

UNIVILLE - UNIVERSIDADE DA REGIÃO DE JOINVILLE
MESTRADO EM SAÚDE E MEIO AMBIENTE

PATRÍCIA LUCIENE DE CARVALHO

QUALIDADE DE VIDA DAS MULHERES COM CÂNCER DE MAMA ATENDIDAS
NA CIDADE DE JOINVILLE-SC

JOINVILLE
2007

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

PATRÍCIA LUCIENE DE CARVALHO

QUALIDADE DE VIDA DAS MULHERES COM CÂNCER DE MAMA ATENDIDAS
NA CIDADE DE JOINVILLE-SC

Dissertação de Mestrado
apresentado como requisito parcial
para obtenção do título de mestre em
Saúde e Meio Ambiente, na
Universidade da Região de Joinville -
UNIVILLE. Orientador: Dr. Edson
Sydney de Campos.

JOINVILLE
2007

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho à minha mãe, que foi na minha vida muito mais que qualquer palavra possa expressar.

AGRADECIMENTOS

*A todos os meus familiares, pela paciência com minhas ausências e crises emocionais.
Ao meu namorado Marcelo, pelo apoio constante, companheirismo e compreensão em todos os momentos.*

A meus amigas e amigos, que compreenderam minha ausência e continuaram me apoiando nesta caminhada.

A todos os funcionários do Posto de Saúde Municipal Boa Vista, principalmente à Cris, Cida e Dulce, que sempre me auxiliaram com carinho e muita atenção.

Aos professores do mestrado em Saúde e Meio Ambiente da UNIVILLE, especialmente à professora Dr^a Cladir.

À secretária do Mestrado em Saúde e Meio Ambiente, Maria Patrícia, pelo constante apoio e colaboração.

Aos meus colegas de mestrado, pelo companheirismo, troca e bom humor.

Aos meus coletas de trabalho do CEAPE e do Bom Jesus/IELUSC.

Aos companheiros de trabalho João Severo, Flademir (Tota) e, especialmente, à Maria Terezinha, pela colaboração constante na elaboração deste trabalho.

A amiga Raquel pela ajuda na revisão de todo o trabalho.

Aos médicos e coordenadores do posto de saúde municipal Boa Vista, do Hospital Municipal São José, do Centro de Hematologia e da clínica MASTO Centro.

Aos médicos Dr. Geraldo A. Cassol, Dr. Fabrício M. Farias e Dr. Gabriel Dequech Neto, pela colaboração.

A todas as pacientes entrevistadas, que fizeram parte desta pesquisa, pela paciência e colaboração.

A toda equipe do setor de oncologia do Hospital São José, especialmente ao enfermeiro Marcos, pela intensa colaboração e paciência sem as quais não seria possível a conclusão deste trabalho.

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS.....	VII
LISTA DE GRÁFICOS	VIII
LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS	IX
RESUMO	X
ABSTRACT	XI
1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVO.....	14
2.1 OBJETIVO GERAL	14
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
3 REVISÃO	15
3.1 QUALIDADE DE VIDA	15
3.2 CÂNCER DE MAMA	20
3.2.1 Diagnóstico e Tratamento	21
3.3 ASPECTOS PSICOLÓGICOS E SOCIAIS	28
3.4 ASPECTOS FÍSICOS	31
3.4.1 Composição Corporal	33
3.5 QUESTÕES SOCIOECONÔMICAS	35
4 METODOLOGIA	38
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA	38
4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA	38
4.3 ASPECTOS ÉTICOS	38
4.4 COLETA DE DADOS E INSTRUMENTOS	39
4.4.1 Instrumentos	41
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	42
5.1 CARACTERÍSTICAS DAS PACIENTES	42
5.2 ASPECTOS FÍSICOS	46
5.3 QUALIDADE DE VIDA	50
6 CONSIDERAÇÕES	63
REFERÊNCIAS	65
ANEXOS	72

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 -	Resumo esquemático de classificação do câncer de mama	23
TABELA 2 -	Grupamento de estádios do câncer de mama.	24
TABELA 3 -	Classificação da composição corporal relativa ao peso corporal e no índice de massa corporal (IMC)	34
TABELA 4 -	Tabela de pontos conferidas aos itens e grau de instrução.....	36
TABELA 5 -	Valores em pontos referentes ao grau de instrução.....	36
TABELA 6 -	Divisão por classes da renda familiar.....	36
TABELA 7 -	Número de cirurgias de mama encaminhadas pelo Posto de Saúde Boa Vista- Joinville/SC entre junho a novembro de 2006	42
TABELA 8 -	Frequência absoluta e relativa da faixa etária das 36 pacientes entrevistadas e das 27 pacientes encaminhadas a quimioterapia (fase-3).....	43
TABELA 9 -	Análise do Índice de Massa Corporal (IMC) das pacientes antes da cirurgia e após a cirurgia	48
TABELA 10 -	Análise estatística por domínios do questionário WHOQOL- <i>bref</i> antes da cirurgia (fase-1).	50
TABELA 11 -	Análise estatística por domínios do questionário WHOQOL- <i>bref</i> após a cirurgia (fase-2).....	51
TABELA 12 -	Análise estatística por domínios do questionário WHOQOL- <i>bref</i> durante o tratamento de quimioterapia (fase-3)	52
TABELA 13 -	Comparação dos valores médios e mediana por domínios do WHOQOL- <i>bref</i> antes da cirurgia (fase-1/n=36) após a cirurgia (fase-2/n=36) e durante o tratamento de quimioterapia (fase-3/n=26).	52
TABELA 14 -	Comparação entre os domínios do WHOQOL- <i>bref</i> com o teste ANOVA, com índice de significância de 0,05, antes da cirurgia (fase-1/n=36), após a cirurgia (fase-2/n=36) e durante o tratamento de quimioterapia (fase-3/n=26).	61
TABELA 15-	Dados de referência obtidos em estudos com WHOQOL- <i>bref</i> junto a outras populações e as mulheres com câncer de mama deste estudo.	61

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 –	Distribuição de classe econômica das pacientes pelo método CCEB.....	44
GRÁFICO 2 –	Distribuição do estadiamento da doença segundo a Classificação de Tumores Malignos	45
GRÁFICO 3 –	Comparação dos resultados do domínio Físico do WHOQOL- <i>brief</i> antes da cirurgia (fase-1/ n=36), após a cirurgia (fase-2/ n=36) e durante o tratamento de quimioterapia (fase-3/ n=26).	54
GRÁFICO 4 –	Comparação da avaliação dos resultados do domínio Psicológico do WHOQOL- <i>brief</i> antes da cirurgia (fase-1/ n=36), após a cirurgia (fase-2/ n=36) e durante o tratamento de quimioterapia (fase-3/ n=26).	55
GRÁFICO 5 –	Comparação da avaliação dos resultados do domínio Social do WHOQOL- <i>brief</i> antes da cirurgia (fase-1/ n=36), após a cirurgia (fase-2/ n=36) e durante o tratamento de quimioterapia (fase-3/ n=26).	58
GRÁFICO 6 –	Comparação dos resultados do domínio Meio Ambiente do WHOQOL- <i>brief</i> antes da cirurgia (fase-1/ n=36), após a cirurgia (fase-2/ n=36) e durante o tratamento de quimioterapia (fase-3/ n=26)	59

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- CCEB - O Critério de Classificação Econômica Brasil
- COEP – Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade da Região de Joinville
- EORTC – European Organization for Research and Treatment of Cancer-Specific Quality of Life Questionnaire
- IMC – Índice de Massa Corporal
- FACT-B – Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast
- HC – Hospital do Câncer – RJ
- HO – Hospital de Oncologia – RJ
- INCA – Ministério da Saúde – Instituto Nacional de Câncer
- OMS – Organização Mundial da Saúde
- SF- 8 – Medical Outcomes Study 8-item Short-Form Health Survey
- SF- 36 – Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey
- SPSS – Statistical Package for the Social Sciences
- UNIVILLE – Universidade da Região de Joinville
- WHO – World Health Organization
- WHOQOL-bref – The world health organization quality of life assessment

RESUMO

O câncer de mama é o tipo de câncer que mais acomete as mulheres na população brasileira. Este evento pode afetar a qualidade de vida como um todo, englobando aspectos psicológicos, sociológicos, emocionais, entre outros. Após o diagnóstico do câncer, uma rota possível para o tratamento é a cirurgia de remoção do câncer, seguido de tratamento quimioterápico adjuvante. Em cada etapa do tratamento, desde a descoberta do câncer, passando pela cirurgia e a quimioterapia, acredita-se que a vida das pacientes pode sofrer alterações no estilo de vida e de suas condições socioeconômicas. O objetivo deste estudo foi analisar a qualidade de vida (QV) de mulheres com câncer de mama potencialmente curável, atendidas na cidade de Joinville, com indicação para cirurgia e tratamento quimioterápico em diferentes períodos do tratamento. Trata-se de um estudo analítico de coorte concorrente, baseado em acontecimentos prospectivos, com abordagem quanti-qualitativa. A população analisada foi de 36 mulheres com diagnóstico de câncer de mama e passaram pela cirurgia de mastectomia ou quadrantectomia, atendidas no Sistema Único de Saúde (SUS) da cidade de Joinville-SC. As entrevistas ocorreram em três estágios: antes da cirurgia, após a cirurgia (antes do tratamento quimioterápico) e durante o tratamento de quimioterapia. Foram observados os aspectos socioeconômicos, a qualidade de vida, a composição corporal, o relato da prática de atividade física e o relato das pacientes em relação ao tratamento. Para a avaliação da qualidade de vida foi utilizada uma versão do WHOQOL-*bref*, proposto pela Organização Mundial de Saúde, adaptada para a população brasileira. Para a classificação da condição socioeconômica, foi empregado o questionário da ABEP. A população analisada foi de 36 pacientes. A idade média das pacientes foi de 52,9 anos, a maioria das pacientes era de etnia branca (89,9 %), com formação escolar até o ensino fundamental (66,7%), donas de casa ou aposentadas (72,2%), de classe econômica baixa (83%). Duas pacientes tiveram um segundo câncer primário na mama oposta, 75% apresentavam o câncer de mama com estágio II. Em sua maioria (61,1%) as pacientes não praticavam atividade física regularmente, apresentaram um IMC (Índice de Massa Corporal) entre 19 e 30 (66,7%). Nas médias comparadas dos domínios do WHOQOL-*bref* (Físico, Psicológico, Social e Meio Ambiente), que avalia a qualidade de vida, não houve alterações estatisticamente significativas em nenhum estágio das entrevistas. Não foi encontrada correlação entre o domínio Meio Ambiente do WHOQOL-*bref* e os resultados da condição socioeconômica, nem entre o domínio Físico e o IMC. Os resultados obtidos concordam com os resultados de outras pesquisas que avaliam a qualidade de vida.

Palavras chaves: qualidade de vida, câncer de mama, atividade física, WHOQOL-*bref*.

ABSTRACT

Breast cancer is the type of cancer that mostly attacks women in the Brazilian population. This event may affect the quality of life as a whole, including psychological, sociological, emotional aspects, between others. After diagnosis, a possible treatment course is the removal surgery, followed by the adjuvant chemotherapy treatment. In each phase of the treatment, since the discovery of the cancer, passing through surgery and chemotherapy, the patients' lives may suffer changes on the life styles and social-economic situation. The purpose of this study was to analyze the quality of life (QOL) of women with breast cancer with potentiality of cure, attended in Joinville, with indication to surgery and chemotherapy treatment in different stages of the treatment. It deals with an analytical cohort study, based on prospective happenings, with quantity and quality approach. The population were of 36 women with breast cancer diagnosis who had passed through mastectomy or quadrantectomy, attended by the Brazilian Unified Health System (SUS) of the city of Joinville, state of Santa Catarina. The interviews took place in three stages: before surgery, after surgery and before chemotherapy treatment, and during the chemotherapy treatment. Where observed: the social economic aspects, the QOL, the body composition, the account of exercise practice, and the account of the patient's in relation to the treatment. For the QOL evaluation, a version of the WHOQOL-bref was used, as proposed by the World Health Organization, adapted to Brazil. For the rating of the social-economic condition, a ABEP quiz. The average age of the patients was of 52.9 years old. Most of them Caucasian (89.9%), with educational level until elementary school (66.7%), housewives or retired (72.2%), and low socioeconomic level (83%). Two patients had second breast cancer (on the opposite breast), 75% sustained breast cancer with stage II. On its majority (61.1%), the patients that didn't practice any physical activity on a regular basis, presented an Body Mass Index (BMI) between 19 and 30 (66.7%). On the averages compared of the domains of WHOQOL-bref (Physical, Psychological, Social and Environmental), that evaluates the QOL, there was no significant statistical change on any stage of the interviews. No correlation between the Environment domain of the WHOQOL-bref and the results of the social-economic condition were found, neither between the Physical domain and the Body Mass Index (BMI).

Keywords: quality of life, breast cancer, physical activity, WHOQOL-*bref*.

1 INTRODUÇÃO

O mundo moderno vem passando por grandes transformações, uma delas é a “globalização”, termo que se refere principalmente à unificação comercial entre os continentes, países e comunidades. Com o processo midiático (jornais, televisão, rádios, internet) em amplo desenvolvimento, diminuíram as distâncias culturais, aumentou a velocidade de envio da informação e, conseqüentemente, ampliou-se a difusão de hábitos e similaridades culturais.

Se as fronteiras se dissipam e os anseios mundiais se tornam similares, construir instrumentos que avaliem estes anseios também se tornam importante. Várias pesquisas (WHOQOL GROUP, 1998; ROCHA, 2000; SALES, 2001; PONTES, 2004; OLIVEIRA, 2006; CONDE, 2006) voltaram o olhar para o significado da “qualidade de vida”, com a proposta de mensurá-la com idéias que ultrapassem os critérios econômicos e de saúde, relevando a subjetividade do sujeito.

Nesta perspectiva, o termo qualidade de vida passou a representar aspectos que transcendem valores apenas quantitativos, como índices epidemiológicos e econômicos, e passou a buscar instrumentos que avaliem também o bem-estar físico, mental e social de uma população, considerando ainda as diferenças culturais que estão baseadas em aspectos objetivos e subjetivos da percepção humana.

Diversos autores (MINAYO, 2000; NAHAS, 2001; VILELA Jr, 2004) ressaltam a importância de observar os aspectos subjetivos e objetivos na avaliação da qualidade de vida. O aspecto subjetivo é essencial porque leva em consideração o entendimento do sujeito sobre sua condição de saúde/doença, sua satisfação com a vida e o seu bem-estar psicológico. O componente objetivo está relacionado aos indicadores fisiológicos e às estatísticas populacionais.

