4.
- b) Presença de retração da pele ou papila não interfere no estadiamento.

### 3.3.3 Linfonodos Regionais (N)

Nx – Os linfonodos regionais não podem ser avaliados

N0 – Ausência de metástase

N1 – Linfonodos (s) homolateral(is) móvel(is) comprometidos (s)

N2 – Metástase para linfonodo(s) axilar(es) homolateral(is), fixos uns aos outros ou fixos a estruturas vizinhas ou metástase clinicamente aparente somente para linfonodo(s) da cadeia mamária interna homolateral

N2a – Metástase para linfonodo(s) axilar(es) homolateral(is) fixo(s) uns aos outros ou fixos a estruturas vizinhas

N2b – Metástase clinicamente aparente somente para linfonodo(s) da cadeia mamária interna homolateral(is), em evidência clínica de metástase axilar

N3 – Metástase para linfonodo(s) infraclavicular(es) homolateral(is) com ou sem comprometimento do(s) linfonodo(s) axilar(es), ou para linfonodo(s) da mamária interna homolateral clinicamente aparente na presença de evidência clínica de metástase para linfonodo(s) axilar(es) homolateral(is), ou metástase para linfonodo(s) supraclavicular(es) homolateral(is) com ou sem comprometimento do(s) linfonodo(s) axilar(es) ou da mamária interna

N3a – Metástase para linfonodo(s) infraclavicular(es) homolateral(is)

N3b – Metástase para linfonodo(s) da mamária interna homolateral e para linfonodo(s) axilar(es)

N3c – Metástase para linfonodo(s) supraclavicular(es) homolateral(is)

Observação: Clinicamente aparente, é definido como detectado por estudos de imagem (exceto linfocintigrafia), pelo exame clínico ou pelo diagnóstico patológico macroscópico.

### 3.3.4 Metástases (M)

Mx – Metástase a distância não pode ser avaliada

M0 – Ausência de Metástase a distância

M1 – Presença de metástase a distância (incluindo LFN supraclaviculares).

Com base nas classificações anteriormente citadas, o MS (2004) organizou um grupamento por estádios (exposto na tabela1), que possibilita ao medico, o planejamento do tratamento, dar indicação do prognóstico, ajudar na avaliação dos resultados do tratamento, facilita a troca de informação entre os centros de tratamento e finalmente contribui para a pesquisa contínua sobre o câncer de mama.

**Tabela 1 - Grupamento por Estádios no Câncer de Mama**

Estádio 0	Tis	N0	M0
Estádio I	T1	N0	M0
Estádio IIA	T0	N1	M0
	T1	N1	M0
	T2	N0	M0
Estádio IIB	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
Estádio IIIA	T0	N2	M0
	T1	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N1, N2	M0
Estádio IIIB	T4	N0, N1, N2	M0
Estádio IIIC	Qualquer T	N3	M0
Estádio IV	Qualquer T	Qualquer N	M1

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **TNM: classificação de tumores malignos**, 6ª ed, Rio de Janeiro: INCA, 2004.

### 3.4 Tratamento Adjuvante e Neoadjuvante do Câncer de Mama

A Terapêutica Adjuvante se refere a todas as medicações antineoplásicas (quimioterapia, hormônio terapia) e irradiações utilizadas para o tratamento após cirurgia do câncer de mama.

A Terapia Neoadjuvante é uma expressão utilizada na oncologia para o tratamento antes das cirurgias e radioterapia. Segundo Menke (2000), tem o objetivo de obter melhores condições de operabilidade em tumores localmente avançados, e conseqüentemente diminuição dos riscos de morte e retorno da doença e comprometimento na qualidade de vida dessas mulheres, Sales et al., (2001) corroboram quando afirma que em relação às mulheres com de câncer de mama, “as sobreviventes com recidiva ou um novo tumor primário tiveram uma pior avaliação de qualidade de vida em muitos aspectos”, portanto o diagnóstico precoce, precocidade nos achados em casos de recidiva do câncer de mama, as condutas terapêuticas empregadas, são muito importantes para se conseguir maior sobrevida para as pacientes, possibilitando também tratamentos menos agressivo, conseqüentemente diminuindo assim o impacto da doença sobre a mulher e sua família, dando – lhe a chance de diminuir as mudanças decorrentes do choque emocional que se sofre ao receber o diagnóstico de câncer, assim oferecendo a essa mulher a possibilidade de continuar viva, e com uma vida de qualidade.

### **3.5 Instrumento de avaliação de qualidade de Vida (EORTC QLQ-C30)**

A WHOQOL (World Health Organization of Life Quality), incubiu-se de construir um instrumento único que tivesse um enfoque transcultural e permitisse que vários centros trabalhassem as questões sobre QV em colaboração uns com os outros. A definição do Grupo WHOQOL reflete a natureza subjetiva da avaliação que esta imersa no contexto cultural, social e de meio ambiente.

O que está em questão não é a natureza objetiva do meio ambiente, do estado funcional ou do estado psicológico, ou ainda como o profissional de saúde um familiar avalia essas dimensões: É a percepção do respondente/paciente que está sendo avaliada (FLECK, 2000).

Com ênfase nos construtos formulados a partir dos mais variados testes em populações distintas é necessário para a exatidão dos questionários que os mesmos sejam validados nos países em que serão aplicados de acordo com as necessidades da população assim como de acordo com as variáveis clínicas da doença.

Barros apud Teixeira et al. (2003) relatam que, “os métodos tradicionais, baseados em morbidade e mortalidade, as chamadas medidas biomédicas, mostraram-se insuficientes diante do crescente número de opções terapêuticas disponíveis e da diferença tênue de resultados objetivos entre eles”.

A Organização Europeia para Pesquisa e Tratamento do Câncer (EORTC), preocupada com os resultados insuficientes na avaliação da QV observou a necessidade de elaborar um questionário para avaliar a qualidade de vida de pessoas com câncer, segundo SOUZA et al., (2005) denominado EORTC QLQ-C-30.

O questionário avalia a qualidade de vida de pacientes com câncer em várias esferas (domínios) como, por exemplo, nível funcional, presença de sintomas e uma avaliação global do estado de saúde feita pelo paciente. A abrangência de um instrumento (questionário) pode ser geral ou restrita a uma doença ou sintoma. O questionário QLQ-C30 antes mencionado, por exemplo, é um instrumento geral voltado para pacientes com câncer.

Neves (2005), ao discutir na dissertação de mestrado sobre QV na “Avaliação Psicométrica dos Questionários de Qualidade: EORTC QLQ-C30 e FACT-B, em pacientes com Câncer”, diz que, “tem sido uma grande aliada nos tratamentos de câncer, pois pode oferecer subsídios para orientar condutas e possibilitar um tratamento mais humano e digno a estes pacientes” sobre essa citação, LIMA e BORGES (2009) afirmam, “a qualidade de vida dos pacientes com câncer pode ser influenciada por diversos parâmetros, podendo comprometer a saúde do indivíduo,

Em dissertação de mestrado Brabo (2006), validou o e adaptou culturalmente para o Brasil o QLQ – LC13, conjuntamente com o QLQ - C30.

Vartanian et al. (2007) comentam ao aplicar diferentes questionários de avaliação de QV, que de maneira geral, “os questionários de avaliação de qualidade de vida podem ser divididos em questionários genéricos, que visam avaliar a qualidade de vida dos indivíduos independentemente da doença em questão”.

Qualidade de vida é uma variável que se apresenta no cotidiano como um elemento consistente nos aspectos individuais e coletivos do binômio saúde-doença, Por sua subjetividade, seus indicadores devem serem monitorados com bastante cuidado, pois norteia em algumas doenças a escolha do tratamento ideal.

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1 Geral**

Avaliar a qualidade de vida de mulheres com de câncer de mama pós-tratamento neo-adjuvantes e adjuvante.

### **4.2 Específicos**

4.2.1 Caracterizar o perfil sócio-demográfico e clínico das mulheres com câncer de mama pós-tratamento neo-adjuvante e adjuvante atendidas numa unidade de referência de Manaus.

4.2.2 Mensurar o estado geral de saúde/qualidade de vida e as funções física, emocional, cognitiva e social, e desempenho de papéis das mulheres com câncer de mama pós-tratamento neo-adjuvante e adjuvante atendidas numa unidade de referência de Manaus.

## **5. METODOLOGIA**

### **5.1 Modelo de Estudo**

Estudo exploratório, descritivo, com abordagem quantitativa, através de entrevista semi-estruturada de mulheres atendidas na FCECON no período de 2006 a 2009.

### **5.2 Local do estudo**

Unidade ambulatorial e hospitalar da rede pública de saúde da Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas, Fundação Centro de Controle de Oncologia (FCECON), Centro de Referência em prevenção, diagnóstico, tratamento e pesquisa em doenças oncológicas na Amazônia Ocidental.

#### **5.2.1A FUNDAÇÃO CENTRO DE ONCOLOGIA**

A Fundação Centro de Controle de Oncologia (FCECON) está localizada na Zona Oeste da cidade de Manaus, abrange o atendimento para toda Região Norte, fronteiras e populações indígenas no tratamento de doenças relacionadas ao câncer.

Sua estrutura é composta por um prédio de nove andares, comportando um total de 193 leitos para atendimento hospitalar, sendo que atualmente, encontram-se ativos 117 leitos.

### 5.3 Universo do Estudo

O universo do estudo são todas as mulheres com diagnósticos de câncer, obedecendo os critérios de inclusão, atendidas na FCECON no período de 2006 a 2009.

#### 5.3.1 Participantes

A amostragem intencional foi constituída de 123 pacientes do sexo feminino. Que foram diagnosticadas com câncer de mama no período de 2006 a 2009, em acompanhamento terapêutico obedecendo aos critérios de inclusão e exclusão, após tratamento neo-adjuvante e adjuvante, na FCECON, no período, outubro de 2010 a janeiro de 2011.

### 5.4 Informações Éticas

Por se tratar de pesquisa envolvendo seres humanos de forma direta, o plano de dissertação foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas (UFAM), para apreciação e autorização (CNS 196/96). Aprovado sob protocolo: CAAE – 0360.0.115 – 10.

**Critérios de inclusão:** mulheres registradas na FCECON, com diagnóstico de câncer de mama e que foram submetidas a tratamento neo-adjuvantes e adjuvante. Com mais de 35 anos de idade. Que concordem em participar de forma livre e esclarecida da pesquisa.

**Critérios de exclusão:** Mulheres com diagnósticos de câncer que não sejam de mama. Com diagnóstico de câncer de mama que foram a óbito, que foram diagnosticadas no ano de 2009, que abandonaram o tratamento e pacientes do sexo masculino com câncer de mama.

## 5.5 Procedimentos

### 5.5.1 Técnicas Procedimentos e Instrumento de coleta de dados

Inicialmente, solicitamos ao Serviço de Arquivo Medico (SAME), por meio do Sistema *iDoctor*, o agendamento de atendimento dos mastologistas.

Na FCECON, o Ambulatório de Mastologia conta com 09 profissionais especialistas na área que prestam atendimento a partir da segunda-feira até quinta-feira nos horários matutino de 07h00 às 12h00, no vespertino de 14h00 às 17h00, com uma demanda aproximada de 22 pacientes/dia, Utilizamos também o agendamento da Oncologia Clínica, o qual obedece o mesmo horário citado, com exceção apenas para o dia de sexta-feira que tem atendimento.

Foi utilizado auxiliar de pesquisa previamente treinada para manipulação do questionário, observando atenção aos cuidados emocionais e éticos para a abordagem com as respondentes, assim como, possível ação frente a necessidade de alguma intervenção, sob supervisão da pesquisadora responsável.

Em posse do agendamento medico, selecionamos as mulheres sujeitos da pesquisa. Para proceder a abordagem inicial, explicávamos de que se tratava o estudo; foi aplicado a técnica de entrevista estruturada, por meio de instrumento do tipo questionário com perguntas abertas e fechadas. Em seguida foi elaborado lista com nome das respondentes o qual encaminhávamos ao SAME, que selecionava e nos cedeu os prontuários com os dados clínicos do exame histopatológico e evolução médica. Para caracterização dos sujeitos, optou-se pela inclusão do item DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS (APÊNDICE A).A classificação da raça foi usado os dados do IBGE (2006), obedecendo ao padrão de classificação de acordo com as respostas das respondentes.

Para avaliar as condições clinicas das mulheres entrevistadas, na seqüência de informações sobre os dados sócio-demográficos, foram formuladas respostas que foram

registradas segundo os dados fornecidos pelo exame histopatológico, direcionadas a classificação do grau do tumor e a relação com as questões respondidas pelas entrevistadas. Algumas variáveis não atingiram o total de 123 mulheres por falta de dados revelados nos prontuários.

Para o levantamento dos dados de Qualidade de Vida, foi utilizado o Questionário de Qualidade de Vida da *European Organization for Research and Treatment of Câncer Quality of Life Questionnaire Core 30* (EORTC QLQ-30, version 3), traduzido e validado no Brasil por Brabo (2006), (ANEXO A).

O questionário EORTC QLQ-30 (versão 3.0) constitui-se de 30 questões, sendo 28 com valores de um a quatro, com intensidade ou frequência, respectivamente, descritas em: não, um pouco, bastante e muito; e duas questões com *score* de um a sete, sendo a questão 1 equivalente a péssima, a questão 7 equivalente a ótima. Seu modelo é multidimensional e o grupo EORTC o define, em relação aos elementos centrais do estado funcional, sintomas de câncer e específicos do tratamento, angústia psicológica, interação social, impacto financeiro, estado de saúde percebida e QV geral e global. As 30 questões compõem cinco escalas funcionais: funções física, emocional, cognitiva e social e desempenho de papel, uma escala de estado de saúde geral (ESG/QV), três escalas de sintomas para medir fadiga, dor, náusea e vômito, cinco itens para avaliar sintomas como: dispnéia, insônia, perda de apetite, constipação e diarreia e um item que avalia as dificuldades financeiras. O QLQ C30 gera escores nas escalas funcionais e de sintomas. Cada escore é transformado numa escala de 0 a 100, de acordo com as diretrizes do EORTC, onde zero denota o pior funcionamento e 100, o melhor funcionamento nas escalas funcionais e no ESG/QV; Já nas escalas e itens de sintomas, o 100 citam NICOLUSSI e SAWADA (2009), indicam mais sintomas presentes, e o zero, menos sintomas

Estatisticamente, os índices foram obtidos por meio da associação de uma ou mais respostas e sua média. Para transformação dos números em índices, utilizou-se fórmulas com base em transformação linear.

Segundo FAYERS e MACHIN, (2007), o EORTC, estabeleceu-se um escore bruto (EB) de cada escala, que é formado pelo somatório do valor das alternativas assinaladas em cada questão/item que compõe a escala, e foi dividido pelo número de respostas. O valor das alternativas variam de 1 a 4 da questão 1 a 28, calculando-se através da fórmula do EB

$$EB = q_1 + q_2 + q_3 + \dots + q_n / n$$

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

Exemplo: Função física.

$$EB = q_1 + q_2 + q_3 + \dots + q_n / n$$

O segundo passo é a transformação linear (escore entre 0 a 100), que deve seguir os seguintes passos:

Calculo para as Escalas funcionais:

$$\text{Escore} = [(EB-1) / \text{variação}] * 100$$

Calculo para a Escala Global – EGS/QV

$$\text{Escore} = [(EB-1) / \text{variação}] * 100$$

Calculo para as Escalas/itens sintomas

$$\text{Escore} = [(EB-1) / \text{variação}] * 100$$

## 5.6 Análise de Resultados

Para análise das variáveis foi utilizado o teste de Qui-quadrado. E nos casos em que os cálculos das variáveis necessários não foram observados, foi utilizado o Teste Exato de Fisher que se propõe que a distribuição de probabilidade das frequências das tabelas sejam substituídas pela probabilidade da distribuição das mesmas frequências. A comparação entre

médias (variáveis quantitativas), foi realizada utilizando-se de Análise de Variância (ANOVA) ou nos casos em que os pré-supostos necessários não foram satisfeitos realizou-se o teste de Kruskal-Wallis que foi usado para comparar várias amostras independente. Utilizou-se o programa MINITAB 15 e R versão 2.110. Para todas as análises foi fixado um limite de significância igual a 0.05 e um coeficiente de confiança de 95%.

## 6. RESULTADOS

Foram entrevistadas 123 mulheres pós-tratamento que compareceram ao ambulatório da FCECON, para atendimento médico, dessas mulheres o maior número se encontra na faixa etária entre 40 a 50 anos, já a faixa etária de menor número é de mulheres com idade inferior a 40 anos. A maioria das mulheres são casadas. A raça de maior número de mulheres foi à parda, observando que essa descrição foi dada pela própria entrevistada. O grau de escolaridade foi de mulheres que tinham cursado o ensino médio completo.

Tabela 2: Distribuição das amostras segundo as variáveis faixa etária, estado civil, raça e escolaridade.

<b>VARIÁVEIS</b>	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>
<b>Faixa Etária</b>		
menos de 40	13	10,7%
40  -- 50	41	33,6%
50  -- 60	37	30,3%
60 e mais	31	25,4%
<b>Média</b>	<b>52,29</b>	
<b>Desvio-Padrão</b>	<b>10,27</b>	
<b>ESTADO CIVIL</b>		
Casado	45	37,19%
Divorciada	21	17,36%
Estável	15	12,40%
Solteira	23	19,01%
Viúva	17	14,05%
<b>RAÇA</b>		
Amarela	1	0,80%
Branca	41	33,60%
Indígena	1	0,80%
Parda	71	58,20%
Preta	8	6,60%
<b>ESCOLARIDADE</b>		
Analfabeta	3	2,48%
Educação infantil	7	5,79%
fundam incompleto	32	26,45%
fundam completo	13	10,74%
médio incompleto	7	5,79%
médio completo	37	30,58%
superior incompleto	8	6,61%

superior completo	14	11,57%
-------------------	----	--------

As variáveis *moradia, religião, procedência, Estado*, demonstrado na tabela 3, mostram que a maioria das mulheres tem casa própria, quanto a religião de maior número são de mulheres católica com pequena diferença da religião evangélica. Quanto a procedência as mulheres são na maioria oriundas do interior. O maior número de respondentes são do Estado do Amazonas.

Tabela 3: Distribuição das amostras segundo as variáveis, moradia, religião, procedência, raça e escolaridade.

<b>VARIÁVEIS</b>	<b>Freqüência</b>	<b>Porcentagem</b>
<b>MORADIA</b>		
Alugada	13	11,30%
Cedida	9	7,83%
Própria	93	80,87%
<b>RELIGIÃO</b>		
Católica	56	48,70%
Espírita	2	1,74%
Evangélica	52	45,22%
Nenhuma	2	1,74%
pratica varias	1	0,87%
Testem de Jeová	2	1,74%
<b>PROCEDÊNCIA</b>		
Capital	38	32,20%
Interior	46	39,00%
Outro Esrado	34	28,80%
<b>ESTADO</b>		
AC	4	3,40%
AM	84	71,20%
CE	5	4,20%
PA	20	16,90%
PR	2	1,70%
RN	1	0,80%
RR	2	1,70%

As variáveis *faixa etária, estado civil, raça e escolaridade*, (Tabela 4), ao serem comparadas estatisticamente com a classificação de saúde geral durante a última semana, anterior ao dia da entrevista, não apresentou grau de significância, mostrando que não há

relação entre os dados sócio demográficos e o estado de saúde geral. As demais variáveis não tiveram o p-valor calculado devido ao tamanho dos grupo

Tabela 4: Distribuição das variáveis faixa etária, estado civil, raça e escolaridade segundo a pergunta “Como classificaria a sua saúde em geral durante a última semana”.

Variáveis	N	Média	Desvio-padrão	Mediana	p-valor
<b>Faixa Etária</b>					
menos de 40	13	4,538	1,941	5	0,499
40  -- 50	41	5,122	1,487	5	
50  -- 60	37	5	2,108	6	
60 e mais	31	5,484	1,387	6	
<b>ESTADO CIVIL</b>					
Casada	45	5,067	1,529	5	0,541
Divorciada	21	5,095	1,609	5	
Estável	15	4,667	2,38	6	
Solteira	23	5,087	1,952	5	
Viúva	17	5,765	1,393	6	
<b>RAÇA</b>					
Amarela	1	6	-	6	-
Branca	41	5,268	1,597	6	
Indígena	1	7	-	7	
Parda	71	5,085	1,763	5	
Preta	8	4,25	2,053	5	
<b>ESCOLARIDADE</b>					
Analfabeta	3	3,667	1,528	4	-
educação infantil	7	4,714	2,43	6	
fundam incompleto	32	5,187	1,975	5,5	
fundam completo	13	5	1,78	5	
médio incompleto	7	5,571	0,976	6	
médio completo	37	5,216	1,685	6	
superior incompleto	8	4,625	1,685	4,5	
superior completo	14	5,286	1,267	5	

Teste de Kruskal-Wallis

Os dados estatísticos da tabela 5 mostra que as variáveis, *moradia, religião, procedência, assim como Estado*, ao serem comparadas com a classificação de saúde geral durante a última semana, apresentam comprometimento quer venha alterar a qualidade de vida.

Tabela 5: Distribuição das variáveis, moradia, região, procedência e estado segundo a pergunta “Como classificaria a sua saúde em geral durante a última semana”.

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio-padrão</b>	<b>Mediana</b>	<b>p-valor</b>
<b>MORADIA</b>					
Alugada	13	5	2,16	5	0,844
Cedida	9	5,556	1,333	6	
Própria	93	5,097	1,739	5	
<b>RELIGIÃO</b>					
Católica	56	5,018	1,732	5	-
Espírita	2	5,5	2,12	5,5	
Evangélica	52	5,25	1,77	6	
Nenhuma	2	4	1,41	4	
pratica varias	1	6		6	
Testem de Jeová	2	6,5	0,707	6,5	
<b>PROCEDÊNCIA</b>					
Capital	38	5,211	1,613	5	0,935
Interior	46	4,935	1,982	5,5	
Outro Esrado	34	5,147	1,56	5	
<b>ESTADO</b>					
AC	4	5,75	1,893	6,5	-
AM	84	5,06	1,819	5	
CE	5	4,8	1,924	5	
PA	20	5,05	1,538	5	
PR	2	5,5	2,12	5,5	
RN	1	4	-	4	
RR	2	6	0	6	

Teste de Kruskal-Wallis

Os dados da tabela 6, ao relacionarem *faixa etária, estado civil, raça e escolaridade* segundo a classificação de qualidade de vida global durante a última semana (anterior a entrevista), informam que não há grau de relevância que venha comprometer a qualidade de vida.

Tabela 6: Distribuição das variáveis faixa etária, estado civil, raça e escolaridade segundo a pergunta “Como classificaria a sua qualidade de vida global durante a última semana”.

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio-padrão</b>	<b>Mediana</b>	<b>p-valor</b>
<b>Faixa Etária</b>					
menos de 40	13	4,615	1,121	5	0,235
40  -- 50	41	4,854	1,574	5	
50  -- 60	37	5,432	1,573	6	
60 e mais	31	5,161	1,635	5	
<b>ESTADO CIVIL</b>					
Casado	45	5,044	1,461	5	0,21
Divorciada	21	4,905	1,729	5	
Estável	15	4,867	1,356	5	
Solteira	23	4,957	1,609	5	
Viúva	17	5,824	1,667	7	
<b>RAÇA</b>					
Amarela	1	6		6	-
Branca	41	4,951	1,499	5	
Indígena	1	7		7	
Parda	71	5,155	1,618	5	
Preta	8	4,75	1,389	4	
<b>ESCOLARIDADE</b>					
Analfabeta	3	3	1,73	4	-
educação infantil	7	5	1,414	4	
fundam incompleto	32	5,375	1,661	5,5	
fundam completo	13	4,769	1,922	5	
médio incompleto	7	5,286	1,496	5	
médio completo	37	5	1,394	5	
superior incompleto	8	5	1,309	5	
superior completo	14	5,214	1,477	5	

Teste de Kruskal-Wallis

Ao comparar as variáveis *faixa etária, estado civil, raça, escolaridade, moradia religião, procedência, e Estado* com a Classificação de Qualidade de Vida Global das respondente observam-se que não há grau de significância Assim, como a análise de resultados, os *scores* dessas variáveis também não apresentaram significância.

Tabela 7: Distribuição das variáveis, moradia, região, procedência e estado segundo a pergunta “Como classificaria a sua qualidade de vida global durante a última semana”.

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio-padrão</b>	<b>Mediana</b>	<b>p-valor</b>
<b>MORADIA</b>					
Alugada	13	4,538	1,45	4	0,328
Cedida	9	5,333	1,5	6	
Própria	93	5,118	1,587	5	
<b>RELIGIÃO</b>					
Católica	56	4,893	1,522	5	-
Espírita	2	6	1,41	6	
Evangélica	52	5,288	1,538	5	
Nenhuma	2	3,5	0,707	3,5	
pratica varias	1	6		6	
Testem de Jeová	2	5,5	2,12	5,5	
<b>PROCEDÊNCIA</b>					
Capital	38	5,237	1,422	5	0,109
Interior	46	5,261	1,625	5	
Outro Esrado	34	4,559	1,561	4,5	
<b>ESTADO</b>					
AC	4	5,25	2,06	5,5	-
AM	84	5,25	1,528	5	
CE	5	4,4	2,3	4	
PA	20	4,6	1,429	5	
PR	2	3	0	3	
RN	1	4		4	
RR	2	5	0	5	

Teste de Kruskal-Wallis

Os resultados apresentados na tabela 8 revelam que não há relação entre o *score* de qualidade de vida e as variáveis *faixa etária*, *estado civil*. As demais variáveis, *raça* e *escolaridade* não tiveram o p-valor medidos pela impossibilidade das diferenças numéricas do tamanho dos grupos que apresentam-se ou grandes ou muito pequenos, como raça maior número para a cor parda. A mesma situação se aplica a variável escolaridade, onde analfabeta apresenta se apresenta em menor número e medio completo em maior número.

Tabela 8: Distribuição das variáveis faixa etária, estado civil, raça e escolaridade segundo o Score Global.