Ao considerar que qualidade de vida é um valor subjetivo, a mesma só pode ser avaliada pela própria pessoa cuja qualidade de vida está sendo mensurada (FLECK, 2000).

Mesmo assim, com o objetivo de avaliar e, posteriormente, promover ações de auxílio à população, a Organização Mundial de Saúde (OMS) desenvolveu um instrumento quantitativo para avaliação de qualidade de vida, validando-o em grandes populações (inclusive na população brasileira), envolvendo os vários aspectos de entendimento do sujeito: físico, psicológico, social e ambiental. Este instrumento foi denominado World Health

Organization Quality of Life - WHOQOL-100, e em seguida simplificado para o WHOQOL-*bref*.

Quando se remete ao termo qualidade de vida não há como excluir a relação saúde e doença. Surge então o questionamento de como é o enfrentamento da pessoa que está passando por um período de doença, principalmente uma doença tão agressiva como o câncer, mais especificamente o câncer de mama.

O estudo do câncer de mama é considerado de significativa importância, pois é o tipo de câncer de maior incidência e mortalidade entre as mulheres no mundo ocidental, sendo superado somente pela mortalidade do câncer de pulmão masculino (MENDONÇA, 2004; CANTINELLI, 2006). No Brasil, o câncer de mama apresenta alta incidência e mortalidade na população, sendo este o primeiro em mortalidade entre as mulheres na região Sul do Brasil (BRASIL, 2006).

O tratamento para pacientes com câncer de mama é direcionado conforme o estágio em que se encontra a doença, para aumentar as possibilidades de cura ou sobrevida. Após o tratamento do tumor primário (cirurgia e/ou radioterapia), a paciente poderá ser encaminhada para o tratamento sistêmico (hormonioterapia, quimioterapia ou imunoterapia), procedimento que poderá afetar significativamente a qualidade de vida destas mulheres (MENDONÇA, 2006).

No planejamento de programas de auxílio e atendimento às mulheres com câncer de mama é necessário conhecer como as relações pessoais, o meio ambiente e as atividades cotidianas influenciam na sua relação com o mundo. Com estudos formalizados e validados, pode-se criar subsídios para o desenvolvimento de políticas que ajudem na melhoria do bem-estar das pacientes com a doença.

Partindo destes posicionamentos, desenvolveu-se esta pesquisa com objetivo de analisar a qualidade de vida de mulheres com câncer de mama potencialmente curável atendidas na cidade de Joinville, com indicação para cirurgia e tratamento quimioterápico adjuvante em diferentes períodos do tratamento.

Neste estudo prospectivo, o entendimento de qualidade de vida das mulheres com câncer de mama contrasta vários enfoques: sociais, econômicos, psicológicos, condição física, a situação de enfrentamento da doença e a prática de exercícios físicos, complementados com os dados coletados e analisados pelo WHOQOL-*bref*.

2 OBJETIVO

2.1 OBJETIVO GERAL

O objetivo deste estudo é analisar a qualidade de vida de mulheres com câncer de mama potencialmente curável, atendidas na cidade de Joinville, com indicação para cirurgia e tratamento quimioterápico adjuvante em diferentes períodos do tratamento.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar a qualidade de vida das mulheres com diagnóstico de câncer de mama antes da cirurgia, após a cirurgia e durante o tratamento de quimioterapia.
- Observar o relato da prática de atividade física antes do diagnóstico de câncer de mama e durante o tratamento.
- Analisar a associação entre os aspectos socioeconômicos e a qualidade de vida.

3 REVISÃO

3.1. QUALIDADE DE VIDA

Qualidade de vida é uma noção eminentemente humana que, na visão social moderna, busca aproximar o grau de satisfação de pessoas, grupos sociais e mesmo populações.

Nos dias atuais, onde o conceito de saúde estende-se a um âmbito maior que a ausência de doenças, o termo qualidade de vida vem sendo agregado a vários estudos e contextos de pesquisa, proporcionando uma visão interdisciplinar e servindo como elo entre várias áreas especializadas do conhecimento como a sociologia, a medicina, a enfermagem, a psicologia, a economia, a geografia, a história social e a filosofia, entre outras.

Minayo, Hartz e Buss (2000) relatam que a qualidade de vida refere-se a uma representação social criada a partir de parâmetros subjetivos e objetivos, cujas referências são baseadas na satisfação das necessidades desenvolvidas em determinada sociedade. Os referidos autores ressaltam a importância de se ter parâmetros bem desenvolvidos, para não se criar uma idéia reducionista na área da saúde, estreitando o conceito de qualidade de vida em uma somatória da avaliação da área biomédica com a avaliação econômica.

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

A qualidade de vida passa ao âmbito da saúde quando se considera que a doença e as intervenções realizadas pelos profissionais influenciam na perspectiva de sobrevivência e geram alterações na rotina de vida do paciente (FLECK *et al.*, 2000). Ou ainda, como afirmam Segre e Ferraz (1997, p.542), “saúde é um estado de razoável harmonia entre o sujeito e a sua própria realidade”, fator este que não pode ser negligenciado quando se pensa na avaliação de qualidade de vida.

Segundo Makluf, Dias e Barra (2006, p. 50) “medidas quantitativas de qualidade de vida poderiam servir como indicadores para nortear estratégias de intervenção terapêutica e criar parâmetros para definição de ações no sentido da promoção de saúde individual ou coletiva”, pois embora esta discussão seja usual, ainda não se tem efetiva utilização destes resultados na prática.

Na busca da elaboração de um instrumento para avaliação da qualidade de vida da população ao redor do mundo, a Organização Mundial de Saúde (OMS) reuniu um grupo de pesquisadores sobre qualidade de vida formando o “World Health Organization Quality of Life Group” (WHOQOL GROUP). Este grupo elaborou um conceito de qualidade de vida e desenvolveu instrumentos de medida, em uma perspectiva transcultural. (WHOQOL GROUP, 1998).

O WHOQOL GROUP propôs o estudo da qualidade de vida baseando-se em três aspectos referenciais: subjetividade, multidimensionalidade e presença de dimensões positivas e negativas. O grupo define qualidade de vida como "a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (SALES *et al.*, 2001).

Baseado nesta proposta, a OMS desenvolveu um instrumento que pudesse ser aplicado às diferentes culturas populacionais, o WHOQOL-100. Este instrumento foi desenvolvido de forma colaborativa e simultânea em vários centros, incluindo países com diferentes níveis de industrialização, disponibilidade de serviços de saúde, importância da família e religiões dominantes, entre outros. Também utilizou-se de uma entrada de dados interativa entre os pesquisadores, em cada estágio de seu desenvolvimento, permitindo constante influência no processo (WHOQOL GROUP, 1998).

Inicialmente foi elaborado o instrumento WHOQOL-100, composto por 100 perguntas que se referem a seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade. Embora se tratando de instrumento bastante complexo e amplo, a necessidade de versões mais práticas, que demandassem pouco tempo para o seu preenchimento, levou o mesmo grupo a abreviar o WHOQOL-100 e criar o WHOQOL-*brief* com apenas 26 questões que mantiveram as mesmas propriedades psicométricas do instrumento original (FLECK *et al.*, 2000).

Em 1998, o grupo de estudos de qualidade de vida do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul traduziu, adaptou e validou o WHOQOL-100, e no ano 2000, o WHOQOL-*brief* para a população brasileira (FLECK *et al.*, 2000), possibilitando um trabalho sistematizado e integrado nacionalmente na avaliação da qualidade de vida no Brasil.

O WHOQOL-*brief* é composto por 26 questões que representam quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Os domínios físico e psicológico

incluiram, respectivamente, os domínios nível de independência e espiritualidade da versão completa original (WHOQOL-100).

No WHOQOL-*bref* o domínio físico observa as condições de dor, desconforto, energia, fadiga, sono e repouso, mobilidade e atividades da vida cotidiana; o psicológico, sobre sentimentos, memória, concentração, auto-estima, imagem corporal; o social observa as relações pessoais, apoio social e atividade sexual. E o meio ambiente observa a segurança física, recursos financeiros, cuidados com a saúde, oportunidade de adquirir novas informações e de lazer, transporte e as condições do ambiente físico.

As respostas para todas as questões do WHOQOL-*bref* são obtidas através da escala de Likert de cinco pontos, calculadas nos quatro domínios independentes (físico, social, psicológico e meio ambiente).

O cálculo dos valores dos domínios da qualidade de vida geral é medido em direção positiva, ou seja, escores mais altos denotam melhor qualidade de vida. Para este cálculo, utiliza-se a sintaxe oferecida pelo WHOQOL Group (Austrália) para ser usada no programa de computador *Statistical Package for Social Science* (SPSS).

É importante enfatizar que tanto o WHOQOL-*bref* como o WHOQOL-100 não permitem o estabelecimento de um escore total único, pois ambos os instrumentos foram desenvolvidos a partir da premissa de que qualidade de vida é um construto multidimensional, havendo, portanto, maior coerência ao considerar-se o escore de cada domínio individualmente.

Seidl e Zannon (2004, p. 584), em uma revisão conceitual, confirmam a validade do WHOQOL-100 ao afirmar que ele “tem boa capacidade psicométrica para mensurar a qualidade de vida e que a estrutura do constructo é comparável às diferentes culturas”, ou seja, possui uma boa fidedignidade que abrange os diversos enfoques essenciais para a avaliação da qualidade de vida.

Segundo CONDE *et al.* (2006), os questionários para a avaliação de qualidade de vida podem ser classificados em genéricos e específicos. Como instrumento genérico, temos o *Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey* (SF-36), WHOQOL-100 e WHOQOL-*bref*, os quais não se limitam especificamente à população de mulheres com câncer de mama e possibilitam a comparação com pesquisas que abranjam outros enfoques sociais ou de saúde. Instrumentos específicos se restringem à especificidade de uma população, como o *European Organization for Research and Treatment of Câncer-Specific*

Quality of Life Questionnaire (EORTC) ou *Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast (FACT-B)* e o *Menopause Specific Quality of Life Questionnaire* no estudo do câncer de mama, ressaltando que os instrumentos citados, além do WHOQOL, até o início desta pesquisa, não tinham validação para a população brasileira.

Na Holanda, uma pesquisa sobre qualidade de vida, utilizando o instrumento FACT-B, constatou que a aplicação de questões relativas aos domínios físico, psicológico e social são compatíveis em diversas situações de doença crônicas. A pesquisa comparou os resultados de 1457 pacientes com doenças crônicas com os resultados de 1851 pessoas sem doenças crônicas. A pesquisa mostrou que as maiores alterações ocorreram nos domínios social e psicológico, sendo que o grupo saudável apresentou valores mais altos (ARNOLD, *et al.*, 2004).

Como contribuição nos estudos da qualidade de vida utilizando o instrumento WHOQOL-*brief* está a pesquisa de Lima (2002), aplicada em pacientes do sexo masculino dependentes de álcool no Rio Grande do Sul.

Michelone (2004) realizou uma análise da qualidade de vida de pacientes com câncer colorretal atendidos pelo SUS. Em uma abordagem quantitativa utilizou o WHOQOL-*brief* para a comparação da qualidade de vida entre os pacientes com a ausência ou presença do estoma¹. Neste estudo, apesar dos escores médios serem inferiores para os pacientes com ostomia, estatisticamente os resultados não foram significativos.

Nos Estados Unidos, Avis, Crawford e Manuel (2005) observaram que o diagnóstico de câncer de mama é mais impactante na qualidade de vida de mulheres mais jovens (menos de 40 anos) do que em mulheres mais velhas, apresentando maior queda da qualidade de vida em decorrência do afastamento da vida profissional, da alteração na imagem corporal e da queda nas relações sociais e sexuais. Ainda ressaltam que as pacientes que passam por um tratamento de câncer de mama possuem um risco de ter sua qualidade de vida prejudicada por vários anos após o tratamento.

Ganz *et al.* (2003) avaliaram a qualidade de vida das mulheres com câncer de mama em estudo prospectivo longitudinal de coorte por um período de seis anos após o diagnóstico, utilizaram como avaliador o questionário SF-36 e entrevistaram 577 mulheres de 30 a 61,6 anos, e em outra pesquisa entrevistaram 691 mulheres, com mais de 65 anos. Observaram que, nos aspectos físicos, mulheres mais jovens tinham melhores resultados, justificados por

¹ estoma é uma abertura artificial realizada na parede do abdômen, através da qual ocorre a derivação do conteúdo do cólon para o exterior.

comorbidades associadas às mulheres mais idosas. Já nos aspectos vitalidade, sociais e emocionais, quanto mais jovem a mulher, menores são os valores apresentados em suas respostas, concluindo que, quanto mais jovem a mulher, maior é o impacto emocional na qualidade de vida.

Na China, Lu *et al.* (2006) desenvolveram uma pesquisa com o instrumento “*General Quality of Live Inventory-74*” e avaliaram em quatro domínios (físico, psicológico, social, material) a qualidade de vida de 2.236 mulheres chinesas, com idade entre 25 e 70 anos, que apresentavam câncer em estágio inicial. Observaram que, quanto mais jovens, melhor era o resultado referente ao domínio físico; e quanto melhor as condições econômicas, melhores são os resultados do domínio material. Os tratamentos quimioterápicos alteraram os resultados das avaliações da qualidade de vida das pacientes, porém, as alterações não mostraram significância estatística.

Com a mudança do perfil de morbimortalidade em muitos países e o aumento do tempo de sobrevivência das populações, conseqüentemente, houve o aumento da prevalência de doenças crônicas-degenerativas. Autores como Fleck *et al.* (1999, p.20) assinalam que existe uma grande importância de se avaliar a qualidade de vida das pacientes que passam pela especialidade da oncologia.

Ganz *et al.* (2003), em outro um estudo longitudinal, observaram a qualidade de vida de mulheres com mais de 65 anos e até 15 meses após o diagnóstico de câncer de mama. Os autores afirmam que, um ano após a cirurgia, a mulher mais velha possui uma queda nos aspectos da auto percepção de sua saúde e nos aspectos psicossociais. Já os estudos de Kroenke *et al.* (2004) mostram que o impacto do diagnóstico de câncer de mama em mulheres mais jovens (menos de 40 anos) nos domínios sociais, físicos e mentais foi maior do que em mulheres de idade avançada.

Para Huguet (2005), à medida que mais mulheres sobrevivem ao câncer de mama, torna-se imperativo entender os diversos aspectos associados à doença, tratamento e processo de recuperação, bem como a mensuração da qualidade de vida deve ser breve, dinâmica e sensível às mudanças.

Assim, o termo “qualidade de vida” abrange vários aspectos e inclui uma variedade de condições que podem afetar a percepção do indivíduo, seus sentimentos e comportamentos relacionados com o seu funcionamento diário, incluindo, mas não se limitando, à sua condição de saúde e às intervenções médicas (FLECK *et al.*, 2000).

Conde (2005), em uma análise da qualidade de vida de mulheres com câncer de mama e sem câncer de mama, na cidade de Campinas-SP, utilizando o questionário *Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey (SF-36)*, observou que a faixa etária média das mulheres era de 53,2 anos. Observou também que a qualidade de vida das pacientes é afetada negativamente quando se associa a cirurgia de mama com os sintomas climatéricos, ser casada e estado de pré-menopausa.

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

3.2 CÂNCER DE MAMA

A medicina moderna já trata com sucesso um número cada vez maior de tipos de neoplasias (câncer). O diagnóstico no estágio inicial da doença e o tratamento adequado aumentam as chances de cura.

Conforme citado anteriormente, o câncer de mama é a neoplasia maligna de maior incidência no sexo feminino (WHO, 2006). No ano de 2007, estima-se nos Estados Unidos da América 1.444.920 novos casos de câncer, sendo 678.060 na população feminina, e desta população, a maior parcela (26%) deverá ser casos de câncer de mama. Nos países africanos, a estimativa para 2007 é de 159.900 novos casos de câncer, sendo 69.660 na população feminina, e desta população, 27% serão de câncer de mama (ACS, 2007).

De acordo com as estimativas realizadas pelo Ministério da Saúde – Instituto Nacional de Câncer (INCA) no ano de 2006, a estimativa de novos casos de câncer de mama para o Brasil foi de 48.930, com um risco estimado de 52 casos a cada 100 mil mulheres. No estado de Santa Catarina, estimou-se em 1.610 novos casos (BRASIL, 2006).

Existem muitos fatores que facilitam o risco de câncer de mama, que podem estar relacionados à história familiar, idade, menarca precoce, uso de contraceptivos oral e ter filhos após os 30 anos fatores que podem ser potencializados pelo sobrepeso, inatividade física, alcoolismo e terapia hormonal pós-menopausa (ACS, 2007; GUERRA, GALLO e MENDONÇA, 2005).

Após o diagnóstico de câncer de mama, 61% da população mundial feminina têm uma sobrevida média de cinco anos. as mulheres americanas esta porcentagem é de 88,5% (ACS, 2007, BRASIL, 2006).

No Brasil, os estudos de Mendonça, Silva e Caula (2004) com câncer de mama, diagnosticadas entre maio de 1995 e junho de 1996, no serviço de Mastologia do Hospital do Câncer do INCA, demonstraram que a taxa de sobrevida, em cinco anos, foi de 75%.

Apesar dos enormes progressos alcançados nas últimas décadas no campo do diagnóstico precoce e do tratamento, é grande a incidência de câncer de mama. Este elevado índice de mortalidade por câncer de mama no Brasil é, provavelmente, o diagnóstico da doença em estágios avançados (BRASIL, 2006).

Segundo o Atlas de Mortalidade por Câncer no Brasil (Brasil, 2002), entre o período de 1979 a 1999, no estado de Santa Catarina, houve um aumento da taxa de mortalidade por câncer de mama. De cinco mulheres por 100.000 habitantes do sexo feminino em 1979, subiu para nove no ano de 1999, porém, as alterações seguiram as proporções dos dados mundiais. Este índice elevado pode estar relacionado a eficácia dos registros populacionais, ao aumento de sobrevida de toda população e também ao processo de industrialização que vem acompanhado do aumento dos fatores de risco como obesidade, sedentarismo, consumo de produtos industrializados.

Gebrim *et al.* (2005, p 69) afirmam que as etapas da carcinogênese da mama são complexas e se iniciam logo após a adolescência, e o risco deve-se a “fatores individuais múltiplos que podem atuar cumulativamente com o aumento da faixa etária”, sendo o sedentarismo um fator que parece acentuar as etapas que levam a carcinogênese. A faixa etária de maior índice de desenvolvimento do câncer de mama se encontra entre os 40 e 69 anos (ACS, 2007).

3.2.1 Diagnóstico e Tratamento

Para a mulher, o processo de diagnóstico do câncer de mama gera uma nova experiência de vida, podendo produzir sentimentos de angústia, desamparo, medo da morte e pânico, entre outras emoções. Este processo ainda pode ser agravado pela demora do atendimento à saúde, desamparo familiar, social e o enfrentamento da cirurgia (BERGAMASCO e ANGELO, 2001).

No Brasil, um dos fatores prováveis para um diagnóstico tardio do câncer de mama, segundo Abreu e Koifman (2002), é a dificuldade de acesso aos programas de prevenção e aos cuidados médicos.

O diagnóstico do câncer de mama pode ser realizado por auto-exame, exame clínico, rastreamento mamográfico, ultra-sonografia, punção aspirativa (material citológico ou histológico) ou biópsia cirúrgica (GEBRIN *et al.*, 2005).

Após os 35 anos, o rastreamento mamográfico confirma a efetividade na detecção, prevenção e tratamento ao câncer de mama. Em países desenvolvidos, é comprovada a diminuição dos índices de mortalidade em mulheres entre 40 a 70 anos em até 30% quando realizadas mamografias a cada dezoito meses. Já com mulheres abaixo de 35 anos, esta eficácia não foi comprovada (CORRÊA, 2004).

Silva, V. (2005) em seu trabalho de mestrado discute o quanto o diagnóstico do câncer pode ser sentido como um estado de choque, acompanhado do medo da morte. Relata que é de extrema importância o cuidado do informante quanto à forma de expressar esta informação. Além deste ponto, existe a necessidade do paciente ser informado quanto ao prognóstico e tratamento como forma de administrar a ansiedade e o desconforto gerado pela notícia da doença.

A partir da detecção da neoplasia busca-se um relatório histopatológico com objetivo de conter todos os elementos necessários para o adequado prognóstico e tratamento terapêutico “apresentando a descrição das características da neoplasia, do estado linfonodal, do comprometimento das margens cirúrgicas de ressecção e o resultado dos marcadores prognósticos avaliados por imunohistoquímica.” (BRASIL, 2004, p. 10).

As características da neoplasia são baseadas no tamanho do tumor, tipo histológico, no grau histológico e na invasão vascular peritumoral nos vasos sanguíneos ou linfáticos. (BRASIL, 2004).

Os tumores podem ser classificados em cinco categorias:

Estágio 0 (carcinoma in situ). *Carcinoma lobular in situ (LCIS)* se refere a células anormais na parede de uma glândula na mama. Existe um fator de risco para um desenvolvimento futuro de um câncer, porém isso não representa por si só um câncer. *Carcinoma Ductal in situ (DCIS)* se refere a células anormais nas paredes celulares em um ducto. Mulheres com DCIS tem um risco aumentado de ter um câncer de mama invasivo no seio

Estágio I - estágio inicial do câncer de mama onde o tumor tem menos de 2 centímetros (cm) e ainda não há metástase por todo o seio

Estágio II: estágio inicial do câncer de mama onde o tumor tem menos de 2 cm e se espalhou em linfonodos axilares, ou o tumor tem entre 2 e 5 cm espalhamento por, ou o tumor tem mais de 5 cm e ainda sem atingir linfonodo axilar.

Estágio III: câncer de mama localmente avançado onde o tumor é maior do que 5 cm e apresenta metástase nos linfonodos axilares, ou o câncer é extensivo em um linfonodo axilar, ou o câncer se propagou para linfonodos próximos ao tumor primário ou para outro tecido próximo do seio.

Estágio IV: a presença de metástase além da mama para outros órgãos. (DOLINSKY, 2006 [s.p.], tradução nossa).

A União Internacional Contra o Câncer (UCCI), na TNM Classificação de Tumores Malignos (BRASIL, 2004), faz a classificação patológica (pTNM) seguindo os seguintes critérios:

pT -Tumor Primário - A classificação histopatológica requer o exame do carcinoma primário sem tumor macroscópico nas margens de ressecção. Um caso pode ser classificado como pT se houver somente tumor microscópico em uma margem.

pN - Linfonodos Regionais - A classificação histopatológica requer a ressecção e o exame, pelo menos, dos linfonodos axilares inferiores

pM - Metástase à distância - As categorias pM correspondem às categorias M.

(BRASIL, 2004, p 143)

Estes valores podem ser enquadrados de acordo com o resumo esquemático demonstrado na tabela 1 e classificados de acordo com a tabela 2.

Tabela 1 - Resumo esquemático de classificação do câncer de mama

Classificação	Descrição		
Tis	Carcinoma <i>in situ</i>		
T1	≤ 2 cm		
T1mic	≤ 0,1 cm		
T1a	> 0,1 cm até 0,5 cm		
T1b	> 0,5 cm até 1 cm		
T1c	> 1 cm até 2 cm		
T2	> 2 cm até 5 cm		
T3	> 5 cm		
T4	Parede torácica/pele		
T4a	Parede torácica		
T4b	Edema/ulceração cutânea, nódulos cutâneos satélites		
T4c	Ambos T4a e T4b		
T4d	Carcinoma inflamatório		
N1	Linfonodos axilares móveis	pN1mi pN1a pN1b pN1c	Micrometástase, > 0,2 mm ≤2mm 3 linfonodos axilares Linfonodos mamários Internos com metástase Microscópica por biopsia de linfonodo sentinela, mas não clinicamente aparente 1-3 linfonodos axilares e mamários internos com metástase microscópica por biopsia de linfonodo sentinela, mas não clinicamente aparente
N2a	Linfonodos axilares fixos	pN2a	4 - 9 linfonodos axilares
N2b	Linfonodos mamários internos, clinicamente aparentes	pN2b	Linfonodos mamários internos, clinicamente aparentes, sem linfonodos axilares
N3a	Linfonodos infra-claviculares	pN3a	> 10 linfonodos axilares ou infra-claviculares
N3b	Linfonodos mamários internos e axilares	pN3b	Linfonodos mamários internos, clinicamente aparentes, com linfonodo(s) axilar(es) ou > 3 linfonodos axilares e mamários internos com metástase microscópica por biopsia de linfonodos sentinela, mas não clinicamente aparente
N3c	Linfonodos supra-claviculares	pN3c	Linfonodos supra-claviculares

(BRASIL, 2004, p 147-148)

Estes dados podem ser agrupados de acordo com o estadiamento² da doença, conforme a tabela 2.

Tabela 2 – Grupamento por estádios do câncer de mama.

Estádio	T	N	M
Estádio 0	Ts	N0	M0
Estádio I	T1	N0	M0
Estádio IIA	T0	N1	M0
	T1	N1	M0
	T2	N0	M0
Estádio IIA	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

(BRASIL, 2004, p 146)

Conforme demonstra a tabela 2, o estadiamento do câncer de mama pode ser classificado como estágio de 0 a IV, e a partir deste diagnóstico, associado ao histórico de cada paciente, a equipe médica faz o estudo do tratamento indicado à paciente.

Quanto mais precoce o diagnóstico, melhores as condições de tratamento e maior a sobrevida das mulheres acometidas. Conforme dados do *National Cancer Data Base 2004*, nos Estados Unidos, 56,4 % dos casos diagnosticados de câncer de mama eram dos estágios 0 e 1 (American College of Surgeons, 2007).

Segundo Abreu e Koifman (2002), no Brasil o câncer de mama feminino tem seu quadro agravado pelo diagnóstico numa fase tardia da doença. No Hospital do Câncer (INCA), em 1998, 44,8% das pacientes apresentaram estadiamento III e 16,3% apresentaram estadiamento IV. Um dos fatores prováveis para um diagnóstico tardio do câncer de mama é a dificuldade de acesso aos programas de prevenção e aos cuidados médicos.

Bergmann (2000), em sua dissertação de mestrado, apresentou dados referentes ao estágio de câncer, no ano de 2000, no Hospital do Câncer-RJ (HC) e no Hospital de Oncologia-RJ (HO). O percentual de pacientes com estadiamento IV foi de 17,8% no HC e de 3,2% no HO: para o estadiamento III, foi de 31,6% no HC e de 37,2%, no HO; já no estadiamento II, foi de 21,1% no HC e de 41,8% no HO.

² Estadiamento é a classificação do estágio da doença, de acordo com os critérios da Classificação de Tumores Malignos.

O tamanho do tumor associado ao momento do diagnóstico é fator determinante na possibilidade da indicação do tratamento conservador da mama e também é utilizado como fator previsor da sobrevivência da paciente (ABREU e KOIFMAN, 2002).

Nucci (2003, p. 17) resume o tratamento do câncer em:

- 1) Cirurgia: para diagnóstico (biópsia), para estadiamento, de intervenção curativa ou radical, de intervenção paliativa, de intervenção preventiva;
- 2) Radioterapia: com fins curativos ou paliativos;
- 3) Quimioterapia: adjuvante, prévia, para controle temporário da doença, paliativa, curativa, regional, de altas doses;
- 4) Hormonioterapia: ablativa, medicamentosa;
- 5) Imunoterapia: ativa, passiva.

A ordem e seqüência destes tratamentos podem ser indicados isoladamente, ou em combinação entre si, conforme a melhor adequação, respeitando as características individuais, tanto clínicas, como psicológicas da paciente, visando obter uma melhor qualidade de vida pós-tratamento no parecer da equipe médica.

Uma das principais modalidades de tratamento na oncologia para a maioria das neoplasias sólidas é a cirurgia. Além da cirurgia, a radioterapia (destruição de células através da radiação ionizante) e a quimioterapia (método com a utilização de compostos químicos, chamados quimioterápicos antineoplásicos) são utilizadas no tratamento das neoplasias. A quimioterapia, a cirurgia e a radioterapia podem ser utilizadas em combinação com a finalidade paliativa ou curativa (ALMEIDA, 2001).

A hormonioterapia trabalha alterando os níveis de hormônios femininos produzidos pelo organismo, ou prevenindo que os hormônios sejam retirados pelas células cancerígenas que “atuam sistematicamente e exercem seus efeitos cito-tóxicos tanto sobre as células tumorais como sobre as células normais” (BRASIL, 2006).

A imunoterapia ou terapia biológica é um tratamento que estimula e fortalece o sistema imunológico do organismo humano em sua capacidade natural de reconhecer células cancerosas e combatê-las, porém, “não se dispõe, até o momento, de terapia imunológica específica para câncer mamário” (GEBRIM *et al.*, 2006 p. 87).

Os principais tipos de cirurgias utilizados para o câncer de mama são as radicais (mastectomia total ou modificada) e as conservadoras (tumorectomia, setorectomia e quadrantectomia).

Na mastectomia radical (mastectomia total) se remove toda a mama e os músculos do peitoral maior e menor, fazendo a dissecação de linfonodos axilares e possivelmente mediastinais. A mastectomia radical modificada é feita pela remoção total da mama, a

possível retirada do músculo peitoral menor e dissecação de linfonodos axilares através de procedimentos da massa tumoral em bloco (MEEKER e ROTHROCK, 1997; GEBRIN *et al.*, 2005).