Variáveis	N	Média	Desvio-padrão	Mediana	p-valor
<b>Faixa Etária</b>					
menos de 40	13	31.04	15.86	29.76	0.234
40  -- 50	41	28.72	18.18	23.81	
50  -- 60	37	29.63	20.15	25	
60 e mais	31	22	15.78	19.05	
<b>ESTADO CIVIL</b>					
Casado	45	25.9	15.97	19.05	0.458
Divorciada	21	29.93	21.25	26.19	
Estável	15	33.17	20.26	27.38	
Solteira	23	30.43	18.81	30.95	
Viúva	17	21.5	15.2	22.62	
<b>RAÇA</b>					
Amarela	1	36.905		36.905	-
Branca	41	23.17	15.25	21.43	
Indígena	1	27.381		27.381	
Parda	71	29.43	19.26	25	
Preta	8	31.99	21.13	33.33	
<b>ESCOLARIDADE</b>					
Analfabeta	3	35.3	23.8	34.5	-
educ infantil	7	31.8	23.18	22.62	
fundam incomp	32	31.21	18.51	28.57	
fundam comp	13	36.17	21.84	28.57	
medio incomp	7	20.58	11.47	17.86	
médio comp	37	24.26	17.45	20.24	
superior incomp	8	21.28	14.01	17.86	
superior comp	14	23.64	14.65	20.24	

Teste de Kruskal-Wallis

A tabela 9, mostra variáveis *moradia e procedência* insignificante em relação ao *score* de qualidade de vida, no entanto *religião e Estado* não foi possível calcular o p-valor pela discrepância entre os grupos. A religião católica se apresenta em maior número, seguida pela religião evangélica. Estado, a grande maioria são nativos do Amazonas.

Tabela 9: Distribuição das variáveis, moradia, região, procedência e estado segundo o score total.

Variáveis	N	Média	Desvio-padrão	Mediana	p-valor
-----------	---	-------	---------------	---------	---------

**MORADIA**

Alugada	13	30.77	18.14	25	
Cedida	9	27.91	15.26	27.38	0.777
Própria	93	27.24	18.7	22.62	

**RELIGIÃO**

Católica	56	26.32	17.38	21.43	
Espírita	2	15.48	13.47	15.48	
Evangélica	52	27.88	18.79	24.4	
Nenhuma	2	43.5	14.3	43.5	-
pratica varias	1	17.857		17.857	
Testem de Jeova	2	50.6	10.94	50.6	

**PROCEDÊNCIA**

Capital	38	23.34	15.27	19.05	
Interior	46	31.37	19.42	27.98	0.15
Outro Esrado	34	28.22	19.14	24.4	

**ESTADO**

AC	4	23.8	23.2	13.7	
AM	84	27.74	18.02	25	
CE	5	28.57	21.56	29.76	
PA	20	31.79	19.29	29.76	-
PR	2	22	17.7	22	
RN	1	2.381		2.381	
RR	2	19.64	2.53	19.64	

---

Teste de Kruskal-Wallis

Os dados da tabela 10, mostram que não existe relação entre as variáveis faixa etária e Grau do tumor. Variáveis escolaridade não pôde ser medida em consequência das diferenças entre os valores, onde alguns grupos são muito grandes e outros com resultados muito pequenos. No entanto observa-se raça, estado civil, procedência, religião, comprovando que essas variáveis não interferem no grau do tumor.

Tabela 10: Distribuição do Grau do TU segundo as variáveis faixa etária, escolaridade, raça, estado civil, Procedência e religião.

---

<b>Variáveis</b>	<b>Grau DO TU</b>
------------------	-------------------

---

<b>Faixa Etária</b>	<b>G I</b>	<b>G II</b>	<b>G III</b>	<b>G IV</b>	<b>G V</b>	<b>G VI</b>	<b>Total</b>
menos de 40	1	7	3	1	0	0	12
40  -- 50	1	28	4	0	0	2	35
50  -- 60	3	20	5	0	0	0	28
60 e mais	3	16	4	1	1	1	26
	<i>p-valor = 0,530</i>						
<b>ESCOLARIDADE</b>							
Analfabeta	0	1	1	0	1	0	3
educação infantil	1	5	0	0	0	0	6
Fundam incompleto	1	15	5	1	0	2	24
Fundam completo	1	9	2	0	0	0	12
médio incompleto	0	5	2	0	0	0	7
médio completo	2	7	2	0	0	0	11
superior incompleto	0	6	0	1	0	1	8
superior completo	3	22	4	0	0	0	29
	-						
<b>RAÇA</b>							
Amarela	0	1	0	0	0	0	1
Branca	2	27	4	2	0	1	36
Indígena	0	0	1	0	0	0	1
Parda	5	39	10	0	1	1	56
Preta	1	4	1	0	0	1	7
	<i>p-valor = 0,377</i>						
<b>ESTADO CIVIL</b>							
Casada	3	27	5	0	0	1	36
Divorciada	0	14	3	1	0	0	18
Estável	0	8	4	0	0	0	12
Solteira	3	15	3	0	0	0	21
Viúva	1	7	1	1	1	2	13
	<i>p-valor = 0,236</i>						
<b>PROCEDÊNCIA</b>							
Capital	1	26	3	1	0	1	32
Interior	3	27	6	1	0	1	38
Outro Estado	3	17	7	0	1	1	29
	<i>p-valor = 0,644</i>						
<b>RELIGIÃO</b>							
CATÓLICA	2	36	8	1	0	1	48
Espírita	0	0	1	1	0	0	2
Evangélica	5	27	7	0	0	2	41
Nenhuma	0	1	0	0	0	0	1
Pratica varias	0	1	0	0	0	0	1
Testem de Jeová	0	2	0	0	0	0	2
	<i>p-valor = 0,321</i>						

Teste Exato de Fisher

Pode-se observar que na relação variável faixa etária, das 13 mulheres com idade menor de 40 anos, fizeram mastectomia parcial,, 4 não foram submetidas a mastectomia.

No intervalo de 40–50 anos, 28 mulheres foram submetidas a mastectomia total sendo essa a faixa etária de maior prevalência, Das respondentes que apresentam idade entre 50 a 60 anos, 20 foram submetidas a mastectomia total, 15 fizeram mastectomia parcial e 2 não fizeram a cirurgia.

A maioria de mulheres com idade superior a 60 anos fizeram mastectomia total. Embora a faixa etária tenha apresentado prevalência maior que as outras variáveis, a relação mastectomia x faixa etária não apresenta relevância. As variáveis, estado civil e mastectomia não se confirma. Em relação ao estado civil, 26 mulheres casadas foram submetidas a mastectomia total, 15 mastectomia parcial e 4 mulheres casadas não fizeram mastectomia de um total de 45 casadas. Das 21 mulheres divorciadas, 57,1% fizeram mastectomia parcial, 38,1%, fizeram mastectomia total. No item estado conjugal estável, das 15 mulheres que responderam a pergunta, 80% foram submetidas a mastectomia total. As mulheres solteiras que foram submetidas a mastectomia total somaram-se 12 mulheres com 52,2%, para mastectomia parcial 30,4% e 17,4% não fizeram mastectomia. As viúvas totalizaram 17, sendo que 64,7%, foram submetidas a mastectomia total.

Quanto a mulheres da raça amarela apenas 1 foi submetida a mastectomia parcial (100%). Das mulheres brancas 58,5% foram submetidas a mastectomia total, 34,1% mastectomia parcial e 7,3% não foram submetidas a mastectomia. Das 71 mulheres pardas, que responderam ao questionário, 54,9% foram submetidas a mastectomia total, 36,6% mastectomia parcial e 8,5% não fizeram a cirurgia. Das mulheres 62,5% respondentes pretas, foram submetidas a mastectomia total, 25,0% mastectomia parcial, não fez a cirurgia. As variáveis expostas em relação a mastectomia embora mostrem diferenças numéricas entre a raça e a cirurgia de escolha, não apresentam relevância.

Para a escolaridade os valores das variáveis foram os seguintes: 56,8% mulheres com nível médio completo, foram submetidas a mastectomia total, 37,8% mastectomia parcial e

5,4% não fizeram a cirurgia. Das 32 mulheres com escolaridade em nível fundamental incompleto, 18 mulheres foram submetidas a mastectomia total. Para escolaridade, fundamental completo, os dados mostram que do total de 13 mulheres, 9 mulheres fizeram mastectomia total. Mulheres com escolaridade educação infantil, 4 foram submetidas a mastectomia total. Ressalta-se que 3 mulheres que se identificaram como analfabetas, 2 mulheres, fizeram mastectomia parcial e 1 não fez a cirurgia. Com nível de escolaridade medio incompleto, 6 mulheres fizeram mastectomia total. Mulheres com escolaridade nível superior incompleto totalizaram 8, sobre os quais os dados informam que 4 mulheres fizeram mastectomia total e 4 mulheres fizeram mastectomia parcial. Os dados da variável escolaridade mostram valores altos para mulheres que apresentaram mastectomia total, no entanto, a variável escolaridade não tem relação com a escolha da cirurgia.

Tabela 11: Distribuição da variável mastectomia segundo as variáveis faixa etária, estado civil, raça e escolaridade

<b>VARIÁVEIS</b>	<b>MASTECTOMIA</b>
------------------	--------------------

	PARCIAL	%	TOTAL	%	não fez	%	Total
<b>Faixa Etária</b>							
menos de 40	3	23.1	6	46.2	4	30.8	13
40  -- 50	11	26.8	28	68.3	2	4.9	41
50  -- 60	15	40.5	20	54.1	2	5.4	37
60 e mais	14	45.2	15	48.4	2	6.5	31
<i>p-VALOR = 0.098</i>							
<b>ESTADO CIVIL</b>							
Casada	15	33.3	26	57.8	4	8.9	45
Divorciada	12	57.1	8	38.1	1	4.8	21
Estável	3	20.0	12	80.0		0.0	15
Solteira	7	30.4	12	52.2	4	17.4	23
Viúva	5	29.4	11	64.7	1	5.9	17
<i>p-VALOR = 0.233</i>							
<b>RAÇA</b>							
Amarela	1	100.0	0	0.0	0	0.0	1
Branca	14	34.1	24	58.5	3	7.3	41
Indígena	0	0.0	1	100.0	0	0.0	1
Parda	26	36.6	39	54.9	6	8.5	71
Preta	2	25.0	5	62.5	1	12.5	8
<i>p-VALOR = 0.896</i>							
<b>ESCOLARIDADE</b>							
Analfabeta	2	66.7	0	0.0	1	33.3	3
educação infantil	3	42.9	4	57.1	0	0.0	7
fundam incompleto	11	34.4	18	56.3	3	9.4	32
fundam completo	3	23.1	9	69.2	1	7.7	13
médio incompleto	0	0.0	6	85.7	1	14.3	7
médio completo	14	37.8	21	56.8	2	5.4	37
superior incompleto	4	50.0	4	50.0	0	0.0	8
superior completo	5	35.7	7	50.0	2	14.3	14
<i>p-VALOR = 0.427</i>							

Teste Exato de Fisher

Os dados da tabela 12 mostram a distribuição da variável mastectomia segundo as variável moradia, apresentando 93 das entrevistadas com casa própria e dessas, 59,1%, foram submetidas a mastectomia total; 33,3% das com casa própria fizeram mastectomia parcial, e 7,5%, não fizeram mastectomia. A maioria das mulheres moram com casa alugadas, casa cedidas fizeram mastectomia total. Os dados apresentados mostram diferenças importantes no que diz respeito a totalidade numérica em relação as respondents que tem

casa própria e que fizeram mastectomia total no entanto ao avaliar a relevância das variáveis moradia e mastectomia, é observado que não existe significância.

Na variável religião, a prevalência foi de mulheres católicas, onde mais da metade, fizeram mastectomia total. Seguida pelas evangélicas, que totalizaram mais da metade de mulheres a exemplo das católicas fizeram mastectomia total. Os valores apresentados mostram que não houve significância entre as variáveis apresentadas.

A variável procedência também que não mostra significância em relação a variável mastectomia. Os dados apresentados se caracterizaram por mulheres do interior, com a maioria submetidas a mastectomia total,

Tabela 12: Distribuição da variável mastectomia segundo as variáveis moradia, religião e procedência.

VARIÁVEIS	MASTECTOMIA						
	PARCIAL	%	TOTAL	%	não fez	%	Total
<b>MORADIA</b>							
Alugada	4	30,8	8	61,5	1	7,7	13
Cedida	4	44,4	5	55,6	0	0,0	9
Própria	31	33,3	55	59,1	7	7,5	93
<i>p-VALOR = 0,973</i>							
<b>RELIGIÃO</b>							
Católica	22	39,3	34	60,7	0	0,0	56
Espírita	0	0,0	2	100,0	0	0,0	2
Evangélica	16	30,8	29	55,8	7	13,5	52
Nenhuma	1	50,0	1	50,0	0	0,0	2
pratica varias	0	0,0	1	100,0	0	0,0	1
Testem de Jeová	0	0,0	2	100,0	0	0,0	2
<i>p-VALOR = 0,117</i>							
<b>PROCEDÊNCIA</b>							
Capital	18	47,4	17	44,7	3	7,9	38
Interior	13	28,3	31	67,4	2	4,3	46
Outro Esrado	10	29,4	20	58,8	4	11,8	34
<i>p-VALOR = 0,212</i>							

Teste Exato de Fisher

No que concerne a tabela 13, a variável segundo a classificação de saúde em geral na última semana anterior a entrevista e sua relação com a mastectomia total mostra que a comparação dessas variáveis não apresentam relevância.