Quando existe a possibilidade de uma cirurgia conservadora, estas podem ser tumorectomia, setorectomia e quadrantectomia, sendo que a quadrantectomia vem apresentando menor índice de recidiva. Os estudos de Umberto Veronesi *et al.* (1981) foram um marco científico na utilização a quadrantectomia, que foi adotada como alternativa a mastectomia para o tratamento de câncer de mama inicial, visando uma melhor qualidade de vida (GEBRIN *et al.*, 2005).

De acordo com a pesquisa de Engel *et al.* (2004), Janni *et al.* (2001), ao comparar os efeitos na qualidade de vida das pacientes que receberam a terapia conservadora de mama (quadrantectomia) e a mastectomia, relataram que, com a quadrantectomia, as pacientes apresentaram melhor auto-imagem, melhor desempenho sexual e melhor estilo de vida.

Apesar do tratamento cirúrgico ser aplicado de acordo com o estágio da doença, qualquer que seja o procedimento cirúrgico eleito, o mesmo provoca alterações físicas que vão desde a deformação mínima até a perda da mama, ruptura da integridade da pele, drenagem linfática e venosa, alterações da anatomia da parede torácica e dificuldade da abdução do ombro (PRADO, 2001).

Pandey *et al.* (2006) avaliaram na Índia, em estudo longitudinal, a qualidade de vida em 251 mulheres entre o período pré-operatório e pós-operatório, utilizando o questionário FACT-B. Quanto ao tipo de cirurgia, 85,7% foram mastectomias e 14,3% foram quadrantectomias. O estágio observado da doença nas pacientes foi de 37% no estágio III e de 33% no estágio II. A idade média das pacientes foi de 45,6 anos; 85,7% fizeram mastectomia, enquanto 14,3% realizaram quadrantectomia. No período pós cirurgia houve reduções nas médias do domínio físico e funcional e não houve alterações no domínio social e emocional.

Uma das importantes ferramentas do diagnóstico, que visa a preservação dos linfonodos axilares de mulheres com câncer de mama, é o exame do “Linfonodo Sentinela” em pacientes com câncer inicial, onde pode ser feita a biopsia seletiva do primeiro linfonodo de drenagem, por técnica de corante ou de isótopos radioativos (PIATO, *et al.* 2002; FONSECA, 2002; XAVIER, *et al.* 2005).

A importância da preservação dos linfonodos axilares se justifica porque a remoção destes linfonodos aumentam as chances de aparecimento de linfedemas, que são edemas

resultantes da insuficiência do sistema linfático. Este processo se agrava conforme o estágio da doença, a profundidade da cirurgia e os tratamentos adjuvantes como a quimioterapia e a radioterapia. Também a falta de exercícios físicos realizados regularmente afetam negativamente a boa recuperação das pacientes (PANABIANCO, MAMEDE, 2002).

Segundo Bergmann (2005), as variáveis que foram estatisticamente associadas ao linfedema em mulheres que fizeram a cirurgia de câncer de mama, foram a radioterapia em cadeias de drenagem, o edema precoce, o sobrepeso ou obesidade, seroma, idade e número de ciclos de quimioterapia administrados no membro superior homolateral.

A quimioterapia antineoplásica representa um avanço na cura e controle do câncer, aumentando a expectativa de vida da paciente, seja no seu caráter neo-adjuvante, adjuvante ou paliativo. Entretanto, este tratamento produz indesejáveis efeitos colaterais ou tóxicos. Entre os efeitos colaterais mais comuns estão: anemia, náuseas, vômitos, diarreias, mucosites (estomatite), alopecia (queda de cabelo), febre, neoplasias, calafrios e fadiga, entre outros (BONASSA, 2005).

A combinação dos medicamentos (polioquimioterapia) aplicados na quimioterapia adjuvante demonstram maior eficácia terapêutica, já que a “exposição de uma célula neoplásica a mais de um quimioterápico é capaz de retardar o mecanismo de resistência tumoral”, possibilitando melhores respostas ao tratamento sem aumento significativo da toxicidade (BONASSA, SANTANA 2005, p. 13).

Os esquemas terapêuticos mais utilizados atualmente são o CMF (ciclofosfamida, methotrexate e fluorouracil), o FAC (fluorduracil, adriamicina, ciclofosfamida), o AC (adriamicina, ciclofosfamida) e, mais recentemente, a adição de taxanos. Estes medicamentos são aplicados em combinação, geralmente em ciclos de 21 dias, conforme a prescrição médica e a recuperação da paciente (SANTOS, 2003; GEBRIN *et al.*, 2005; BONASSA e SANTANA, 2005)

Jong *et al.* (2004), na pesquisa em cinco hospitais da Holanda, observaram a fadiga em pacientes com câncer de mama em tratamento com quimioterapia adjuvante. Os autores relatam que 81% das pacientes do grupo que receberam Doxorubicim e 76% do grupo que recebeu CMF apresentavam estágio II no câncer de mama. Os efeitos da fadiga foram mais intensos durante o tratamento, principalmente após o quarto ciclo, e estes declinam após o término do tratamento. Os autores também observaram que a fadiga é influenciada pelo estado matrimonial; pacientes casadas apresentaram menor índice de fadiga do que as divorciadas.

3.3 ASPECTOS PSICOLÓGICOS E SOCIAIS

A presença do câncer altera, indubitavelmente, todos os aspectos da vida do indivíduo e pode acarretar profundas alterações no modo de viver habitual, conforme o comprometimento da capacidade e habilidade para execução de atividades de rotina.

A partir do momento que a mulher descobre que tem um nódulo na mama, dá-se início a um processo interno de dúvidas e incertezas e, havendo a confirmação de um tumor maligno, a mulher e seus familiares passam por diversas alterações psicológicas que não terminam com a cirurgia e se perpetuam com os tratamentos (MALUF, MORI E BARROS, 2005).

Venâncio (2004) cita que a mulher que tem câncer de mama, além de ter o temor de estar com uma doença sem cura, ao realizar a mastectomia, vivencia processos de baixa auto-estima, associados a outras angústias ligadas à feminilidade, pois a mama é um órgão repleto de simbolismo para a mulher.

A imagem corporal é a “consciência de valores ou funções, atribuídos pela cultura, a cada parte e ao todo de nossa estrutura física”, assim, uma alteração na estrutura física, como a retirada da mama, representa não só uma alteração funcional, mas também sócio-cultural e psicológica para o indivíduo e o ambiente, repleta de simbolismo e significados que interferem inclusive na auto-estima da mulher. (SCHÁVELZON, 1992, p. 221)

Segundo Almeida *et al.* (2001, p.67) a condição de estar com câncer e passar pelo tratamento traz consigo uma série de associações simbólicas, de perda, rejeição e culpa. A perda da mama pode alterar a auto-imagem corporal. Conseqüentemente, acarreta a ruptura da imagem de um “simbolismo individual e social da mama feminina na sociedade ocidental”. O tratamento proporciona um tempo de reflexão, podendo gerar sentimentos de culpa em relação ao descaso com seu próprio corpo ou ainda de constrangimento gerado pelo preconceito social de se estar doente.

O estudo prospectivo de Engel *et al.* (2004), realizado em Munique com 990 pacientes, permitiu comparar a qualidade de vida de pacientes que passaram pela cirurgia de mama conservadora com as que passaram pela mastectomia. Além de demonstrar que pacientes mastectomizadas têm maior alteração em sua imagem corporal, o estudo também ressaltou que, quanto mais jovem a paciente, maior sua preocupação com os aspectos de saúde, financeiro e situações futuras, alterando negativamente a qualidade de vida.

Baxter *et al.* (2006) ressaltam que o impacto do diagnóstico e tratamento alteram a imagem corporal, o que pode contribuir para uma morbidez psicológica. A imagem corporal pode se diferenciar conforme o tratamento aplicado, por isso, a escolha do tratamento é uma decisão importante.

Duarte e Andrade (2003) observaram que após a mastectomia algumas mulheres tiveram dificuldades em lidar com situações que envolviam a exposição do próprio corpo. No primeiro momento, pós-cirurgia, a manutenção da vida é o mais importante. E após o término do tratamento, quando a mulher retoma sua vida social e afetiva, ela passa efetivamente a se preocupar com o corpo e se dá conta da perda da mama.

Um sintoma psicológico que acomete a mulher com câncer de mama é a depressão, que no Manual de Diagnóstico Psiquiátrico (DSM-IV-TR, 2003) é denominado como “épisódio depressivo maior” caracterizado por humor deprimido, acentuada diminuição do interesse nas atividades cotidianas, perda ou ganho de massa corporal significativo, insônia ou hipersonia, agitação ou retardo psicomotor, fadiga e pensamentos de morte. Estes sintomas podem ser apresentados pela condição médica da paciente, porém, quando se perpetuam por um período de mais de duas semanas, há necessidade de um acompanhamento especializado.

A depressão é uma doença que tem alta incidência na população, acometendo principalmente a população feminina, e pode necessitar de intervenção medicamentosa (LIMA, 1999).

Andritsch, *et al.* (2007), em pesquisa na Áustria com 210 pacientes que tiveram câncer de mama, de um a cinco anos após o diagnóstico, observaram que os fatores que estão associados a baixa qualidade de vida são a depressão, eventos estressantes, problemas financeiros e a ansiedade.

Gonçalves, Giglio e Ferraz (2003) analisaram 190 pacientes com diagnóstico de câncer de mama e observaram que 26,3% desta população apresentam sintomas de depressão, uma frequência maior que a população em geral.

Veloso (2001) afirma que a depressão está mais presente nas pacientes que se encontram no primeiro mês de tratamento quimioterápico, chegando a 33% da população acometida da doença, e Spiegel (1990) resalta que há altos níveis de depressão e dificuldades sexuais tanto nas pacientes com câncer de mama tratadas com mastectomia, quanto com as que fizeram cirurgias menos radicais.

Jong, *et al.* (2005) observaram que mulheres com câncer de mama, no tratamento com quimioterapia adjuvante apresentaram sintomas depressivos durante o tratamento, associados

com a fadiga mental. As pacientes que fizeram a cirurgia de mastectomia sentiram maior fadiga mental do que pacientes que fizeram cirurgia conservadora.

Em contrapartida, Sales e Molina (2004, p.723) relataram que processo de superação da doença também pode significar um fortalecimento pessoal e familiar, pois observaram que “o estar no mundo com câncer não torna as pacientes angustiadas, exiladas em si mesmas, mas as fortalece para transcenderem suas próprias angústias e buscarem novos caminhos para o enfrentamento da doença”.

Okamura, *et al.* (2005), em pesquisa com mulheres japonesas, observaram que o diagnóstico e o tratamento do câncer de mama podem acarretar sintomas depressivos e transtornos psiquiátricos, elevando os índices quando existe a recorrência do câncer. Também observaram, por meio dos questionários de qualidade de vida EORTC – QLQ-C30 E QLQ-BR23, que as alterações no funcionamento emocional, na imagem corporal e na perspectiva para o futuro, associadas aos sintomas de perda de apetite, diarreia, fadiga, náuseas e vômitos (provocados pelo tratamento quimioterápico), alteraram negativamente a qualidade de vida das pacientes.

Cantinelle *et al.* (2006, p. 130), em artigo de revisão, ressaltam que o “diagnóstico e o tratamento do câncer de mama podem afetar significativamente a vida sexual da mulher e do casal”, e Huguet (2005) constatou que o nível socioeconômico e de escolaridade e relação marital estável estão associados com melhor satisfação sexual e bons índices de qualidade de vida.

Parece fundamental que a equipe de saúde envolvida no atendimento às pacientes com câncer de mama deva ter uma visão mais ampliada sobre os sentimentos aflorados frente à doença, às suas seqüelas e os resultados alcançados no processo de reabilitação.

Impõe-se elaborar um plano individualizado de atenção fundamentado no respeito aos valores e crenças do indivíduo que correspondam, de forma mais abrangente, às expectativas e necessidades da pessoa com câncer, contribuindo para a necessária tomada de decisão em direção à melhoria da qualidade de vida, e não apenas ao prolongamento da sobrevida.

Steege *et al.* (2007), na Holanda, avaliaram a qualidade de vida de mulheres com câncer de mama, associado com a personalidade e nível de ansiedade das pacientes. Eles estudaram as respostas de 202 pacientes e formaram dois grupos. Um grupo com 91 pacientes com diagnóstico de câncer de mama e outro grupo de 111 que tiveram o resultado dos exames como nódulos benignos. Em um estudo de *coorte*, usaram 7 tipos de questionários,

dentre os quais o WHOQOL-100, para avaliar a qualidade de vida. Em conclusão, observaram que os valores apresentados pelos dois grupos foram semelhantes e não houve significância estatística. Porém encontraram maior índice de ansiedade e menor índice de qualidade de vida, nas pacientes com nódulo benigno. A idade média das pacientes com câncer de mama foi de 57,7 anos, e do grupo controle, de 58,8 anos, e 60,4% das pacientes com câncer de mama tiveram tumor entre 1-3cm.

Shim *et al.* (2006) compararam a qualidade de vida das mulheres com câncer de mama na Alemanha, Coreia e Japão, onde utilizaram o instrumento denominado *Short-Form Health Survey* (SF-8), que também analisa a qualidade de vida em sete domínios, entre os quais o físico, social, saúde mental e emocional. A pesquisa constatou que os aspectos físicos das mulheres coreanas demonstraram valores inferiores das alemãs e das japonesas. O resultado mais significativo foi que a depressão é fator determinante na menor qualidade de vida das pacientes, e que pacientes com histórico de depressão antes do diagnóstico tendem a se deprimirem mais durante o tratamento.

3.4 ASPECTOS FÍSICOS

Atualmente vem se constatando que a prática de atividades físicas executadas regularmente é um fator que melhora o bem-estar pessoal e social, sendo que a pouca prática de atividade física pode levar ao sedentarismo, fator visto como um problema mundial de saúde, que pode interferir diretamente na qualidade de vida (PATE *et al.*,1995).

O exercício físico pode ser um fator protetor para uma série de males, entre os quais se destacam: obesidade, doenças cardiovasculares, diabetes, osteoporose, depressão e o câncer de mama (TOSELLO e WINCKLER, 2004). Entre os critérios de avaliação de qualidade de vida, a atividade física representa um critério importante. Um bom condicionamento físico envolve a melhor capacidade do sujeito de locomover-se, de integrar-se socialmente, de sentir-se apto para realizar as suas necessidades de vida diária (NAHAS, 2003).

Os termos "atividade física" e "exercício físico" freqüentemente são considerados como equivalentes, porém não são sinônimos. Segundo Caspersen *et al.* (1985) citado por Domingues (2004, p. 204) "atividade física é qualquer movimento corporal produzido pela musculatura esquelética, portanto voluntário, que resulte em um gasto energético maior do que os níveis de repouso". Para o referido autor, o "exercício físico é toda atividade física

planejada, estruturada e repetitiva que tem por objetivo a melhoria e a manutenção da aptidão física, de habilidades motoras ou a reabilitação orgânico funcional” .

Nesta perspectiva entende-se que atividades físicas são as atividades cotidianas, que podem variar no seu grau de intensidade e exercícios físicos são ações sistematizadas, com uma prática regular e por um período maior que meia hora, existindo diversos instrumentos desenvolvidos para se mensurar a atividade física.

Vilela Jr. *et al.* (2007) em pesquisa na cidade de Fortaleza-CE utilizando o WHOQOL-*bref*, concluíram que mulheres idosas (com mais de 60 anos) “praticantes de exercício físico apresentam melhores resultados de qualidade de vida do que o grupo não praticante em todos os domínios do WHOQOL-*bref*”, ressaltando assim a influência positiva do exercício físico na qualidade de vida das mulheres.

Silva A. C. (2005) discute que o câncer acomete grande parte das mulheres já em idade madura (acima de 50 anos) e que é muito importante a avaliação da prática de atividades físicas quando se pensa em qualidade de vida, pois esta prática auxilia positivamente no processo de envelhecimento, principalmente na manutenção da densidade óssea e massa muscular, além de ter um fator positivo na dimensão psíquica e social.

No processo de enfrentamento no período pós-cirurgia e pós-tratamento do câncer de mama a mulher ainda apresenta alterações na imagem corporal, limitações dos movimentos, medo da recaída, preocupações com a família e o desejo de retornar a ocupação profissional. Um programa de assistência que inclui atividades físicas sistematizadas pode auxiliar o enfrentamento destas alterações. (SILVA G., 2005)

A mulher que é submetida a cirurgia na mama, principalmente a mastectomia, tem como seqüela algumas limitações corporais de membros superiores, limitando, mesmo que momentaneamente, as práticas de atividades físicas, sejam elas laborais ou de lazer. Os exercícios físicos pós-cirurgia por câncer de mama têm sido de fundamental importância na prevenção da limitação articular, do linfedema, de alterações posturais e na melhora e prevenção de fibrose muscular ou aderência tecidual da área cirúrgica (MAMEDE, 1991 *apud* PRADO, 2001).

Segundo a pesquisa de Prado (2001, p.92), a execução de exercícios físicos realizados regularmente, fazem parte do tratamento e afetam positivamente a boa recuperação das pacientes, “melhora os movimentos dos braços e ombros e ajuda na saúde mental”.

Em revisão feita por Mcneely *et al.* (2006) em 140 artigos publicados no ano de 2005 relacionando câncer de mama e exercício físico, ressalta que a prática de exercícios físicos é

positiva para esta população, melhorando a condição funcional do físico, o nível de consumo de oxigênio corporal e reduzindo os sintomas da fadiga.

Kendall *et al.* (2005) utilizando-se do SF-36 observaram que mulheres que praticaram atividade física após o diagnóstico de câncer de mama tinham melhor valor na média de qualidade de vida.

A atividade física e qualidade de vida têm emergido assim, nas investigações relacionadas à saúde de pacientes com doenças crônico-degenerativas como o câncer, uma vez que é um dos fatores determinantes dessa qualidade (NAHAS, 2003).

Adamsen *et al.* (2006), em estudo experimental relacionando a prática de exercícios físicos e a qualidade de vida de pacientes com câncer, em uma amostra de 82 pacientes, das quais 27 mulheres com câncer de mama (33%), concluíram que a intervenção da prática multidimensional de exercícios (relaxamento, massagem, treinamento com exercícios cardiorespiratórios e de resistência) podem ser benéficos para pacientes que estão em tratamento quimioterápico.

3.4.1 Composição Corporal

Uma forma de se avaliar o índice nutricional de uma pessoa ou população é a composição corporal, fator muito importante no tratamento de pessoas com câncer. A desnutrição em pacientes com câncer de mama pode afetar negativamente na terapia anticâncer e a obesidade pode aumentar o risco de recorrência da doença (SHILS, 2003).

Segundo Dâmaso (2002, p. 23), a “partir de 1985 a obesidade foi considerada pelo National Institutes of Health como doença multifatorial” relacionando à hipertensão, diabetes, alterações neurológicas, problemas cardiovasculares, alterações posturais e comportamentais e o câncer. A autora (2001, p. 231) afirma que a obesidade “pode aumentar em duas vezes o desenvolvimento de alguns tipos de câncer”, fator este que deve ser considerado na prevenção da obesidade no tratamento das mulheres com câncer.

Uma das técnicas de observação da massa corporal é a obtenção do Índice de Massa Corporal (IMC), que segue um padrão estabelecido pela OMS em 1990. Apesar de não se distinguir a distribuição de massa gorda, o método é muito utilizado em estudos populacionais. Este pode definir o estado nutricional de uma população por uma média, baseado em índices comparativos. (GUEDES e GUEDES, 1998; DÂMASO, 2001)

O IMC é utilizado para definir o grau de obesidade, este mede indiretamente a massa corporal expressa por meio dos valores massa corporal (kg) dividido pela estatura ao quadrado (m^2).

Fonseca (2004) afirma que se pode obter o IMC pelo método “massa corporal e estatura informados”. Os métodos massa corporal e estatura auto-referidos apresentam limitações, podendo sofrer alterações conforme o gênero, idade e condições socioeconômicas, porém, de acordo com o resultado de alguns estudos trata-se de indicadores válidos, com níveis aceitáveis de validade.

Dâmaso (2002) demonstra que os índices de obesidade podem ser observados a partir de um IMC no valor 30, sendo que a partir de um IMC 40 aumentam-se as comorbidades, entre elas o risco de câncer. A classificação destes valores se expressam na tabela 3.

Tabela 3 - Classificação da composição corporal relativa a massa corporal e no índice de massa corporal (IMC)

IMC (kg/m ²)	
Ambos os sexos	
Magro	< 18,5
Nornal	18,5-24,9
Sobrepeso	25,0-29,9
Obesidade I	30,0-34,9
Obesidade II	35,0-39,9
Obesidade III	> 40

Adaptada de WHO 2004, pela autora

A partir desses parâmetros pode-se traçar um perfil da composição corporal das pacientes, prevendo uma média nutricional desta população, característica importante nos valores atuais de bem-estar físico.

Mastroeni (2004), em um estudo nutricional da população de idosos da cidade de Joinville-SC, analisou 480 mulheres com mais de 60 anos. Nesta amostra constatou-se que 86, 2 % das mulheres estavam entre 60 e 80 anos apresentaram a média do IMC igual a 28,1; 91, 3% pertenciam ao grupo étnico/ou cor branca; apenas 8,7% eram de outros grupos étnicos/ou cor, justificado pelas características da imigração europeia na região.

Medeiros (2004), em sua dissertação, observou que 34 mulheres com diagnóstico de câncer de mama no ano de 2003 atendidas no ambulatório de mastologia da rede municipal de saúde de Joinville, 44% pertence a faixa etária entre 50 e 59 anos, sendo a média de idade 49 anos. Quanto ao estadiamento do câncer, 3% com estágio I, 26% estágio II, 39% estágio III e

26% estágio IV. O IMC apresentado pelas pacientes de câncer foi de 33% massa corporal normal, 44% com sobrepeso, 23% obesidade I e 14% com obesidade II, sendo que os valores foram próximos ao grupo controle de mulheres sem câncer. Quanto a etnia, 97% era de raça branca.

Conde *et al.* (2005) no estudo da qualidade de vida e menopausa, entre mulheres com e sem câncer de mama, observou que o índice de massa corporal (IMC) médio das pacientes foi de 28,0, e das outras mulheres foi de 29,9.

Berclaz *et al.* (2004) buscaram a correlação do índice de massa corporal com o câncer de mama e o desenvolvimento no tratamento. Em estudo de coorte com 6.370 pacientes. O que observaram é que pacientes com o IMC próximo ao normal tiveram um tempo de sobrevivência maior que os obesos. Pacientes obesos com tumores agressivos tinham um risco maior de recorrência do câncer, apesar do uso da quimioterapia adjuvante. Entretanto, concluíram que estatisticamente o IMC apresentou-se como um fator prognóstico independente do câncer de mama.

Intervenções de atividades físicas, mais especificamente exercícios físicos para mulheres obesas e na idade madura, são necessários para a prevenção às debilitações provocadas pela quimioterapia, já que podem gerar conseqüências como a atrofia muscular, osteoporose, declínio nas condições cardiorespiratórias, decréscimo da sensibilidade de insulina, baixa imunidade e, conseqüentemente, aumento do risco de doenças crônicas (VISOVSKY, 2006).

3.5 QUESTÕES SOCIOECONÔMICAS

A qualidade de vida de uma população é um importante conceito na economia e na ciência política. Este conceito envolve uma combinação de fatores econômicos (como o bom rendimento financeiro e possuir propriedades) e sociais (sentimentos como felicidade, tristeza, liberdade, etc). Contudo, vem se observando uma associação cada vez maior do termo com produtos e serviços oferecidos à população brasileira e mundial, provavelmente resultado de uma conscientização crescente do indivíduo quanto à sua importância na sociedade econômica.

O Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) – comumente tratado por Critério Brasil – “estima o poder de compra dos indivíduos e famílias urbanas, com base no

levantamento socioeconômico do Instituto Brasileiro de Pesquisa”, classificando-os por classes econômicas em um sistema de pontos (ABEP, 2006) .

O sistema de pontos se baseia na somatória dos pontos referentes à quantidade de utilitários domésticos (tabela 4), mais os pontos referentes ao grau de instrução (tabela 5), onde o valor total possibilita uma classificação por classes sociais, como mostra a tabela 6.

Tabela 4 – Tabela de pontos conferidas aos itens e grau de instrução.

ITENS	Quantidade de itens				
	0	1	2	3	4 ou mais
Televisão a cores	0	2	3	4	5
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	2	3	4	4
Automóvel	0	2	4	5	5
Empregada mensalista	0	2	4	4	4
Aspirador de pó	0	1	1	1	1
Máquina de lavar	0	1	1	1	1
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	2	2	2	2
Freezer	0	1	1	1	1

Fonte: ABEP, 2006

Tabela 5 – Valores em pontos referentes ao grau de instrução

GRAU DE INSTRUÇÃO (do chefe da família)	Pontos
Analfabeto/ Primário incompleto	0
Primário completo/Ginasial incompleto	1
Ginasial completo/Colegial incompleto	2
Colegial completo/Superior incompleto	3
Superior completo	5

Fonte: ABEP, 2006

Tabela 6 – Divisão por classes da renda familiar.

Classe	Pontos	Renda média familiar mensal (R\$)
A1	30 a 34	7.793
A2	25 a 29	4.648
B1	21 a 24	2.804
B2	17 a 20	1.669
C	11 a 16	927
D	6 a 10	424
E	0 a 5	207

Fonte: ABEP, 2006.

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), na classificação de rendimento mensal familiar per capita/2005 da população brasileira, avalia que, na região Sul do Brasil, 40,4% dos habitantes recebem até um salário mínimo, 29,2 % recebem de um a dois salários e 11, 5% recebem de dois a três salários mínimos (BRASIL, IBGE, 2006).

Ressalta-se que as questões socioeconômicas podem interferir no acesso à informação e ao tratamento imediato, que podem atuar como fator preventivo no estágio mais inicial do câncer de mama. Apesar de campanhas veiculadas na mídia no combate contra o câncer de mama, e o atendimento e orientação nos postos de atendimento, ainda o diagnóstico do câncer de mama em estágio avançado pode ser estimulada pela baixa densidade de equipamentos de diagnóstico e a necessidade de ações mais efetivas na atenção básica a saúde da mulher.(BRASIL, SAS, 2006)

Segundo a dissertação de Dias (2005) de 137 mulheres com diagnóstico de câncer de mama, 59,72% das pacientes tiveram que se afastar do trabalho devido a cirurgia. Concordando com esta análise, os estudos de Avis, Crowford e Manuel (2005) afirmam que o afastamento do trabalho foi um dos fatores que interferiram negativamente na avaliação da qualidade de vida destas pacientes, principalmente com menos de 40 anos.

Entende-se que um dos fatores que alteram o aspecto socioeconômico da mulher jovem com câncer de mama é o rompimento com o trabalho remunerado devido à doença, que geralmente apresenta uma queda na renda familiar e que pode levar à sensação de impotência profissional.

Quanto a etnia, a cidade de Joinville (SC) onde reside a população estudada, localiza-se na microregião Nordeste do estado de Santa Catarina. É característica étnica da região Sul do Brasil a predominância de pessoas de cor branca (83,9 %), diferenciando-se significativamente da média nacional (58, 5%) e ainda mais da região norte do Brasil (30,9%) (BRASIL, 2006).

4. METODOLOGIA

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Este estudo é descritivo de *coorte* concorrente, baseado em acontecimentos prospectivos, segundo Rouquayrol (2003), com abordagem quanti-qualitativa, em forma de entrevista, com aplicação de questionários fechados e entrevista semi-estruturada baseada nos conceitos de Richardson (1999).

Como variável dependente teve-se a cirurgia de mama e o tratamento quimioterápico, e como variáveis independentes a mastectomia, a quadrantectomia, o tempo decorrido entre a cirurgia e o tratamento, a idade, massa corporal e a condição sócio econômica.

4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população de amostra investigada foi constituída por todas as mulheres com diagnóstico de câncer de mama com indicação para cirurgia de mama e quimioterapia atendidas no ambulatório de mastologia da rede municipal de saúde de Joinville/SC, localizado no Posto de Saúde Boa Vista, de maio a novembro de 2006, resultando em 36 mulheres entrevistadas. O acompanhamento do tratamento se estendeu até março de 2007.

A seleção de inclusão neste estudo seguiu os seguintes critérios: o diagnóstico de câncer de mama no ano de 2006; indicação para cirurgia de mama (mastectomia ou quadrantectomia); ser mulher e ter mais de 18 anos (por ser considerada a fase adulta da mulher) e estar em atendimento na rede municipal de saúde de Joinville.

Utilizou-se como critério de exclusão a paciente que iniciou o tratamento quimioterápico antes da cirurgia ou foi encaminhada para outro tipo de tratamento.

4.3 ASPECTOS ÉTICOS

Segundo a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que determina diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, este projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Universidade da Região de Joinville (UNIVILLE) e aprovado em dezembro de 2005.