Para a classificação de qualidade de vida e global durante a última semana anterior a entrevista e a mastectomia total há interferência na qualidade de vida mulheres entrevistadas na última semana. Ao avaliar o *score* total de qualidade de vida e a relação com a mastectomia o p-valor 0,490, também mostra que nesse caso também não há relevância, mesmo com os resultados apresentando a maior média para mastectomia parcial.

Tabela 13: Distribuição da variável mastectomia segundo as variáveis, como classificaria a sua saúde em geral durante a última semana, como classificaria a sua qualidade de vida global durante a última semana e Score total.

VARIÁVEIS	MASTECTOMIA			p-VALOR
	PARCIAL	TOTAL	não fez	
<b>Como classificaria a sua saúde em geral durante a última semana?</b>				
N	43	69	10	
Média	5	5,159	5,3	0,525
Desvio-Padrão	1,662	1,677	2,406	
<b>Como classificaria a sua qualidade de vida global durante a última semana</b>				
N	43	69	10	
Média	5,302	4,957	5	0,555
Desvio-Padrão	1,423	1,585	1,944	
<b>Score Total</b>				
N	43	69	10	
Média	44,21	46,6	45,36	0,490
Desvio-Padrão	13,88	12,98	17,02	

Teste de Kruskal-Wallis

Ao relacionar o tamanho do tumor (de acordo com as informações colhidas no prontuário), com as variáveis *faixa-etária*, *estado civil*, *raça*, *escolaridade* a tabela 14, mostra que a variável faixa etária de 10 respondentes com menos de 40 anos, A maioria apresentou tumor com classificação pT2 (70%), Das 32 que apresentaram idade entre 40 a 50 anos, destacam-se mulheres que tinham tumores classificados como, 20 pT2. No intervalo de 50 –

60 anos foi encontrado 14 mulheres com tumor classificado como pT2. No entanto os valores apresentados mostram que a faixa etária não interfere no tamanho do tumor diagnosticado. Assim como na relação da variável estado civil e classificação do tamanho do tumor. O limite de significância mostra por meio do p-valor 0,135 que não há relevância entre essas variáveis.

Para a relação entre raça e tamanho do tumor, os achados mostram que a raça dessas mulheres não exerceram influência sobre o tamanho do tumor.

Para as variáveis escolaridade e tamanho do tumor, o maior índice de relação foi o nível superior, com pT2.

Tabela 14: Distribuição do tamanho do tumor segundo as variáveis faixa etária, estado civil, raça e escolaridade.

Variável	Tamanho do tumor (T)										Total
	pT1	%	Pt2	%	pT3	%	pT4	%	pTis	%	
<b>Faixa Etária</b>											
Menos de 40	1	10.0	7	70.0	0	0.0	2	20.0	0	0.0	10
40  -- 50	7	21.9	20	62.5	1	3.1	3	9.4	1	3.1	32
50  -- 60	9	32.1	14	50.0	1	3.6	3	10.7	1	3.6	28
60 e mais	6	24.0	14	56.0	1	4.0	3	12.0	1	4.0	25
<i>p-valor=0.981</i>											
<b>ESTADO CIVIL</b>											
Casada	8	25.0	20	62.5	0	0.0	4	12.5	0	0.0	32
Divorciada	5	33.3	10	66.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	15
Estável	2	16.7	6	50.0	1	8.3	2	16.7	1	8.3	12
Solteira	3	13.6	14	63.6	0	0.0	4	18.2	1	4.5	22
Viúva	5	38.5	4	30.8	2	15.4	1	7.7	1	7.7	13
<i>p-valor=0.135</i>											
<b>RAÇA</b>											
Amarela	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1
Branca	11	32.4	18	52.9	0	0.0	5	14.7	0	0.0	34
Indígena	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	100.0	0	0.0	1
Parda	11	21.2	31	59.6	3	5.8	4	7.7	3	5.8	52
Preta	1	14.3	5	71.4	0	0.0	1	14.3	0	0.0	7
<i>p-valor=0.566</i>											
<b>ESCOLARIDADE</b>											
Analfabeta	1	50.0	1	50.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2
Educação infantil	3	50.0	3	50.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	6
fundam incompleto	4	16.7	9	37.5	2	8.3	8	33.3	1	4.2	24
fundam completo	1	9.1	7	63.6	1	9.1	2	18.2	0	0.0	11
médio incompleto	1	16.7	5	83.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	6
médio completo	4	40.0	6	60.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	10
superior incompleto	3	60.0	2	40.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	5



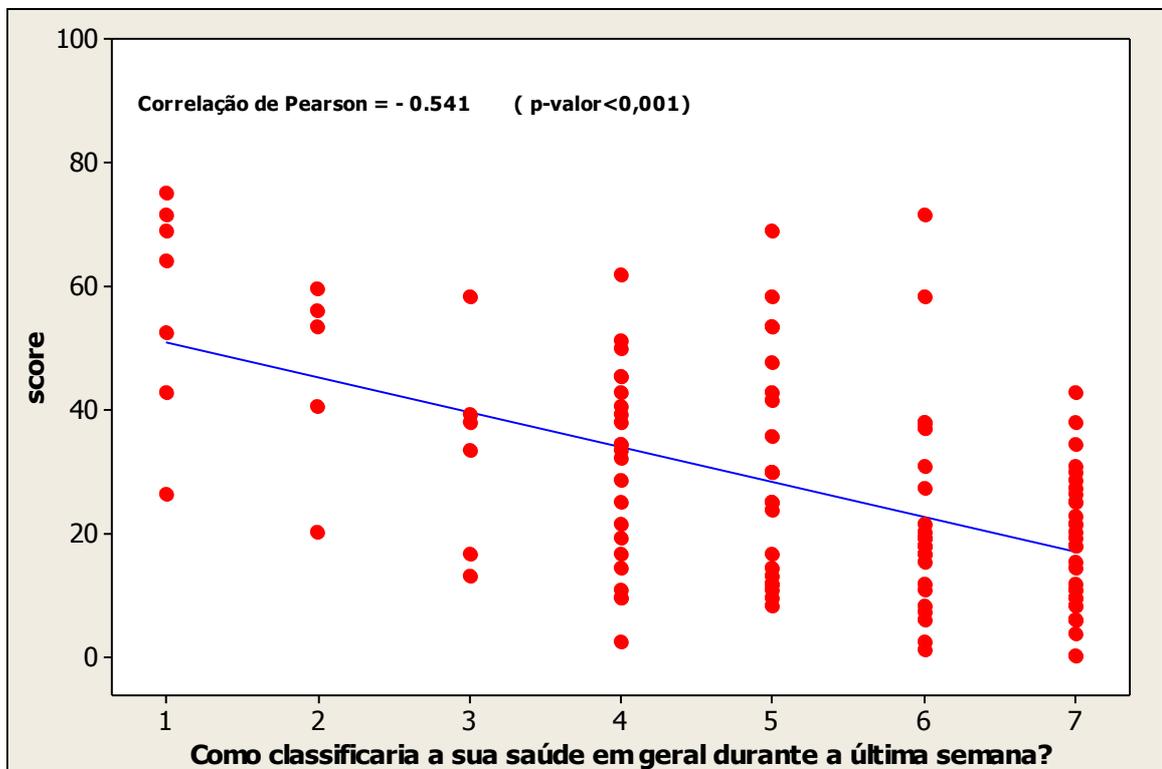
AC	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1
AM	19	28.8	36	54.5	3	4.5	6	9.1	2	3.0	66
CE	0	0.0	3	75.0	0	0.0	1	25.0	0	0.0	4
PA	1	5.9	11	64.7	0	0.0	4	23.5	1	5.9	17
PR	1	50.0	1	50.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2
RN	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1
RR	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1

*p*-valor=0.520

Teste Exato de Fisher

A figura 2, mostra o *score* de classificação da qualidade da saúde geral, revelando que o score maior (56) estar relacionado a resposta número 1 (questão 29) que descreve esse estado de saúde geral, péssimo, foi utilizado a Correlação de Pearson = - 0,541, com limite de significância confirmado pelo *p*-valor menor que 0,001.

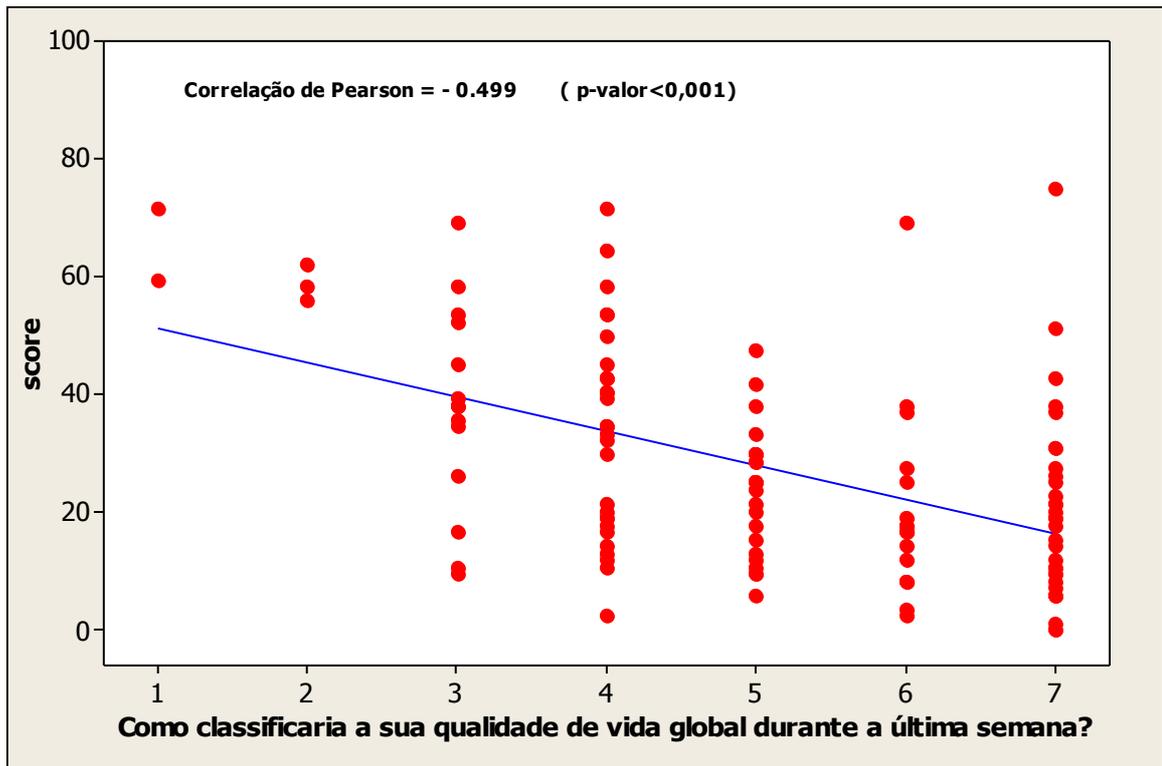
FIGURA 2. Escore de Classificação da Saúde em Geral



A figura 3, evidencia o *score* de classificação de qualidade de vida global, com valores aproximados de 56 para a resposta de número 1 que segundo o EORTC – C30 (versão 3.0)

significa péssima qualidade de vida global na última semana anterior a entrevista, com Correlação de Pearson= - 0,499 e limite de significância menor que 0,005, confirmado pelo p-valor menor que 0,001.

FIGURA 3. Escore de Classificação da Qualidade de Vida Global



A tabela 16, mostra que a variável faixa etária não apresenta correlação com metástase.

Para estado civil, das 29 mulheres casadas, foi encontrado no histopatológico que 86,2% tinham quanto a metástase, diagnóstico Mx, sendo essa a maior frequência encontrada nessa variável,

Embora a prevalência de mulheres brancas ter sido alta (total 31), a raça parda apresentou 39 com diagnóstico Mx, totalizando 83,0% das 47. Essa relação não apresenta significância.

A variável escolaridade não apresenta dados significativos.

Tabela 16: Distribuição da variável metástase segundo as variáveis faixa etária, estado civil, raça e escolaridade.

VARIÁVEIS	METÁSTASES (M)								Total
	M0	%	M1	%	M2	%	Mx	%	
<b>Faixa Etária</b>									
menos de 40	1	10.0	0	0.0	0	0.0	9	90.0	10
40  -- 50	3	10.7	2	7.1	1	3.6	22	78.6	28
50  -- 60	5	21.7	0	0.0	0	0.0	18	78.3	23
60 e mais	3	12.0	1	4.0	0	0.0	21	84.0	25
<i>p-VALOR = 0.891</i>									
<b>ESTADO CIVIL</b>									
Casada	2	6.9	2	6.9	0	0.0	25	86.2	29
Divorciada	1	6.3	0	0.0	0	0.0	15	93.8	16
Estável	5	50.0	1	10.0	1	10.0	3	30.0	10
Solteira	1	6.3	0	0.0	0	0.0	15	93.8	16
Viúva	3	21.4	0	0.0	0	0.0	11	78.6	14
<i>p-VALOR = 0.233</i>									
<b>RAÇA</b>									
Amarela	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	1
Branca	3	9.7	1	3.2	0	0.0	27	87.1	31
Indígena	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1
Parda	7	14.9	0	0.0	1	2.1	39	83.0	47
Preta	1	16.7	1	16.7	0	0.0	4	66.7	6
<i>p-VALOR = 0.896</i>									
<b>ESCOLARIDADE</b>									
Analfabeta	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	100.0	2
educação infantil	1	14.3	0	0.0	0	0.0	6	85.7	7
Fundam incompleto	3	14.3	0	0.0	0	0.0	18	85.7	21
Fundam completo	2	22.2	1	11.1	0	0.0	6	66.7	9
médio incompleto	1	20.0	0	0.0	0	0.0	4	80.0	5
médio completo	4	14.3	2	7.1	1	3.6	21	75.0	28
superior incompleto	1	20.0	0	0.0	0	0.0	4	80.0	5
superior completo	0	0.0	0	0.0	0	0.0	8	100.0	8
<i>p-VALOR = 0.427</i>									

Teste Exato de Fisher

Na tabela 17 a variável moradia mostra das mulheres entrevistadas que não existe valores que relacionem os dados clínicos voltados a presença de metástases e o estilo de vida descrito nesta tabela. Assim como a religião.

Tabela 17: Distribuição das metástases segundo as variáveis moradia, religião e estado civil

VARIÁVEIS	METÁSTASES								Total
	M0	%	M1	%	M2	%	Mx	%	
<b>MORADIA</b>									
Alugada	1	11.1	1	11.1	1	11.1	6	66.7	9
Cedida	1	20.0	1	20.0	0	0.0	3	60.0	5
Práopria	10	13.7	1	1.4	7	9.6	55	75.3	73
<i>p-VALOR = 0.199</i>									
<b>RELIGIÃO</b>									
Católica	5	13.9	2	5.5	0	0.0	29	80.6	36
Espírita	1	50.0	0	0.0	0	0.0	1	50.0	2
Evangélica	6	13.6	1	2.3	7	15.9	30	68.2	44
Nenhuma	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	100.0	1
Testem de Jeova	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	100.0	2
<i>p-VALOR = 0,266</i>									
<b>ESTADO</b>									
Capital	5	16.1	1	3.2	3	9.7	22	71.0	31
Interior	5	15.2	0	0.0	2	6.1	26	78.7	33
Outro Esrado	2	7.4	2	7.4	4	14.8	19	70.4	27
<i>p-VALOR = 0.601</i>									

Teste Exato de Fisher

A tabela 18 especifica as escalas de itens do EORTC QLQ-C30 demonstrando para todas as escalas funcionais, de sintomas e item um N=122. Para as Escalas Funcionais a média para Função Física foi 27,3 com valor mínimo 0,0 e máximo 73,3. Para desempenho de Papel a média foi 29,9, valor mínimo 0,0 e máximo 100,0. Para Função Emocional a média foi 37,9, valor mínimo 0,0 e máximo 100,0. Função Cognitiva a média foi de 35,5, valor mínimo 0,0 e máximo 94,4. A Função Social obteve a média 18,3, valor mínimo 0,0 e valor máximo 100,0. Nas Escalas de Sintomas a fadiga obteve média 28,0, valor máximo 100,0.

Para Náuseas e Vômitos a media foi 17,1, valor mínimo 0,0 e valor máximo 100,0. A Dor obteve média 31,6, valor mínimo 0,0 e valor máximo 100,0.

Nos sintomas como Dispneia os resultados apresentados foram: média 1,4, valor mínimo 1,0 e valor máximo 4,0. Insônia obteve para média 2,1, valor mínimo 1,0 e valor máximo 4,0. Perda de apetite, os resultados foram média 1,5 valor mínimo 1,0 e valor

máximo 4,0. Constipação obteve média 1,6, valor mínimo 1,0 e valor máximo 4,0 .Para Diarréia a média foi 1,3, valor mínimo 1,0 e valor máximo 3,0.

No Item Dificuldades Financeiras, os resultados foram: média 2,1, desvio – padrão 1,1, mediana 2,0, valor mínimo 1,0 e valor máximo 4,0.

Tabela 18: Escalas de itens do EORTC QLQ-C30

<b>Escalas</b>	<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio-Padrão</b>	<b>Mediana</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
<b>Escalas Funcionais</b>						
Função Física	122	27,3	18,8	26,7	0,0	73,3
Desempenho de Papel	122	29,9	31,0	16,7	0,0	100,0
Função Emocional	122	37,9	27,7	33,3	0,0	100,0
Função Cognitiva	122	35,5	24,1	33,3	0,0	94,4
Função Social	122	18,3	26,9	0,0	0,0	100,0
<b>Escalas de Sintomas</b>						
Fadiga	122	28,0	25,2	22,2	0,0	100,0
Náuseas e Vômitos	122	17,1	26,7	0,0	0,0	100,0
Dor	122	31,6	32,1	16,7	0,0	100,0
<b>Sintomas</b>						
Dispnéia	122	1,4	0,7	1,0	1,0	4,0
Insônia	122	2,1	1,1	2,0	1,0	4,0
Perda de Apetite	122	1,5	0,8	1,0	1,0	4,0
Constipação	122	1,6	0,9	1,0	1,0	4,0
Diarréia	122	1,3	0,6	1,0	1,0	3,0
<b>Item</b>						
Dificuldades Financeiras	122	2,1	1,1	2,0	1,0	4,0

## 7. DISCUSSÃO

As questões envolvendo qualidade de vida, vem sendo discutida por pesquisadores Fleck (2008), Sawada (2009) e profissionais em todo o mundo nos últimos dez anos. A

literatura internacional, González (2008), tem largamente usado o termo, para definir condições reais sobre as respostas físicas, psicossociais e sua relação com terapêuticas empregadas em indivíduos com morbidade. É evidente a grande busca por efetividade das ações empregadas, seus resultados e o favorecimento do estado geral em que o paciente estará e será inserido. Huguet et al (2009), afirmam que qualidade de vida é um termo de difícil definição, pois inclui uma variedade potencial de condições que afetam: a percepção do indivíduo, seus sentimentos e comportamentos relacionados ao seu funcionamento diário, incluindo a sua condição de saúde e intervenções médicas. Os conceitos sobre qualidade de vida, por se tratar de uma abordagem subjetiva, forçou a sociedade acadêmica se organizar de tal forma, que constituíram grupos em todo o mundo como o da OMS (WHOQOL - *World Health Organization Quality of Life*), assim como na Europa que formou o EORTC (*European Organization for Research and Treatment of Cancer*). Segundo Fleck (2008), “no domínio da saúde, repensar a qualidade de vida é essencial para embasar o argumento de que a melhora da saúde contribui para a melhora da qualidade de vida ou para o bem estar, e, na verdade, também o contrário é verdadeiro: a melhora da qualidade de vida melhora a saúde”.

As comorbidades, morbidade e mortalidade envolvendo o câncer, tem traduzido a necessidade dos atores na área de saúde entender questões subjetivas que potencializem os resultados envolvendo tratamentos, uma vez que a questão da idiosincrasia, está diretamente relacionada a resposta do indivíduo, que será submetido aos tratamentos agressivos, que fazem parte das terapêuticas do indivíduo com câncer.

O câncer de mama se apresenta na sociedade mundial como elemento de agravo a integridade física, assim como a estrutura emocional, pois trata-se de uma doença que além de mutilar põe em risco a vida da mulher que é a população epidemiologicamente mais atingida. Buscar novos tratamentos e meios que diminuam as mutilações sempre foi prioridade, com o advento do diagnóstico precoce, cada vez mais tem diminuído a alternativa

de retirar totalmente a mama, segundo Huguet et al (2009), “em um primeiro momento, um diagnóstico como o do câncer de mama certamente causa um efeito devastador na vida de uma mulher”.

Foi observado através de dados estatísticos que ao avaliar o perfil sócio-demográfico proposto no estudo que a faixa etária com idade de maior frequência, para o câncer de mama, está no intervalo de 40 a 50 anos e de menor frequência está no intervalo de menos de 40 anos,. Esclowitz et al. (2005) afirmam no livro Mastologia Moderna, e Boff e Wisintainer (2006) em estudos, já haviam citado em trabalhos anteriores esta afirmação, ao relacionar que a idade com a chance de desenvolver câncer de mama em uma mulher de 50 anos é de uma proporção de 1 em 54, já para as mulheres com idade de 30 anos é de 1 para 2.212 mulheres. Os autores acima citados, confirmam assim como MARTINS, et al. (2009) que o cancer de mama é mais frequente em mulheres com mais de 50 anos de idade

A faixa etária desse estudo corresponde ao perfil descrito em outras literaturas, tanto nacional como internacional, confirma-se através da citação que se segue, O câncer de mama, é relativamente raro antes dos 35 anos de idade, mas acima desta faixa etária sua incidência cresce rápida e progressivamente, INCA (2010). No perfil sócio demográfico, observa-se prevalência para as variáveis casadas (45) 37,1%, se somarmos as estáveis (15) 12,40% teremos um total de 60 respondentes o que corresponde aproximadamente a metade das respondentes do presente estudo, que mantém um companheiro em seu convívio.

Ao discutir as variáveis sócio-demográficas, Linard et al (2008), também apresentam em seus achados uma maior prevalência de mulheres casadas ou com relação estável, indo ao encontro à citação de Aguiar et al. (2008) que afirma o que há prevalência para mulheres casadas, no câncer de mama, dados que embora não se confirme pode ser elemento de influência para a qualidade de vida das mulheres do estudo.

Na variável raça, foi utilizado a classificação do IBGE (2006), mantida a autopercepção, uma vez que as entrevistadas, se identificaram em sua grande maioria como pardas, seguidas pela cor branca, segundo a percepção das entrevistadas. Essa pergunta do questionário, foi respondida pela própria mulher, sem nenhuma interferência. As declarações demonstram que foi observado com o câncer de mama, prevalência de mulheres de cor parda, seguidas por mulheres de cor branca, caracterizando assim um perfil que corresponde a realidade da distribuição populacional do Brasil, segundo o IBGE (2006).

O IBGE (2006), reconhece atualmente cinco grupos étnicos no Brasil, com base na raça ou na cor da pele: índio, branco, pardo, preto e amarelo. No censo demográfico de 2000, observou-se que brancos e pretos sofreram um aumento da população e diminuição da cor parda. São informações declaradas pelos próprios respondentes, declara o IBGE.

Na descrição escolaridade, o nível médio completo, foi o resultado de maior frequência e de menor frequência foram analfabetas, segundo o INCA (2010), ao contrário do câncer de colo de útero, o câncer de mama encontra-se relacionado ao processo de urbanização da sociedade, evidenciando maior risco de adoecimento entre mulheres de elevado status socioeconômico, citação que vai ao encontro das informações, de que as mulheres entrevistadas nesse estudo, apresentam boa escolaridade e possuem casa própria.

Quanto a religião, católicas se apresentaram em maior número (48,70%), seguido pelas evangélicas (45,22%).

O Brasil, embora ainda seja considerado um país católico, tem demonstrado nos últimos vinte anos um crescente aumento da população evangélica, mostrando que o Amazonas, mantém características que correspondem aos outros estados brasileiros. Antoniazzi (2003) confirma as informações acima, citando que o aumento da percentagem de evangélicos, de 9,05% em 1991, saltou para 15,45% em 2000, perfazendo um crescimento de quase 90%, em 9 anos.

As participantes desse estudo em sua maioria são mulheres do interior 39,00%, e, do Estado do Amazonas 71,20%, chamando atenção para o fato de que, normalmente elevado status social estão diretamente relacionados a procedência dessas mulheres serem da capital e que, câncer de mama é mais comum em mulheres da capital em consequência do estilo de vida, que se apresenta como fator importante para a qualidade de vida das mulheres uma vez que, o acesso aos serviços de saúde são menos complicados. Já para as mulheres do presente estudo chama atenção para os fatores de risco, que tem exposto as mulheres do interior do Amazonas ao câncer de mama?

Não foi observado relevância entre a classificação de saúde e faixa etária, assim como a variável estado civil. Souza et al (2005) e Conde et al.(2006) ao discutirem em estudos qualidade de vida em mulheres com câncer de mama, concordam que a idade, não exerce influência sobre a qualidade de vida, indo de encontro à Garicochea (2009) que ao estudar idade como fator prognóstico no câncer de mama em estágio inicial, afirma que mulheres mais novas estatisticamente, apresentam pior prognóstico para câncer de mama.

Os dados sócio-demográficos mostram que a variável procedência, tem prevalência maior para o interior, no entanto ao ser distribuída, segundo a classificação de qualidade de vida geral, não há relevância.