Este projeto é de caráter científico e não está vinculado a nenhum desenvolvimento de produtos ou entidade de fins lucrativos. Busca apenas atingir os objetivos propostos em uma atitude investigativa pelo interesse dos investigadores na ânsia de produzir uma contribuição científica.

O consentimento livre e esclarecido foi elaborado segundo as normas da UNIVILLE, contendo justificativa, objetivo e metodologia, deixando claro que os princípios de autonomia, risco e benefícios foram respeitados no projeto da pesquisa.

A identificação do entrevistado foi condicionada a uma ficha anexa que somente a pesquisadora teve acesso, sendo a folha do mesmo protocolada por número. Como a proposta de pesquisa exige uma reincidência de coleta de dados, foi afixada a identificação do mesmo para que se possa garantir a aplicação da segunda e terceira fase do questionário. Quando necessário buscou-se o contato via telefone com as pacientes e visitas em suas residências, com o consentimento prévio das mesmas.

As informações fornecidas pela equipe médica não foram repassadas às pacientes ou qualquer outra pessoa, permanecendo no protocolo de acompanhamento delimitando o referencial da evolução do tratamento.

4.4 COLETA DE DADOS E INSTRUMENTOS

A proposta desta pesquisa possui três coletas de dados que consistem em três entrevistas feitas pela pesquisadora, denominadas fase-1, fase-2 e fase-3.

Antes da cirurgia foi realizada a primeira etapa (fase-1), onde foi explicado a paciente o propósito da pesquisa, solicitado o consentimento para a pesquisa e aplicado o questionário desta fase. Além disto, foi preenchida uma ficha pelo médico sobre as condições de saúde e indicações de cirurgia da paciente (Anexo B).

O questionário aplicado na fase-1 observou a avaliação de qualidade de vida pelo WHOQOL-*brief*, as condições socioeconômicas, a prática de atividade física, o massa corporal e a altura, acrescido do consentimento informado da paciente. Esta fase teve início no mês de maio a novembro de 2006, período no qual ocorreu o processo de seleção das pacientes.

A segunda etapa (fase-2) ocorreu entre 15 a 45 dias após a cirurgia, antes do início do tratamento quimioterápico. Foi realizada entre os meses de junho e novembro de 2006. Foi composta pelo questionário de qualidade de vida (WHOQOL-*brief*) e observado a massa

corporal, comentários adicionais da paciente e mobilidade corporal. Associou-se a estes dados as informações médicas do tipo de tratamento indicado e classificação do câncer de mama.

A terceira etapa (fase-3), no intervalo entre a segunda e a quinta aplicação do tratamento quimioterápico, teve início no em novembro de 2006 até de abril de 2007. Foi aplicado um questionário avaliando a qualidade de vida da paciente (*WHOQOL-bref*), prática de atividade física sistemática no momento, massa corporal, e uma entrevista semi-estruturada registrando o relato da paciente sobre as alterações em sua vida durante o tratamento. Também coletou-se informações com a equipe médica sobre as condições de saúde e indicações do tratamento da paciente.

Na entrevista semi-estruturada da fase-3, foram analisadas as citações livres das pacientes sobre suas queixas e observações. Buscou-se citações como depressão, alteração corporal e opções de lazer, com o intuito de facilitar a compreensão dos resultados obtidos no *WHOQOL-bref*.

As pacientes que não tiveram indicação para o tratamento quimioterápico foram excluídas da terceira fase de entrevistas.

Ao término das entrevistas, os dados coletados com *WHOQOL-bref* (Anexo-A) nas três fases da pesquisa foram analisados no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) 10.5, utilizando a sintaxe do programa *WHOQOL-bref*, produzido pela equipe da Austrália (WHOQOL, 2007), estimando uma média por domínios (físico, psicológico, social e meio ambiente). A comparação entre os resultados dos domínios nas três fases foram feitas pela análise de variância (ANOVA), com níveis de significância de $p < 0,05$ (PESTANA, GAGEIRO, 2003; THOMAS, NELSON, 2002).

A aferição da consistência interna das respostas obtidas com o *WHOQOL-bref* deu-se pela aplicação do cálculo do Coeficiente de Cronbach. Este coeficiente usualmente pode variar de 0,00 (ausência de confiabilidade) a 1,00 (confiabilidade perfeita); valores acima de 0,70 atestam a confiabilidade do instrumento (SCHMITT, 1996).

Os resultados da fase-1, referente ao nível socioeconômico e índice de massa corporal foram correlacionados com os domínios do *WHOQOL-bref* utilizando-se o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) 10.5, baseado no coeficiente de correlação linear de Spearman, com o grau de fidedignidade de 95%.

4.4.1 Instrumentos

O instrumento que foi aplicado na população selecionada, na primeira etapa (Fase-1) no período de pré-cirurgia (Anexo B) é composto de:

- Um impresso do consentimento e esclarecimento sobre a pesquisa.
- Um conjunto de questões baseadas no Critério de Classificação Econômica Brasil - CCEB (ABEP, 2006), mais informações sobre idade, número de filhos, situação conjugal, massa corporal e altura .
- Duas páginas envolvendo questões do “WHOQOL-*brief*” .
- Duas questões semi-estruturadas recordatórias elaboradas pela pesquisadora observando os hábitos de exercícios físicos da paciente.

O instrumento que foi aplicado na segunda etapa (Fase-2) com as pacientes selecionadas, no período de 15 a 45 dias após a cirurgia (Anexo C) é composto de:

- Duas páginas envolvendo questões do “WHOQOL-*brief*”.
- Algumas questões sobre a prática de exercícios e condições físicas das pacientes naquele momento.

O instrumento que foi aplicado na terceira etapa (Fase-3) com as pacientes selecionadas, no período entre a segunda e a terceira aplicação do tratamento quimioterápico (Anexo D) é composto de:

- Duas páginas envolvendo questões do “WHOQOL-*brief*” .
- Informações sobre massa corporal e altura .
- Duas questões semi-estruturadas recordatórias elaboradas pela pesquisadora observando os hábitos de exercícios físicos das pacientes.
- Registros de diálogo com as pacientes sobre relatos de sua percepção do tratamento

Paralelamente as três entrevistas foi solicitado aos médicos responsáveis o preenchimento de uma ficha de acompanhamento da paciente (Anexo E).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 CARACTERÍSTICAS DAS PACIENTES

Durante o ano de 2006 (de 01 janeiro a 31 dezembro), no Posto de Saúde Boa Vista, foi registrado o encaminhamento de 121 pacientes para tratamento de doenças da mama no Hospital Municipal São José.

Este grupo de mulheres se caracteriza como uma amostra, pois devido a seleção e critério de exclusão, não foi possível abranger todas as pacientes atendidas com câncer de mama no Sistema Único de Saúde de Joinville no ano de 2006.

No período de junho a novembro de 2006, 45 mulheres apresentaram indicação para o tratamento cirúrgico de mama, com diagnóstico de câncer de mama. Destas 45 mulheres, fez-se contato com todas e verificou-se que ocorreram 40 mastectomias e cinco quadrantectomias.

Apesar da tendência atual de tratamento do câncer de mama que busca mutilações mínimas, favorecendo uma melhor qualidade de vida e melhora da auto-imagem (PRADO, 2001), a mastectomia ainda é uma técnica cirúrgica muito usada. A mastectomia foi utilizada em 88,9% dos casos das pacientes deste estudo. Na Índia, Pandey *et al.* observou em uma amostra de 251 mulheres que 87,5% dos casos também foi utilizado a mastectomia. Segundo o INCA no Brasil, a grande porcentagem de mastectomias ocorreram devido ao diagnóstico e tratamento tardio da doença (BRASIL, 2006).

Apesar dos avanços científicos, ainda se detecta o câncer em estágios muito avançados, principalmente em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, como afirmaram Abreu e Koifman (2002).

A tabela 7 demonstra a distribuição do número de pacientes, por cirurgia, analisadas neste estudo.

Tabela 7 – Número de cirurgias de mama encaminhadas pelo Posto de Saúde Boa Vista-Joinville/SC entre junho a novembro de 2006

Meses	Mastectomia	Quadrantectomia
Junho	7	0
Julho	4	0
Agosto	1	0
Setembro	13	2
Outubro	6	1
Novembro	9	2

Das 45 pacientes encaminhadas para a cirurgia de mama (40 mastectomias e cinco quadrantectomias), como mostra a tabela 7, foram excluídas cinco por terem iniciado o tratamento quimioterápico antes da cirurgia e quatro pacientes não foram entrevistadas, pelo fato da pesquisadora não conseguir fazer contato com as pacientes em tempo hábil (antes da cirurgia).

A amostra deste estudo foi constituída por 36 mulheres submetidas à cirurgia de câncer de mama, com mais de 18 anos e que foram atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

No terceiro estágio (fase-3), durante o período de quimioterapia, foram entrevistadas 26 pacientes e excluídas dez. A exclusão ocorreu porque duas pacientes foram a óbito, sete não foram encaminhadas para o tratamento de quimioterapia e uma paciente iniciou a primeira aplicação de quimioterapia somente no mês de maio de 2007, após o encerramento da coleta destes dados.

A idade média das 36 mulheres é de 52,9 anos (mediana 48,5 anos/ dp = 14,2), com variação entre 27 e 79 anos, sendo que 36,1% na faixa etária de 40 a 49 anos. Na fase-3 a idade média, das 27 pacientes encaminhadas a quimioterapia, é de 49,3 anos (mediana 47 anos/dp = 11,8). A distribuição absoluta e relativa das duas fases estão expressas na tabela 8. Deixou-se inclusive nesta análise a paciente que foi encaminhada para quimioterapia, porém não foi entrevistada por não ter iniciado o tratamento em tempo hábil para a entrevista.

Tabela 8 - Frequência absoluta e relativa da faixa etária das 36 pacientes entrevistadas na fase-1 e das 27 pacientes encaminhadas a quimioterapia (fase-3).

Idade	Fase-1 / N = 36		Fase -3/ N = 27	
	Nº	(%)	Nº	(%)
27-29	1	2,8	1	3,7
30- 39	4	11,1	3	11,1
40-49	13	36,1	11	40,7
50- 59	6	16,7	6	22,2
60-69	6	16,7	5	18,5
70-79	6	16,7	1	3,7

A tabela 8, demonstra que a faixa etária do desenvolvimento do câncer de mama neste grupo. Entre as entrevistadas, tinham 13 (36,1%) com idade entre 40 e 49 anos. Conforme prevê a ACS (2007) se assemelham com a pesquisa de NUCCI (2003), na qual a concentração é de 25% na faixa etária de 40 a 49 anos e de 30,8% entre 50 a 59 anos.

Estes dados se acrescentam a idéia da faixa etária de maior incidência do câncer de mama, estar entre 40 e 50 anos, também demonstradas na pesquisa da Pandey *et al.* realizadas com 251 mulheres indianas, que fizeram cirurgia de câncer de mama. Em relação a faixa etária das pacientes, as pesquisas apresentaram uma média de idade de 45,6 anos, mediana de 45,0 (dp=10,6), cuja as idades variavam entre 17 a 80 anos.

Gebrim *et al.* (2005) confirmam os dados quando citam que as mulheres com mais de 45 anos de idade têm o risco aumentado de câncer e conforme relata Correa (2004), é necessário incentivar ações preventivas para mulher com mais de 35 anos.

Em análise da faixa etária das mulheres que foram encaminhadas para o tratamento quimioterápico observa-se que se manteve o mesmo padrão de distribuição da faixa etária, com pequena alteração entre as pacientes mais idosas.

O grupo étnico apresentado pelo grupo de mulheres entrevistadas foi de 32 (88,9%) mulheres de cor branca e quatro (11,1%) de outras etnias. Esta característica corresponde à média populacional da região Sul do Brasil, que possui uma população 83,9% de cor branca (BRASIL, 2000). Os percentuais são similares ao estudo de Mastroeni (2004), no qual a população feminina idosa estudada em Joinville foi de 91,3% de cor branca e 8,8% de outras etnias.

Das 36 mulheres, 24 (66,7%) não concluíram o primeiro grau de escolaridade (ensino fundamental), 7 (19,4%) têm o segundo grau completo (ensino médio) e cinco (13,9%) informaram ter o terceiro grau completo (ensino superior). Com relação à profissão, 26 (72,2%) são donas de casa ou aposentadas, cinco (13,9%) trabalham em serviços gerais, três (8,3%) são costureiras e duas (5,6%) são agentes administrativas.

O gráfico 1 representa a distribuição por classe econômica das 36 pacientes entrevistadas.

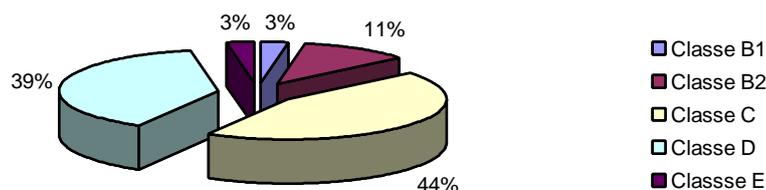


Gráfico 1 – Distribuição de classe econômica das pacientes pelo método CCEB

Como demonstra o gráfico 1, a maioria das pacientes entrevistadas (29 mulheres/ 83%), classificou-se economicamente nas classes “C” e “D”. Conforme classificação CCEB (ABEP, 2006), a renda mensal se estabelece inferior a R\$ 927,00. Este fator pode estar relacionada ao baixo grau de instrução e à condição profissional (a classificação foi obtida por número absolutos - Anexo G).

Quanto ao tratamento de câncer de mama, entre as mulheres analisadas, 31 (86,1%) foram encaminhadas para o procedimento cirúrgico de mastectomia e cinco (13,9%) para a cirurgia de quadrantectomia. Apesar de comprovado os benefícios da quadrantectomia para a mulher, ainda existe a necessidade da utilização da mastectomia de acordo com o diagnóstico da doença (ENGEL, *et al.*, 2004; JANNI *et al.*).

Segundo o diagnóstico do laudo patológico do material analisado das mamas pós-cirurgia, de acordo com a Classificação de Tumores Malignos (BRASIL,2004), duas (5,6%) pacientes apresentaram estágio zero, seis (16,7%) estágio I, 25 (69,4%) estágio II e três (8,3%) estágio III (Anexo-J). O estadiamento do câncer mostra uma grande concentração no estágio II, conforme apresenta-se no gráfico 2.