Ao avaliar a classificação da qualidade de vida global, segundo as variáveis faixa etária, estado civil, raça e escolaridade, moradia, religião, procedência e Estado, não foi evidenciado relação significativa que determine que esses dados sócio-demográficos gerem influência sobre a qualidade de vida global ou geral das mulheres entrevistadas.

Alegance (2010), ao avaliar os dados sócio-demográficos, afirma que não há significância entre as variáveis citadas e a qualidade de vida de mulheres após tratamento.

Como o questionário de qualidade de vida do EORTC-C30 apresenta multidimensionalidade, os resultados gerados a partir da distribuição das variáveis *faixa*

*etária, estado civil, raça, escolaridade, moradia, religião, procedência* segundo as perguntas que classificam qualidade de vida geral e global, podem pela riqueza de informações se apresentar tanto com dados significativos quanto a qualidade de vida das mulheres após tratamento ou se apresentar sem nenhuma relação, como de fato ocorreu.

“Existem diferenças na qualidade de vida das mulhertes com câncer de mama, em função do seu estado civil, assim como fator sócio demográfico são preditores para a qualidade de vida nos sobrevivente de câncer da mama” (REBELO, 2007). Makluf et al (2006), em estudos anteriores seguem afirmando que a qualidade de vida pode ser alterada pela idade, escolaridade e estado civil.

Quanto a avaliação do *score* de qualidade de vida em relação as variáveis sócio-demográficas investigadas, foi observado que não existe dados que confirmem sua relevância, evidencia-se também que os grupos estatísticos dessas variáveis, não possibilitaram tamanhos para possíveis cálculos. O diagnóstico e/ou tratamento de cancer de mama poderá ser uma experiência muito negativa, relata PATRÃO e LEAL ( 2004), continua afirmando que com repercussão em nível emocional, no entanto, há de se levar em conta alguns fatores prévios, que podem influenciar no estado emocional atual.

Para avaliar as condições clínicas das mulheres entrevistadas, na seqüência de informações sobre os dados sócio-demográficos, foram formuladas perguntas que foram registradas, segundo os dados fornecidos no exame histopatológico, direcionadas a classificação do grau do tumor e a relação com as questões respondidas pelas entrevistadas. Observou-se que algumas variáveis não atingiram o total de 123 mulheres, por falta de dados registrados nos prontuários. O grau histológico do tumor Segundo as variáveis sócio-demograficas propostas não apresentaram importância relevante.

O que se observa em relação a mastectomia e as variáveis propostas, é que em nenhum dos itens avaliados mostram influencia clínica com valores relevantes influenciando a qualidade de vida, fundamentados através dos dados demonstrados nesse estudo.

Em relação da faixa etária a grande maioria das mulheres independente da idade, foram submetidas a mastectomia total. Como a maior parte dos casos é diagnosticada em fase tardia no Brasil, o tratamento mais usado pelos médicos é a mastectomia radical, ao passo que, nos Estados Unidos este tipo de cirurgia, é realizada em apenas 3% dos casos cita Bertolo e Pauli (2008). Soma-se a essa informação a afirmação de Silva et al (2010) quando em estudo discute a percepção do conjuges de mulheres mastectomizadas. Se fóssemos discutir o impacto deletério causado pelo procedimento nos respaldaríamos na afirmação de que, em relação a mastectomia, como qualquer cirurgia, Pinto e Martins (2006) justificam as questões do medo, explicando que são geradoras de grande ansiedade, visto que por mais simples que sejam, implicam em risco de morte e seqüela.

A afirmação anterior é corroborada pela seguinte citação de SILVA, et al. (2010), “a cirurgia foi a primeira modalidade de tratamento que significativamente alterou o curso de uma neoplasia.

Ainda discutindo a questão da mastectomia, é evidenciado ao avaliar a classificação da qualidade de vida geral e global, relacionando-a a cirurgia, os resultados mostram que não há relevância com a mastectomia, nem com o *score* de qualidade de vida apresentados por p-valor, que vai ao de encontro dos autores, Pinto e Martins (2006) que relatam, “em sua maioria as modificações na rotina após a cirurgia são consideradas negativas, pois se relacionam ao abandono do emprego, ou então à impossibilidade de continuar a realizar os serviços domésticos, continuam a afirmando que os sujeitos expressam grande sofrimento por esta perda, pois sentiram seu valor diminuído e seu papel perdido”. Já Bertolo e Pauli (2008), tratando da auto-imagem da mulher mastectomizada, observaram que, para a maioria das

mulheres, a ausência do seio provocou sintomas de estranheza; entretanto, mesmo sendo uma situação difícil e delicada, tiveram boa aceitabilidade.

A relação entre as variáveis *faixa etária, estado civil, raça e escolaridade* e o tamanho do tumor foi observado que a maior frequência de mulheres tiveram tumores com classificação pT1 ou pT2, que se caracterizam por tumores com tamanho de 2cm, ou de 2cm e até 5cm em sua maior dimensão, respectivamente. Este fato não apresenta índice de significância que represente relevância, informação que vai de encontro as afirmações de Garicochea et al (2009) ao discutirem idade como fator prognóstico no câncer de mama em estágio inicial, “a definição da idade como fator prognóstico relevante, é fundamental em câncer de mama localizado, pois trata-se de uma patologia potencialmente curável, indicando a necessidade de um tratamento mais agressivo, caso essa população apresente alta taxa de recorrência e baixa sobrevida”.

Os dados coletados demonstram que a escolaridade, se faz presente como um fator que pela procura mais precoce ao atendimento especializado pode influenciara na classificação do tumor, uma vez que de 30 mulheres, 70,0%, apresentaram pT2 e 20% pT1, embora esses tumores já sejam considerados grandes, evidencia-se a importancia das mulheres que por esclarecimento, procurarem o serviço de saúde, quando percebem alguma anormalidade em sua mama, fato importante, pois determina condutas menos agressivas no tratamento da doença influenciando com a qualidade de vida, além de ir de encontro a um dos elementos que podem contribuir para a gravidade dos indicadores como afirmam Bertolo e Pauli (2008).que se deve a políticas ineficazes de controle e rastreamento da doença, as quais estabelecem o diagnóstico do câncer de mama, em fase mais avançadas.

Dentre as mulheres praticantes de auto-exame de mamas, foi avaliada a relação entre a prevalência das que realizam ao menos mensalmente e a classe social das mulheres, observando-se tendência de redução da prevalência em direção às classes mais altas, afirmam

Scowitz et al (2005). As altas taxas de mortalidade estão diretamente relacionadas a questão dessa doença ser diagnosticada em estágios avançados (MAKLUF et al, 2008). Huguet et al (2009), observaram que mulheres com taxas mais altas de escolaridade tem melhor percepção da sexualidade, dessa forma é possível que o entendimento mais aproximado da doença levem a uma noção melhor dos meios para um diagnóstico precoce. Embora devamos observar que segundo MORAES, et al. ( 2006), tumores acima de 2cm são considerados em fase mais tardia da doença

Moradia, procedência e Estado embora tenham apresentado mulheres com diagnóstico de tumores de 2cm a 5cm em sua maior dimensão, não representaram índice de significância, que enfatizasse a relação entre tamanho do tumor e a qualidade de vida das mulheres, no entanto a importância no que diz respeito a religião e o tamanho do tumor, mostrou que mulheres religiosas apresentam tumores em sua grande maioria com classificação pT1 e pT2, demonstrando que esse é um fator importante que pode influenciar para a procura precoce da definição do diagnóstico, e que, o suporte religioso se apresenta como fator importante em todo o processo da doença e suas implicações. Além de que, servir como elemento para as perspectivas que essas mulheres tem em relação a própria vida e sua missão religiosa.

Quando foi cruzado as estratégias de enfrentamento religioso com a busca do suporte social, e o foco religioso com o foco na emoção há diferença altamente significativa, ou seja, de acordo com LEITE e AMORIM (2009), a mulher que teve algum efeito colateral utiliza frequentemente a estratégia de foco nas práticas religiosas do que o suporte social ou foco na emoção

Ao se calcular o *score* de classificação de saúde geral e qualidade de vida global das respondentes, foi observado que a maioria marcaram em suas respostas o menor valor, o que corresponde ao pior *score* de qualidade de vida (figuras 2 e 3), confirmado pelo p-valor menor

que 0,001. Ou seja, são mulheres que apresentaram mudanças que comprometem sua rotina diária e conseqüentemente a qualidade de vida.

Esses resultados em oncologia apresentam dimensões difíceis de serem avaliadas pois a percepção do indivíduo se encontra com as mais variadas condições que afetam sua vida geral e global que não se restringe às experiências com a doença e o tratamento, mas toda o contexto de vida em que a paciente está inserida. Há um consenso generalizado em relação às afirmações de AVELAR et al. (2006) de que, intervenções que ajudariam a reduzir o impacto negativo do tratamento na QV devem ser desenvolvidas e integradas na prática clínica de rotina

Mais e mais pesquisas, têm se focado em aspectos específicos da qualidade de vida, outrora negligenciados, como imagem corporal e sexualidade afirma Huguet (2009). Sendo então a partir desse enfoque, tratado à luz do modelo biomédico, contribuindo em diferentes áreas do conhecimento,

Abordagens como essa se fazem necessárias uma vez que foi observado que embora autores descrevam como boa a qualidade de vida em mulheres com câncer de mama, no entanto percebe-se que tanto na doença, no tratamento assim como após essas experiências as mulheres têm dificuldades com relação à visualização da própria imagem, bem como o retorno da sua vida sexual que pode estar relacionada a respostas de pior escore (BERTOLO, PAULI, 2008).

Os achados obtidos nesse estudo, são corroborados pelos resultados de uma pesquisa desenvolvida em Cuba por GONZÁLEZ et al. (2008) que expressam a forma como essa doença e seu tratamento e a perspectiva da morte, afetam a qualidade de vida das mulheres

No entanto foi constatado na literatura pregressa, estudos que vão de encontro aos achados de SALES, (2001) e SEIDL et al. (2004). quando afirmam que, maior número de mulheres avaliaram a qualidade de vida como boa ou ótima

As metástases ao serem cruzadas com variáveis como *faixa etária, estado civil, raça, escolaridade, moradia, religião, procedência*, não mostram nenhuma correlação significativa que venha afetar a qualidade de vida das entrevistadas. Os autores FILHO et al. (2001) e ARAÚJO et al. (2007) em dois estudos de casos, afirmam que as pacientes tinham idade na época do câncer de mama, entre 36 a 48 e outro estudo 57 anos e que o surgimento de sinais e sintomas para o diagnóstico das metástases se deu de 60 a 128 meses após o diagnóstico da doença de base, também não são relacionados idade, ou qualquer outra variável ao surgimento de metástase.

Na Escala de itens do EORTC QLQ-C30, que mostra os indicadores de função e sintomas em sua multidimensionalidade é observado variações nos domínios de interesse como, nas Escalas de Funções, de Sintomas e sintomas específicos como fadiga, náuseas, vômito e dor, além de dificuldades financeiras, mostrando dados que interferem na qualidade de vidas das entrevistadas.

Na avaliação do instrumento de QV, foi observado nas Escalas Funcionais que os resultados apresentam valores altos, determinando que na função física, as respondentes podem realizar atividades físicas pesadas sem dificuldades, são mulheres que desempenham suas atividades de trabalho e lazer sem maiores interferências.

Sales (2001), Conde (2006), González (2008) e Huguet (2009), são consensuais quando afirmam que as mulheres relatam um bom funcionamento físico, e assim como nos achados desse estudo, que mostra que nos domínios físicos a qualidade de vida das mulheres não sofreu influência negativa.

São mulheres que no presente estudo, não se sentem deprimidas, não apresentam concentração ou memória comprometidos, mantendo a função cognitiva, sem comprometimento. Há textos que contradizem esses achados como nas citações dos autores ALEGANCE, et al. (2010), quando afirmam que, o câncer de mama promove

dificuldades para as mulheres enfrentarem a problemática social, gerando isolamento, stigma, mudança de papéis, perda do controle e da autonomia

Zapata e Romero (2010) relacionam em estudo, comprometimento emocional e psicológico em mulheres mais com câncer de mama.

A Escala de Sintomas é avaliada a partir dos valores mais altos correspondente a presença mais intensa dos mesmos e nesse estudo, é evidenciado o impacto dos sintomas sobre a qualidade de vida das mulheres. O estudo mostrou valores máximo para todos os subítens dessa avaliação, mostrando comprometimento na qualidade de vida.

Os dados apresentados nas tabelas do estudo vão ao encontro a Machado e Sawada, (2008) e Silva et al. (2010) quando afirmam em estudos pregressos que observa-se comprometimento nas Escalas de Sintomas de mulheres tratadas de câncer de mama.

Montazeri et al. (2008) afirmam, que observou depois melhora no funcionamento físico e da vitalidade, além da diminuição da dor em mulheres com câncer de mama após tratamento.

Para os sintomas como dispnéia, insônia, perda de apetite, constipação, diarréia, os valores não indicaram interferência na Qualidade de Vida das respondentes.

Dados que discordam dos estudos de Avelar et al. (2006), Rebelo et al. (2007) e Zandonai et al. (2010), que relacionam as escalas de sintomas e sintomas específicos como principais desconfortos em mulheres, mesmo após o tratamento de câncer de mama.