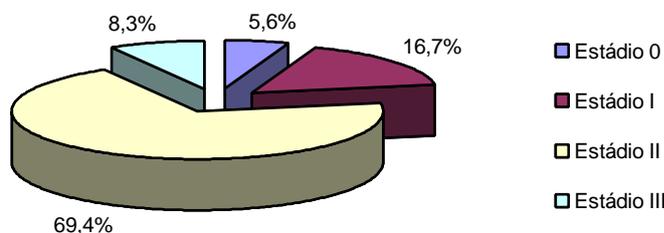


Gráfico 2 – Distribuição do estadiamento da doença segundo a Classificação de Tumores Malignos

Os valores apresentados ao estadiamento da doença (gráfico 2), nesta pesquisa estão relacionados a característica das pacientes que são do diagnóstico com câncer de mama, indicação para a cirurgia e indicação para quimioterapia adjuvante, sendo que estão exclusas as pacientes que devido ao estágio mais avançados foram encaminhadas a quimioterapia antes da cirurgia ou mesmo não foram encaminhadas a cirurgia, não servindo de parâmetros comparativos da população em geral.

Observou-se que duas (5,5%) pacientes tiveram segundo câncer primário para a mama oposta (uma paciente na mama direita, outra paciente na mama esquerda), e uma (2,8%) paciente apresentou câncer de tireóide há dez anos.

Medeiros (2004), em sua dissertação, realizou sua coleta no mesmo local deste estudo em estágio inicial, entrevistou 34 mulheres e observou que existe uma maior concentração de mulheres com câncer no estágio III (39%), contrastando com os resultados deste estudo, que apresentou apenas 8,3% das pacientes no estágio III, entretanto, é necessário observar que os critérios de seleção são diferenciados, com exclusão de pacientes com câncer recorrente ou primário na mama oposta, pacientes que já iniciaram a quimioterapia e que tinha histórico de tabagismo e etilismo.

Os valores de baixo estadiamento no diagnóstico das pacientes desta pesquisa, podem estar relacionados, segundo Abreu e Koifman (2002) onde a maior quantidade de aparelhos de mamografia, um equipamento de prevenção contra o câncer, se encontram na região Sul e Sudeste do Brasil.

Observou-se que o hemisfério corporal de ocorrência do câncer ficou em 20 (55,5%) pacientes na mama do hemisfério corporal direito e em 16 (44,5%) na mama do hemisfério corporal esquerdo.

5.2 ASPECTOS FÍSICOS

Na avaliação atividade física, na observação do relato das pacientes antes do diagnóstico, observou-se que: 22 (61,1%) não praticavam exercícios regularmente, seis (16,7%) faziam caminhadas, quatro (11,1%) andavam de bicicleta e quatro (11,1%) praticavam algum tipo de atividade física sistematizada (ginástica ou hidroginástica). Todas relataram que nunca foram atletas.

Quando questionadas sobre o motivo da não prática de exercícios, 14 (38,9%) relataram que realizavam atividades físicas regularmente, 16 (44,4%) pacientes afirmaram não sentirem interesse por atividades físicas, cinco (13,9%) diziam sentir dores musculares ou cansaço e uma (2,8%) não praticava exercícios físicos por outros motivos.

Prado, (2001), Nahas, (2003), Toselo e Winckler (2004), Silva A. C (2005), Kendall, *et al.* (2005), Adamsen *et al.*, (2006) e Mcneely *et al.* (2006) ressaltam a influência positiva da atividade física na prevenção do câncer, recuperação do tratamento e boa qualidade de vida,

entretanto, as pacientes estudadas demonstraram pouco interesse em executar exercícios físicos, dificultando a análise desta prática.

Conforme estudo de Vilela Junior (2007, p.1), “mulheres idosas praticantes de exercício físico apresentam melhores resultados de qualidade de vida do que o grupo não praticante, em todos os domínios do WHOQOL-*Bref*”, prevendo que a prática de atividade física pode demonstrar melhores resultados na qualidade de vida das mulheres que apresentam câncer de mama. Entretanto, este estudo apresentou a limitação do número de praticantes de atividades físicas insuficiente para se aplicar uma análise estatística e uma coleta mais específica, já que apenas quatro pacientes participavam de algum tipo de atividade física (11%) sistematizada, e dez pacientes (27,8%), apesar de alegarem praticar alguma atividade, não tinham rotinas estabelecidas nem tempos delimitados e utilizavam caminhadas ou o ciclismo como meio de locomoção ou lazer.

No período do diagnóstico da doença, na entrevista pós cirurgia e na entrevista durante o tratamento quimioterápico, todas as pacientes relataram não fazer exercícios físicos, limitando-se a pequenas caminhadas e serviços domésticos leves.

Apesar de comprovada eficácia da prática de exercícios físicos na vida cotidiana, ou mesmo no processo de reabilitação para pacientes com câncer de mama, melhorando a condição funcional do físico, o nível de consumo de oxigênio corporal e reduzindo os sintomas da fadiga (Mcneely *et al.*, 2006), observou-se na entrevista com as pacientes, que estas relatam ter recebido orientação e o encaminhamento à fisioterapia, onde executaram exercícios específicos para a mobilidade do braço e a prevenção de linfedemas.

Devido ao processo cirúrgico e os cuidados na movimentação de ombro e braço, conforme o relato da pacientes, demonstraram ter o entendimento de as orientações médicas e dos enfermeiros fossem para restringir totalmente as atividades físicas, e assim, executaram inicialmente somente os movimentos na fisioterapia e serviços caseiros leves ou trabalhos manuais.

Três meses após a cirurgia, no mínimo, realizou-se a terceira fase de entrevistas com 26 pacientes encaminhadas para a quimioterapia. Destas, 24 (92,3%) tinham realizado mastectomia e tiveram o esvaziamento axilar, e duas (7,7%) fizeram quadrantectomia e tiveram a preservação dos linfonodos axilares. Uma grande proporção de pacientes teve esvaziamento axilar, um fator gerador de desconforto e linfedemas no braço operado, conforme Bergmann (2005) prevalência de linfedema atinge 17,5% dos casos, apenas três

(11.5%) pacientes reclamaram de inchaço no braço, dores e sensação de desconforto, entretanto não se pode classificar como linfedema, pois não foi realizada uma avaliação específica, 24 (92,3%) pacientes relataram estar cuidando com os movimentos bruscos, retornando à execução dos serviços domésticos e mantendo o rotina diária, apenas se abstendo do serviço pesado da casa (carregar peso, lavar paredes, entre outros).

Quanto à prática de atividades físicas durante o tratamento de quimioterapia, conforme relato das pacientes, das quatro pacientes que andavam de bicicleta diariamente, duas pararam a atividade totalmente e duas passaram a fazer caminhadas. Das seis pacientes que caminhavam regularmente, uma passou a fazer alongamentos, duas mantiveram a prática e três pararam. Uma paciente que fazia ginástica em casa continua mantendo a rotina como antes. Uma paciente que trabalhava com serviços gerais começou a caminhar e 14 pacientes que não faziam nenhuma atividade física específica continuaram nesta condição.

Em análise, das 26 pacientes que foram para o tratamento quimioterápico, 14 (53,8%) não faziam atividade física específica e continuaram sem fazer, sete (26,9%) faziam atividade e continuaram praticando, mesmo que adaptando o tipo de atividade para sua condição atual e cinco (19,2%) pararam de fazer qualquer atividade física além do serviço doméstico leve.

O sobrepeso e a obesidade também são fatores que interferem na recuperação cirúrgica, no tratamento quimioterápico e na prevenção de linfedemas. (BERGMANN, 2005).

A tabela 9 demonstra a distribuição da composição corporal, pelo Índice de Massa Corporal (IMC) do grupo de pacientes analisadas.

Tabela 9 – Análise do Índice de Massa Corporal (IMC) das pacientes antes da cirurgia e após a cirurgia.

IMC	Antes da cirurgia n=36		Após a cirurgia N=36		Durante a quimioterapia N=26	
	nº	%	nº	%	nº	%
Abaixo do peso <19	5	13,9	5	13,9	3	11,5
Peso normal 19- 24,9	13	36,1	12	33,3	10	38,5
Sobrepeso 25 - 29,9	11	30,6	12	33,3	7	26,9
Obesidade 30,0 - 34,9	5	13,9	5	13,9	5	19,2
Obesidade II 35,0 - 39,9	2	5,6	2	5,6	1	3,8
Obesidade III > 40	0	0,0	0	0,0	0	0

O baixo número de mulheres obesas, como mostra a tabela 9, não permite se fazer qualquer correlação com o câncer de mama com a obesidade.

Na análise do IMC (tabela 9), observa-se que antes da cirurgia a maior concentração dos dados (66,6%) ficou entre massa corporal normal e sobrepeso, como demonstra a tabela 9, considerado padrão saudável para a população média mundial (Dâmaso 2001; WHO, 2004). A média do IMC antes da cirurgia foi de 25,7 (dp 5,6) e pós-cirurgia de 24,9 (dp 4,85), demonstrando pouca alteração, o que já era esperado, uma vez que, o intervalo entre as coletas é de aproximadamente 45 dias. Durante o tratamento de quimioterapia, a média do IMC das pacientes ficou em 25,9 (dp 4,84).

Na dissertação de Medeiros (2004), 77% das pacientes apresentaram massa corporal normal e sobrepeso, e 37% obesas. Comparadas com este estudo, onde o resultado foi de 66,6% com massa corporal normal e sobrepeso e 24,5% obesas, observar-se uma variação na média do IMC das pacientes com câncer de mama atendidas pelo SUS em Joinville.

Observando os valores absolutos de massa corporal, sete (26,9%) das 26 pacientes diminuíram de um a três quilos durante este período, e 11 (42,3%) pacientes relataram ter aumentando de um a sete quilos durante o tratamento, valores que alteram pouco a média do IMC. Somente uma paciente aumentou sete quilos, e esta relatou que já tinha problemas com aumento de massa corporal antes do diagnóstico, inclusive anteriormente, já tinha feito tratamento com remédios para emagrecimento.

Apesar das pacientes afirmarem não praticarem exercícios físicos regularmente, o fato de 29 (80,6%) pacientes apresentarem o IMC abaixo de 29,9, reflete que as pacientes conseguem manter o equilíbrio entre atividade física e alimentação, conforme prevê a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2004). É importante ressaltar que estes valores não avaliam a condição nutricional das pacientes.

Em uma análise comparativa com a população idosa de Joinville-SC, os estudos de Mastroeni (2004) apresentaram um IMC de 28,1 para senhoras de 60 a 80 anos. Neste estudo de câncer de mama, 12 mulheres estavam na faixa etária entre 60 e 80 anos e apresentaram um IMC médio de 25,5 (dp= 3,51), entendendo-se que a obesidade não é um fator associado a esta população, pois seus índices se ficaram abaixo da média da população local.

Na indicação para o tratamento quimioterápico, observou-se que 15 (57,7%) pacientes receberam tratamento inicial com o quimioterápico adriamicina (doxorubicina), ciclofosfamida (AC); sete (26,9%) pacientes com ciclofosfamida, methotrexate e fluorouracil (CMF); e quatro (15,4%) pacientes, com fluorouracil, adriamicina e ciclofosfamida (FAC). Além da quimioterapia, três pacientes tomavam remédios para hipertensão, sendo que já

faziam uso deste medicamento antes do diagnóstico do câncer, e três faziam uso de antidepressivos, medicação prescrita pelo médico após o início do tratamento do câncer de mama.

Jong *et al.* (2005) observou que a quimioterapia CMF aumentou a sensação de fadiga e mal-estar nas pacientes, principalmente após o quarto ciclo, com declínio após o término do tratamento. Apesar de não se aplicar uma avaliação específica sobre a fadiga das pacientes, pode-se observar nos relatos que as pacientes sentiram enjôo e mal-estar na primeira semana após a medicação, porém três pacientes disseram não sentir nenhum efeito ou alteração física. As três pacientes que relataram não sentir os efeitos negativos, receberam o tratamento com CMF e tinham as idades de 56, 60 e 79 anos. Também observou-se que todas as pacientes que receberam o tratamento com CMF apresentaram menos queixas de mal-estar e o tempo de duração dos efeitos do tratamento, foi menor do que nas pacientes tratadas com os outros quimioterápicos (AC e FAC).

Acredita-se que a fadiga seja um importante componente para as pacientes se recusarem à prática de exercícios, porém, como demonstram os dados acima, somente cinco pacientes alteraram sua rotina de atividades físicas, não sendo possível a associação do tratamento quimioterápico com a indisposição para a prática de exercícios, já que existem outros fatores, como o psicológico e o social, que interferem na rotina de vida da paciente.

5.3 QUALIDADE DE VIDA

Todos estes componentes, como atividade física, condições sociais, condições físicas, psicológicas e sociais, expressam a qualidade de vida de uma pessoa, que neste estudo foram avaliados especificamente com a utilização do questionário WHOQOL-*bref* com a análise em quatro domínios (Físico, Psicológico, Social e do Meio Ambiente) isoladamente e comparados com a aplicação do mesmo questionário em diferentes períodos.

Pela observação das questões elaboradas, compreende-se que quanto mais próximo ao valor 100, mais satisfeita a pessoa se sente em seus aspectos de vida, refletindo uma boa qualidade de vida.

As tabelas 10, 11 e 12 mostram os resultados da análise das respostas no WHOQOL-*bref* nas três fases de entrevistas, onde o questionário foi analisado pelos domínios físico,

psicológico, social e meio ambiente isoladamente, já que o protocolo do WHOQOL-*bref* não prevê uma média geral.

A tabela 10 mostra os valores obtidos com as entrevistas com as pacientes com câncer de mama antes da cirurgia.

Tabela 10 – Análise estatística por domínios do questionário WHOQOL-*bref* antes da cirurgia.

N= 36	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio Social	Domínio Meio Ambiente
Média	66,07	69,67	76,85	63,02
Mediana	67,86	70,83	75,0000	60,93
Desvio padrão	16,05	13,38	12,13	11,72
Valores mínimos	28,57	41,67	50,00	40,63
Valores máximos	96,43	95,83	100,00	87,50

Conforme pode se observar na tabela 10, entre os quatro domínios, a maior média antes da cirurgia foi a do domínio social, que envolve questões sobre o quanto a pessoa se sente satisfeita com o relacionamento com amigos e parentes, e o menor valor se refere às condições do meio ambiente, que são condizentes com as condições socioeconômicas, como moradia, transporte e infra-estrutura social, concordando com os dados socioeconômicos levantados anteriormente, onde foi demonstrado que as pacientes possuem baixa renda.

A tabela 11 demonstra os resultados da segunda fase de entrevistas, pós-cirurgia, onde o questionário foi analisado pelos mesmos domínios isoladamente.

Tabela 11 – Análise estatística por domínios do questionário WHOQOL-*bref* após a cirurgia (fase-2).

N= 36	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio Social	Domínio Meio Ambiente
Média	65,57	69,44	76,38	64,58
Mediana	67,85	70,83	75,00	64,06
Desvio padrão	14,10	12,67	12,36	11,15
Valores mínimos	28,57	41,67	50,00	46,88
Valores máximos	100,00	95,83	100,00	93,75

Conforme pode se observar na segunda coleta (tabela 11) o maior valor apresentado foi do domínio social e o menor do domínio meio ambiente, permanecendo as médias dos quatro domínios próximas aos valores obtidos na primeira coleta.