As mulheres entrevistadas não relacionam a qualidade de vida com as dificuldades financeiras. Por serem assistidas em um hospital do SUS, não há correlação de gastos com exames, tratamento cirurgico ou medicamentoso.

González et al. (2008), ao estudar mulheres cubanas com câncer de mama relatam a atenção do governo em relação a assistência financeira, que essas mulheres recebem.

Como na maioria dos estudos sobre mulheres com câncer de mama, há contradições nas respostas, pois o fato de estar no hospital, pode representar um possível retorno do sofrimento gerado pela doença e seu tratamento. Além de que os conflitos naturais, que fizeram parte da semana, ou dia, em que as mulheres foram entrevistadas, podem também atuar como um fator de influência para uma resposta negativa ou não, são portanto mulheres que necessitam de uma atenção maior pois as mudanças geradas pelo diagnóstico e seu tratamento, ainda causam transtornos psicossociais dos quais as respondentes não sabem como enfrentar.

## 8. CONCLUSÃO

Concluiu-se com o presente estudo que as mulheres entrevistadas apresentam-se com idade entre 40 a 50 anos de idade, mantendo as características epidemiológicas para o câncer de mama, que sinaliza a frequência em mulheres com idade acima de 35 anos. A grande maioria é composta de mulheres casadas ou mantém relação estável, com características étnicas de cor parda, fato que corresponde às misturas de raças tão típicas da população brasileira. Embora as mulheres mantenham o padrão de escolaridade e condições de vida, à luz de estudos já realizados, uma vez que possuem casa própria, algumas mulheres que embora não sejam naturais do Amazonas, também vêm do interior sendo a grande maioria da Região Norte e possuem escolaridade com nível médio, caracterizando sócio-demograficamente a população atendida na FCECON. Os resultados contradizem as citações da literatura que apontam melhores níveis de escolaridade associados à urbanização. São pessoas que se prendem às questões religiosas, e sua formação intelectual e espiritualidade age como fator que pode influenciar as condições clínicas, com base na premissa de que quanto melhor o nível de escolaridade, mais cedo se dá a percepção das mulheres da necessidade de buscar os centros de atendimentos, nesse caso, para o diagnóstico e tratamento do câncer, possibilitando achados clínicos que venham facilitar na escolha de um tratamento menos agressivo e bom prognóstico. Embora respondam na escala de funções que não possuem a maioria das dificuldades assinaladas, os resultados do *score* total de qualidade de vida, demonstram que o romantismo se perde, e surge como referencial que compromete a QV, assim como na escala de sintomas, os valores se apresentaram com *scores* máximos descrevendo pior qualidade de vida, que é corroborado pela classificação de saúde geral e global, evidenciando no estudo que as respondentes identificam comprometimento na sua QV. O que desperta um alerta no que diz respeito às mulheres objeto desse estudo. São

portanto mulheres que embora livre da doença, precisam da continuidade de atenção social e psicológica. Observou-se nesse estudo que as condições psicossociais apresentam influência, limitando as respostas no que concerne a compreensão dos conceitos de qualidade de vida, gerando dessa forma perguntas que podem gerar novos estudos. Outro elemento que chama atenção é a informação de que a maioria das respondentes são do interior do Amazonas, constatação de fato que desperta novos questionamentos sobre os fatores que expõem essas mulheres ao câncer de mama.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALDRIGHI, J. M. Qualidade de Vida de Mulheres com Câncer de Mama. **Rev. Bras. de Ginecol Obstet.**, v. 28, n. 3, p. 195-204, 2006.
- ALEGRANCE, C F. et al. Qualidade de vida e Estratégia de enfrentamento em Mulheres com e sem Linfedema Pós-Câncer de mama. **Rev. Bras. de Cancerologia.** 56(3):341-351, 2010.
- AGUIAR, A. D. de Faria et al. Perfil sócio-demográfico e clínico das pacientes em tratamento do câncer mamário. *Rev. Inst Ciências da Saúde*:28(2):191-5, São Paulo, 2008.
- AMADO, F. et al. Câncer de Mama Metastático: a abordagem atual melhora a qualidade de vida? Um estudo prospectivo. **São Paulo Med. J.**, v. 124, n. 4, São Paulo, 2006.
- AMAR, A. et al. Qualidade de Vida e Prognóstico nos Carcinomas Epidermóides de Cabeça e Pescoço. **Rev. Bras. de Otorrinolaringologia.**, v. 68, n. 3, p. 400-403, 2004.
- ANTONIAZZI, A. As Religiões no Brasil Segundo o Censo de 2000. **Revista de Estudo da Religião.** N2, 75-80, São Paulo, 2003.
- ARAÚJO, L. H. de L. et al. Metástase Gástrica de Câncer de Mama: Relato de Caso e Revisão de Literatura. **Rev. Bras. de Cancerologia.** 53(3):365-368, 2007.
- ARCOVERDE, D. **Amamentação.** [online] Disponível em: <http://www.aleitamento.org.br/arquivos/funcbio.htm>> acesso em: 14/11/2009.
- AVELAR, A. M. A. et al. Qualidade de Vida, Ansiedade e Depressão em Mulheres com Câncer de Mama antes e após a Cirurgia. **Rev. Ciênc. Med.** 15(1): 11-20, jan/fev, Campinas, 2006.
- BAIROS, et al. Citopatológico e exame de mama: desigualdades de acesso para mulheres negras no Sul do Brasil. **Epidemiologia Serviço de Saúde.** v17, n2, junho, Brasília, 2008.
- BRABO, E. P. **Validação para o Brasil do questionário de qualidade de vida com pacientes com câncer de pulmão (QLQ – LC13) da Organização Europeia para Pesquisa e Tratamento do Câncer.** Rio de Janeiro. UFRJ, 2006. Dissertação (Mestrado em Clínica Médica). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.
- BARBETTA, P. A. **Estatísticas Aplicadas as Ciências Sociais.** 7ª. Ed. UFSC, 1994.

BARROS, N. **Qualidade de Vida no Doente com Dor**. Dor Contexto interdisciplinar. Editora Maio, p.187-190, 2003.

BERTOLO, B. L.; PAULI, L. T. S. O papel da Enfermagem como cuidadora nas questões das fragilidades da mulher pós – mastectomia. **Boletim da Saúde**, v. 22, N.1, jan – junh. Porto Alegre, 2008.

BOFF, A. R.; WISINTAINER, F. **Mastologia Moderna**. Abordagem Disciplinar. Mesa Redonda, Caxias do Sul, RS, 2006.

BORGES, G. C.; LIMA, T. O. de. Avaliação da qualidade de vida em pacientes com câncer assistidos pelo Centro de Tratamento de Câncer de Dourados. **Interbio**. v. 3. n. 2, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **TNM: classificação de tumores malignos**. 6. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2004.

BUSS, P. M. Promoção da Saúde e Qualidade de Vida. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

CANTINELLI, F. S. et. al. A Oncopsiquiatria no Câncer de Mama – Considerações a respeito de questões do feminino. **Rev. Psiquiatr. Clin.** v. 33, n. 3, São Paulo, 2006.

CICONELLI, R. M. et al. Tradução para a Língua Portuguesa e Validação do Questionário de Qualidade de Vida SF-36 (Brasil SF-36). **Rev. Bras. Reumatologia**, v. 39, n. 3, p. 143-150, 1999.

CONDE, D. M. et al. Qualidade de Vida em mulheres com Câncer de Mama. **Rev. Bras Ginecol Obstet.**, v. 28, n. 3, p. 195-204, 2006.

DALAMARIA, J. M. **Avaliação da qualidade de vida em mulheres idosas com câncer de mama**. Tese de Dissertação disponível em: [http://tede.pucrs.br/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=1938](http://tede.pucrs.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=1938), 2009.

FAYERS, PM; MACHIN, D. **Quality of life**. The assesment, analysis and interpretation of patient-report outcomes, 2<sup>nd</sup> ed, Chichester: Jonh Willey e Sons, 2007.

FILHO, F. de A. G.; et al. Metástase Ocular de Carcinoma de Mama: Relato de Cinco Casos. **Rev. Bras. de Cancerologia**. 17(2):185-92, 2001.

FLECK, M.P.A. et al. The World Organization Instrument to Characteristics Quality of Life (WHOQOL – 100): characteristics and perspectives. **Ciências Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 198-205, 2000.

FLECK, M.P.A. et al. A avaliação de qualidade de vida. Guia para profissionais de saúde. Artmed, Porto Alegre, 2008.

GARICOCHEA, B. et al. Idade como fator prognóstico no câncer de mama em estágio inicial. **Rev. Saúde Pública**. 43(2): 61-7, 2009.

GONZÁLEZ, M. I-; et al. Calidad de Vida em Grupo de Mujeres Cubanas com Cancer de Mama. **Rev. Haban Ciénc méd la Habana**. Vol V II, n 2. Abr-jun, 2008.

HUGUET, P. R. et al. Qualidade de Vida e Sexualidade de Mulheres Tratadas de Câncer de Mama. **Rev. Bras. de Ginecol e Obst.** 31(2): 311-7, 2009.

INCA, Incidência de Câncer no Brasil. Síntese de Resultados e Comentários. Disponível em [http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/conteudo\\_view.asp?ID=5](http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/conteudo_view.asp?ID=5). Acessado em 27/03/2011.

KOOGAN, A., HOUAISS, A. **Enciclopédia e Dicionário**. Edições Delta, Rio de Janeiro, 4 ed. 2000.

LEÃO, E. R. et. al. **Dor 5º Sinal Vital**. Reflexão e Intervenções de Enfermagem. Paraná, Maio, 2004.

LEITE, F. M. C.; AMORIM, M. H. C. A relação entre as modalidades e as variáveis clínicas de mulheres com diagnóstico de câncer de mama em uso de tamoxifeno. **Rev. Bras. de Pesquisa em Saúde**. 11(4): 55-61, 2009.

LIMA, T. O. de; BORGES, G. C. Avaliação da Qualidade de Vida com Câncer pelo centro de Tratamento De Câncer de Dourados. **Intebio**, v. 3, n.2, 2009.

LINARD, A. G. et al. Práticas e Fatores de Risco para o Câncer de Mama em Mulheres Trabalhadoras. **Rev. Rene**. Fortaleza, v9,n5, 92-98, jul/set, 2008.

LINHARES, J. J. et al. **Rev. Bras. de Cancerologia**. v. 52, n. 4, p. 387-393, 2006.

LOTTI, et. al. Impacto do Tratamento de Câncer de Mama na qualidade de Vida. **Rev. Bras. de Cancerologia**., v. 54, n. 4, p. 367-371, 2008.

MACHADO, S. M.; SAWADA, N. O. Avaliação da Qualidade de Vida de Pacientes Oncológicos em Tratamento Quimioterápico Adjuvante. **Texto Contexto Enferm.** v. 17, n. 4, p. 750-7, 2008.

MALUF, M. F. et al. O Impacto Psicológico do Câncer de Mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 51, n. 2, p. 149-154, 2005.

MAKLUF, A. S. D. et al. Avaliação da Qualidade de Vida em Mulheres com Câncer de Mama. **Rev. Bras. de Cancerologia**, v. 52, n. 1, p. 40-58, 2006.

MARTINS, E. et al. Evolução temporal dos estádios do câncer de mama ao diagnóstico em um registro de base populacional. *Rev. Bras. de Ginecol. Obstet.* 31(5): 219-23, Goiania, 2009.

MENKE, C. H. et. al. **Rotinas em Mastologia.** Artmed. Porto Alegre, 2000.

MINAYO, C. de S. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 7- 18, 2000.

MONTAZERI, A., et al. Qualidade de vida em pacientes com câncer de mama antes e depois do diagnóstico: um estudo de acompanhamento por um período de dezoito meses. **BMC Câncer**, 8:330, 2008.

MORAES, A. B. de, et al. Estudo de Sobrevida de Pacientes com Câncer de Mama atendidas no Hospital de Santa Maria, rio grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública.** 22(10): 2219-2228, out, Rio de Janeiro, 2006.

MS. Instituto Nacional do Câncer. **Câncer de Mama.** Disponível em: [http://www.Inca.gov.br/conteúdo\\_view.asp?id=336](http://www.Inca.gov.br/conteúdo_view.asp?id=336), acesso em 13/09/2009.

\_\_\_\_\_. INCA. Controle do Câncer de Mama. Documento de Consenso, 2004. <http://www.inca.gov.br/publicações/consensointegrado.pdf>, acesso em 27/03/2010.

\_\_\_\_\_. INCA. **Estimativa 2010** – Incidência de Câncer no Brasil. Disponível em: [http://www1.inca.gov.br/estimativa/2010/index.asp?link=tbregioes\\_...](http://www1.inca.gov.br/estimativa/2010/index.asp?link=tbregioes_...)

NICOLUSSI, A. C. SAWADA, N. O. Qualidade de vida de pacientes com câncer colorretal em terapia adjuvante. **Acta Paul. Enferm.** v. 22, n. 2, São Paulo, 2009.

NEVES, B. F. Avaliação Psicometrica dos Questionários de Qualidade de Vida: EOTC QLQ-C30 e FACT-B, em pacientes com Câncer. **Rev. eletrônica Dedallus**, São Paulo, 2005.

PATRÃO, I., LEAL, I. Abordagem do Impacto Psicossocial no Adoecer da Mama. *Psicologia, Saúde e Doença*. 5(1), 53-73, Lisboa, 2004.

OLIVEIRA, A.; PIMENTEL, F. L. Qualidade de vida dos Doentes Oncológicos, avaliada pelo próprio e pelo cuidador. *Acta Med. Port.*, v. 21, n. 2, p. 125-134, 2008.

PAIVA, S. M. M. **Avaliação de Qualidade de Vida de Pacientes Oncológicos em Tratamento Quimioterápico Adjuvante**. Ribeirão Preto, USP, 2006. Dissertação (Programa de Enfermagem Fundamental), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, 2006.

PERDOMO, S. B. **Ferida nos Pés de Pessoas com Diabetes e seus Impactos Sobre a Qualidade de Vida**. Manaus: UFAM, 2008. Dissertação (Mestrado em Patologia Tropical), Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Amazonas, 2008.

PERKINS, E. A. et al. Individual Differences in Well-being in Older Breast Cancer Survivors. *Crit Rev Oncol hematol*. April; 62(1): 74 – 83, 2007.

PINTO, C. A. S.; RIBEIRO, J. L. P. Sobrevivente do Cancro: uma outra realidade! **Texto Contexto Enferm.**,v. 16, n.1, Florianópolis, 2007.

PINTO, A. C.; MARTINS, G. D. F. Qualidade de vida subsequente à mastectomia: subsídios par intervenção psicológica. **Rev. SBPH**. v.9, n.2, Rio de Janeiro, 2006.

REBELO, V. et al. Avaliação da Qualidade de Vida em Mulheres com Cancro da mama: Um Estudo Exploratório com 60 Mulheres Portuguesas. *Psicologia, Saúde e Doenças*. 8 (1), 13-32, Porto, 2007.

ROBINS, S. L.; CONTRAN, R. S. **Bases Patológicas das Doenças**. Patologia. Ed Elsevier, 7<sup>a</sup>.ed, Rio de Janeiro, 2004.

SALES C. A. C. et. al. Qualidade de vida de mulheres tratadas de câncer de mama: funcionamento social. **Rev. Bras. de Cancerologia**. v. 47 n.3 Julho/Agosto/Setembro, 2001.

SAWADA, N. O. et. al. Avaliação da qualidade de vida de pacientes com câncer submetidos a quimioterapia. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 43, n. 3, São Paulo, 2009.

SCLOWITZ, et al. Conduas na prevenção secund;aria do câncer de mama e fatores associados. **Rev. Saúde Pública**; vol. 39, n. 3, São Paulo, 2005.

SOUZA, R. C. C. et al. Avaliação da Qualidade de Doentes com Carcinoma Retal, Submetidos à Ressecção com Preservação Esfincteriana ou à Amputação Abdomino-perineal. **Rev. Bras. Coloproct**, v. 25, n. 3, p. 253-240, 2005.

SEIDL, E. M.; ZANNON, C. M. L. da C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. Saúde Pública**. v. 20, n. 2, Rio de Janeiro, 2004.

SILVA, et al. Qualidade de Vida em Pacientes Portadores de Neoplasias Mamárias Submetidas a Tratamentos Quimioterápicos. **Rev. Bras. de Cancerologia**. 56(2): 227-236. Rio de Janeiro, 2006.

TEIXEIRA, M.I.J, et. al. **Dor Contexto Interdisciplinar**. Paraná, Maio 2003.

TIEZZI, D. G. Epidemiologia do Câncer de Mama. **Rev. Bras. de Ginecol e Obstet**. vol. 31, n. 5 maio 2009.

VACHALEC, S. et al. EORTC Item Bank Guidelines on behalf of the EORTC Quality of Life Group. , **European Organization for Research and Treatment of Cancer**, Brussels 2001, ISBN 2-930064-32-3.

VARTANIAN, et al. Questionário para avaliação de Qualidade de Vida em pacientes com câncer de cabeça e pescoço validados no Brasil. **Rev. Brasileira de Cirurgia de, Cabeça e Pescoço**; v36, n. 36, p. 108-115, abril/maio/junho, 2007.

ZANDONAI, P. A. Qualidade de vida nos pacientes oncológicos: revisão integrativa da literatura latino-americana. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3a20.htm>. Acessado em 07 de abril de 2010.

## APÊNDICES E ANEXOS

### APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

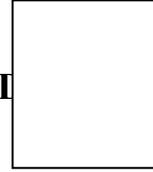
Você está sendo convidada para participar voluntariamente de uma pesquisa. Após ser esclarecida sobre as informações a seguir e, no caso de aceitar fazer parte da pesquisa, assine ao final deste documento, que tem duas vias, sendo que uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. O estudo é intitulado **QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES PÓS-TRATAMENTO NEOADJUVANTE E ADJUVANTE DE CÂNCER DE MAMA.**

**Objetivo do estudo:** avaliar a qualidade de vida de mulheres com de câncer de mama após tratamento neoadjuvante e adjuvante que tiveram atendimento na Fundação Centro de Controle de Oncologia (FCECON), nos anos de 2006 a 2009, na cidade de Manaus, no Estado do Amazonas. **Justificativa:** estudo poderá constituir uma possível fonte de dados para discussões sobre a escolha correta do tratamento conservador além de permear informações sobre como essas mulheres e seus familiares estão enfrentando as dificuldades envolvendo o câncer de mama e a terapêutica de escolha. **Metodologia do estudo:** pesquisa quantitativa a ser realizada com 253 pacientes do sexo feminino com diagnóstico de câncer de mama diagnosticado no período de 2006 a 2009, em acompanhamento terapêutico obedecendo aos critérios de inclusão e exclusão após tratamento neo-adjuvante na Fundação Centro de Controle de Oncologia (FCECON). **Procedimentos metodológicos:** técnica de entrevista estruturada por meio de instrumento do tipo questionário com perguntas abertas e fechadas por meio do Questionário de Qualidade de Vida da *European Organization for Research and Treatment of Câncer Quality of Life Questionnaire Core 30* (EORTC QLQ-30, version 3), traduzido e validado PARA O Brasil por Frederico (2001). **Risco da pesquisa:** tem risco mínimo por não envolver procedimentos diretamente no seu corpo e apenas fazer perguntas de um questionário que não afetará seu estado emocional. Possíveis desconfortos: em caso de não se sentir bem durante a pesquisa e apresentar qualquer desconforto poderá comunicar a este pesquisador que tomará as providencias necessárias para ajudar você. Informamos, ainda, que durante todo o período do estudo, a senhora será acompanhada, que ficaremos à sua disposição para qualquer tipo de esclarecimento sobre o que está sendo estudado e do modo de como está sendo feito o estudo. **Benefícios esperados:** por se tratar de um estudo envolvendo a qualidade de vida de mulheres com câncer de mama e que foram submetidas a tratamento, este trabalho poderá ser fonte para condutas terapêuticas através dos dados obtidos, poderá nesse caso, subsidiar profissionais da saúde em oncologia a lidar com a qualidade de vida de pacientes com câncer. **Recusa e saída da pesquisa:** A qualquer momento a senhora poderá recusar-se a participar da pesquisa ou retirar o seu consentimento de uso das informações coletadas sem que ocorra qualquer tipo de prejuízo à sua pessoa, familiares ou quaisquer pessoas próximas. **Sigilo e anonimato:** Todas as informações coletadas serão guardadas em sigilo. Informamos também que todas as informações das mulheres participantes serão apenas utilizadas apenas para fins deste estudo. **Participação voluntária:** A sua participação nesta pesquisa é voluntária, logo, não será oferecido qualquer tipo de gratificação em dinheiro ao em outra espécie de pagamento pelas informações por você fornecidas. Assim, se concordar com o que foi esclarecido, após a leitura do documento assine. **Consentimento Informado:** Eu, \_\_\_\_\_, autorizo a UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS, localizada na Av. General Rodrigo Otávio Jordão Ramos, 3000, Campus Universitário, Coroado I. Manaus/Amazonas por intermédio da pesquisadora Júlia Mônica Marcelino Benevides, fone: 8167-3046, devidamente orientada pelo pesquisador, e Prof. Dr David Lopes Neto, fone: 8113-2221, do

Programa de Mestrado em Ciências da Saúde, a usar de minhas informações na pesquisa que será realizada. Concordo com o que li, fiquei esclarecida e farei o que me for solicitado.

Manaus/AM, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2011.

Assinatura \_\_\_\_\_ ou digita



**APENDICE B – QUESTIONÁRIO DOS I SÓCIO-DEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS**

**Dados Sócio-demográficos**

Nº Prontuário: \_\_\_\_\_

1. Idade: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

2. Naturalidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Estado Civil: ( ) Solteiro (a) ( ) Casado (a) ( ) Divorciado (a) ( ) Viúvo (a) ( ) Estável

3. Religião: ( ) Católica ( ) Evangélica ( ) Outras religiões: \_\_\_\_\_

4. Profissão: \_\_\_\_\_

5. Moradia: ( ) Casa Própria ( ) Alugada ( ) Cedida ( ) Outros: \_\_\_\_\_

6. Raça: ( ) Branca ( ) Preta ( ) Amarela ( ) Parda ( ) Indígena

7. Escolaridade: ( ) Educação Infantil ( ) Ensino Fundamental Incompleto ( ) Ensino Fundamental Completo ( ) Ensino Médio Completo ( ) Ensino Médio Incompleto ( ) Ensino Superior Completo ( ) Ensino Superior Incompleto ( ) Analfabeta

**Dados Clínicos**

1. Quando do diagnóstico de câncer de mama sofreu alguma mudança na parte financeira? Porquê? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Quanto ao Tratamento: ( ) mastectomia total ( ) mastectomia parcial

( ) Quimioterapia antes da mastectomia

( ) Hormonioterapia antes da mastectomia

( ) Radioterapia antes da mastectomia

( ) Quimioterapia após mastectomia

( ) Hormonioterapia após mastectomia

( ) Radioterapia após mastectomia

( ) Quimioterapia e Radioterapia após mastectomia

3. Dados Laboratoriais: Classificação TNM (anexar resultados).

Localização Anatômica do tumor e Nomenclatura \_\_\_\_\_

---

## ANEXO A – QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA: EORTC-QLQ-C30 (versão 3.0)

Prontuário de Referencia .....

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

Escreva as iniciais do seu nome:

A data de nascimento (dia, mês, ano):

A data de hoje (dia, mês, ano):

**Nas perguntas que se seguem marque com um X o numero de 1 a 4, que melhor se aplica ao seu caso.**

**Obs: Só um número deverá ser marcado.**

	Não	Um pouco	Bastante	Muito
1. Custa-lhe fazer esforços mais violentos, por exemplo, carregar um saco de compras pesado ou uma mala?	1	2	3	4
2. Custa-lhe percorrer uma grande distância a pé?	1	2	3	4
3. Custa-lhe dar um pequeno passeio a pé, fora de casa?	1	2	3	4
4. Precisa ficar na cama ou numa cadeira durante o dia?	1	2	3	4
5. Precisa que o/a ajudem a comer, a vestir-se, a levantar-se ou a ir à casa de banho?	1	2	3	4
<b>Durante a última semana:</b>				
6. Sentiu-se limitado/a no seu emprego ou no desempenho das suas atividades diárias?	1	2	3	4
7. Sentiu-se limitado/a na ocupação habitual dos seus tempos livres ou noutras atividades de lazer?	1	2	3	4
8. Teve falta de ar?	1	2	3	4
9. Teve dores?	1	2	3	4

Por favor, passe à página seguinte

10	Precisou descansar?	1	2	3	4
.					
11	Teve dificuldade em dormir?	1	2	3	4
.					
12	Sentiu-se fraco/a?	1	2	3	4
.					
13	Teve falta de apetite?	1	2	3	4
.					
14	Teve enjoos?	1	2	3	4
.					
15	Vomitou?	1	2	3	4
.					



**ANEXO B - CAAE – 0360.0.115.115 – 10**

• Andamento do projeto - CAAE - 0360.0.115.115-10



**Título do Projeto de Pesquisa**

Qualidade de Vida de Mulheres pós Tratamento de Câncer de mama Neoadjuvante e adjuvante

Situação	Data Inicial no CEP	Data Final no CEP	Data Inicial na CONEP	Data Final na CONEP
Aprovado no CEP	15/09/2010 10:08:46	24/10/2010 23:50:28		

Descrição	Data	Documento	Nº do Doc	Origem
3 - Protocolo Pendente no CEP	11/10/2010 10:33:55	Folha de Rosto	361/10	CEP
4 - Protocolo Aprovado no CEP	24/10/2010 23:50:28	Folha de Rosto	361/10	CEP
1 - Envio da Folha de Rosto pela Internet	26/08/2010 12:11:52	Folha de Rosto	FR366630	Pesquisador
2 - Recebimento de Protocolo pelo CEP (Check-List)	15/09/2010 10:08:46	Folha de Rosto	0360.0.115.115-10	CEPV

[Voltar](#)