A tabela 12 demonstra os valores obtidos nas entrevistas com as pacientes durante o tratamento quimioterápico, por domínios.

Tabela 12 – Análise estatística por domínios do questionário WHOQOL-*bref* durante o tratamento de quimioterapia (fase-3).

N= 26	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio Social	Domínio Meio Ambiente
Media	66,85	68,27	74,03	65,26
Mediana	67,85	68,75	75,00	67,18
Desvio padrão	11,86	13,07	16,38	11,46
Valores mínimos	46,43	50,00	33,33	46,88
Valores máximos	92,86	91,67	100	84,38

Como está descrito no final deste capítulo, apesar de não se encontrar relevância estatística em nenhuma das análises, pode-se encontrar alterações na distribuição dos dados que demonstram relevância a ser observado.

A tabela 13 expressa um resumo dos valores médios, medianas e desvio padrão, obtidos nas análises das respostas do WHOQOL-*bref* durante as três fases de coleta de dados.

Tabela 13 – Comparação dos valores médios e mediana por domínios do WHOQOL-*bref* antes da cirurgia (fase-1/n=36), após a cirurgia (fase-2/n=36) e durante o tratamento de quimioterapia (fase-3/n=26).

Domínio	Fase 1 média	Fase 2 média	Fase 3 média	Fase 1 mediana	Fase 2 mediana	Fase 3 mediana	Fase 1 Desvio padrão	Fase 2 Desvio padrão	Fase 3 Desvio padrão
Físico	66,07	65,57	66,85	67,88	67,85	67,85	16,05	14,10	11,86
Psicológico	69,67	69,44	68,27	70,83	70,83	68,75	13,38	12,68	13,07
Social	76,85	76,38	74,03	75,00	75,00	75,00	12,13	12,36	16,38
Meio ambiente	63,02	64,58	65,26	60,93	64,06	67,18	11,73	11,15	11,46

Na análise das médias, conforme demonstra a tabela 13, pode-se observar que a maior alteração entre os períodos ocorreu no domínio do meio ambiente e de forma positiva. Estas questões avaliam a satisfação da pessoa com suas condições de moradia, transporte e

assistência médica, podendo-se se interpretar que a satisfação com estes itens para as pacientes entrevistadas melhoraram.

As maiores diferenças nos valores médios dos resultados do WHOQOL-bref foram negativas, mostrando que as médias decaíram da primeira entrevista para a última. No domínio social foi de -2,82 e no domínio psicológico foi de -1,41, decaindo a cada entrevista.

A consistência interna das respostas do WHOQOL-bref foi aferida pelo cálculo do Coeficiente de Cronbach (anexo H) apresentaram os seguintes resultados:

- Questionário WHOQOL-*bref* fase-1 – coeficiente: $\alpha = 0,721$
- Questionário WHOQOL-*bref* fase-2 – coeficiente: $\alpha = 0,781$
- Questionário WHOQOL-*bref* fase-3 – coeficiente: $\alpha = 0,759$.

Tais valores atestam uma confiabilidade para as respostas obtidas nos questionários, estando dentro dos valores de confiabilidade (entre 0,70 e 1,00).

Ainda na análise do coeficiente de Cronbach, na distribuição individual das questões do WHOQOL-*bref*, observou-se que nas três fases e entrevistas a questão 26 e a questão três apresentaram inconsistência nas respostas, e na fase-1 e fase-2, a questão quatro também apresentou baixa consistência interna. A questão quatro está relacionado ao domínio físico, e faz menção a necessidade que a paciente tem de tratamento médico, na questão três, também é do domínio físico e cita a presença de dor física e a questão 26 está relacionada ao domínio psicológico, e avalia a relato da paciente em sentimentos de depressão, mal humor, desespero e ansiedade.

Estes dados concordam com o estudo de Arnold *et al.* (2004), quando mostraram em sua pesquisa transversal, com aplicação do WHOQOL, com 5279 pessoas, onde concluíram que durante a doença crônica, os domínios que sofreram maiores alterações foram o social e o psicológico.

A distribuição das respostas no questionário de qualidade de vida por domínios pode ser visualizada nos gráficos, sendo que cada conjunto de gráficos representam o período antes da cirurgia, depois da cirurgia e durante o tratamento de quimioterapia.

As respostas obtidas referentes ao domínio físico do WHOQOL-*bref*, que abordaram questões sobre a saúde da pessoa, qualidade de sono e disposição para executar as atividades do dia-a-dia, estão expressas no gráfico três, sendo a fase-1 o período que antecedeu a cirurgia, a fase- 2, o período pós-cirurgia, e a fase-3, o período durante o tratamento de quimioterapia.

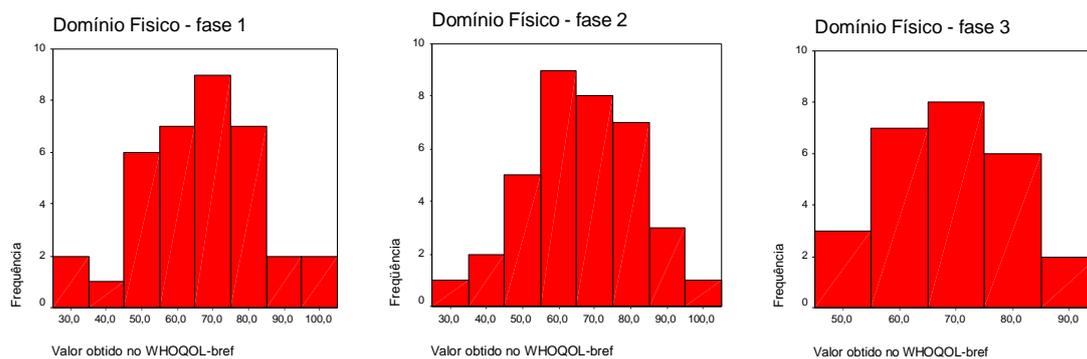


Gráfico 3 – Comparação dos resultados do domínio Físico do WHOQOL-*bref* antes da cirurgia (fase-1/ n=36), após a cirurgia (fase-2/ n=36) e durante o tratamento de quimioterapia (fase-3/ n=26).

Na comparação do gráfico três, observa-se uma alteração no domínio físico, com uma centralização dos valores durante a fase-2 e fase-3, com a diminuição dos valores extremos.

A análise estatística da consistência interna das respostas das pacientes, por meio do coeficiente de Cronbach (anexo H), demonstrou que duas questões do domínio físico apresentaram maiores alterações na consistência interna nas três fases. As questões foram a “questão três” e a “questão quatro”, relacionadas a dor e necessidade do tratamento médico (anexo x). Interpretou-se estas respostas como um a negação da paciente a sua condição de tratamento, já que, neste período as mesmas estavam passando pelo período pré-cirúrgico, pós-cirúrgico e quimioterápico, período que entende-se estar vinculado ao tratamento médico constante e que ocasiona dores, devido exames, cirurgia e efeitos do tratamento quimioterápico.

Na tabela 13, podemos observar que no domínio físico, houve uma queda na média na fase-2, com elevação na fase-3. Acredita-se que esta alteração ocorra pelo fato da fase-2 ser um período pós cirúrgico, alterando os valores das médias negativamente em função do processo de recuperação fisiológica.

Segundo a revisão de Maluf, Mori e Barros (2005), o impacto do diagnóstico, da cirurgia e todo o processo de recuperação pós-cirurgia representam alterações psicológicas e sociais na vida da mulher, que afetam a auto-imagem e o bem-estar físico, fatores estes que podem justificar as alterações na frequência das respostas entre os períodos das entrevistas.

Questionou-se a respeito de como as pacientes sentiam-se durante o tratamento, o maior número de comentários foram relacionados com as queixas sobre os efeitos da quimioterapia. As maiores queixas foram náuseas e enjoos (11), boca seca (2), fraqueza (3), dificuldade para dormir (2), dor de cabeça (2), mau humor (2), depressão (2), cansaço (2),

pele seca (1), e sete pacientes relataram sentirem-se bem, sem efeitos colaterais. É importante ressaltar que não se deu a opção de resposta, e sim, deixou-se a paciente falar sobre o que para ela era mais significativo. As respostas foram encontradas em seu discurso, e os valores não são somatória do número de pacientes, e sim da frequência no discurso das mesmas.

Buscando observar a relação entre atividades de lazer e atividades físicas, perguntou-se às pacientes que estava em tratamento quimioterápico (26) quais as atividades que lhe davam mais prazer. Ocorreram citações como jantar fora, participar de grupos de apoio, fazer trabalhos manuais, cozinhar, descansar, comer, estudar, ler, ir a igreja, ficar em casa e conversar. A frequência com qual as pacientes fizeram estas citações foi de dez (38,5%) permanecer junto à família; nove (34,6%), viajar ou ir a praia; cinco (19,2%), assistir tv; e somente quatro (15,4%) citaram que gostam de caminhar. Observando que neste relato a prática de exercícios não faz parte do projeto de lazer das pacientes entrevistadas.

Comparando-se o índice de massa corporal e os resultados das respostas do domínio físico do WHOQOL-*bref*, utilizando-se a correlação de Spearman, não se averiguou correlação entre os dados ($r_s = 0,048$), não podendo justificar que a massa corporal interfere na percepção da qualidade de vida em relação aos aspectos físicos das pacientes.

A frequência das respostas obtidas no domínio psicológico do WHOQOL-*bref*, que aborda questões referindo-se à aceitação pessoal, sentimentos depressivos, concentração e valorização da vida, estão expressas no gráfico quatro, sendo a fase-1 o período que antecedeu a cirurgia, a fase-2 o período pós-cirurgia e a fase-3 o período de tratamento quimioterápico.

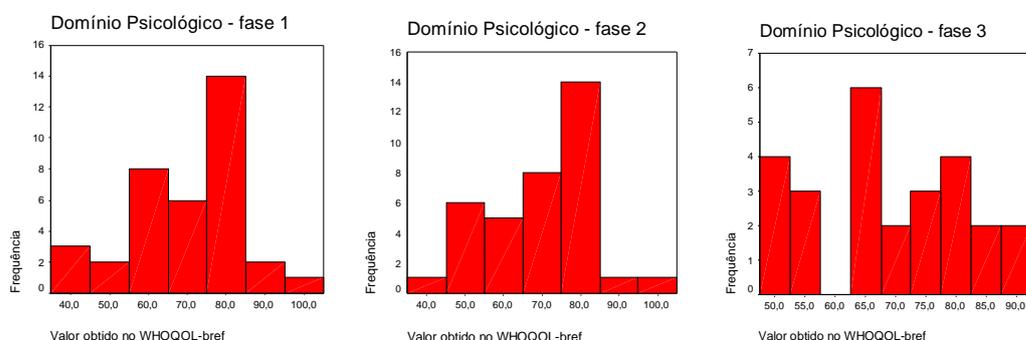


Gráfico 4 – Comparação da avaliação dos resultados do domínio Psicológico do WHOQOL-*bref* antes da cirurgia (fase-1/ n=36) e após a cirurgia (fase-2/ n=36) e durante o tratamento de quimioterapia (fase-3/ n=26).

No gráfico quatro, do domínio psicológico, observa-se uma distribuição diferenciada das respostas, sendo que do período inicial (fase-1) para o final (fase-3), houve redução dos valores extremos, interpreta-se estas diferenças que como na fase-1 ocorriam sentimentos negativos ou de supervalorização da vida, possivelmente uma negação da doença.

No domínio psicológico observa-se que os valores médios apresentaram queda da fase-1 para a fase-2 e consecutivamente para a fase-3, caracterizando alterações psicológicas conseqüentes da cirurgia e do tratamento quimioterápico.

Neste domínio, com a aplicação do coeficiente de Cronbach nas respostas apresentadas pela pacientes nesta amostra, a questão 26 foi uma das questões que mais interferiu no resultado final da análise (anexo H) nas três fases, e por ser a última questão do instrumento, entende-se que a paciente durante as outras respostas teve tempo de refletir sobre a sua condição e possibilitou a elaboração de uma resposta, que muitas vezes, pode não estar refletindo sua atual situação psicológica, em uma tentativa de negação pessoal de sua situação, dados estes que deixam a possibilidade de novos estudos associando o instrumento WHOQOL-*bref* a outro instrumento que avalie especificamente a condição psicológica da paciente.

Ganz *et al.* (2003), em estudo longitudinal prospectivo de coorte, acompanhando a paciente em várias faixas etárias e durante o a tratamento e até seis anos após, observaram que existiu queda nos aspectos psicossociais da qualidade de vida, após o diagnóstico e durante o tratamento, colaborando para esta análise que também apresentou alterações no domínio psicológico.

Após a cirurgia (fase-2), as respostas se concentraram mais ao centro do gráfico e durante o tratamento de quimioterapia, se dispersaram novamente. Acredita-se, assim, que estas alterações se justificam pela alteração na concentração e auto-estima. A queda nos valores pode estar associada a sintomas de depressão ou fadiga mental que acometem pacientes em tratamento quimioterápico, como também alteração na imagem corporal. (VELOSO, 2001, JONG *et al.*, 2005, OKAMURA, *et al.*, 2005)

Perguntou-se as pacientes qual o pior momento entre o diagnóstico, a cirurgia e o tratamento para elas. Duas (7,7%) pacientes responderam que o pior foi enfrentar a cirurgia, cinco (19,2%) responderam que está sendo o tratamento de quimioterapia e 19 (73,1%) responderam que foi o período do diagnóstico. Estes dados se confirmam com os estudos de Silva, V. (2005), quando cita que o diagnóstico pode gerar um estado de choque e muito desconforto para a paciente.

Quando questionado como as pacientes reagiram ao diagnóstico, observou-se que durante o discurso dez (38,5%) das pacientes relataram sentirem-se deprimidas durante este período. Além disso, relataram sentimentos de choro (6), tristeza (4), nervoso (2), desespero (2), pensaram em suicídio (3) e três pacientes disseram que não sentiram nada, aceitaram a situação sem desespero. Os dados confirmam que o impacto da notícia do câncer, vem acompanhada de muitas dúvidas, incertezas e sentimento negativos como o de morte, entre outras emoções (BERGAMASSO e ÂNGELO, 2001).

Apesar de Kroenke *et al.* (2004) mostrarem que o impacto do diagnóstico foi maior em mulheres mais jovens, este estudo não apresentou o número de pacientes jovens o suficiente para se fazer uma comparação. Apenas cinco (13,9%) das mulheres entrevistadas estavam com menos de 40 anos.

Na busca de informações a respeito da auto-imagem, perguntou-se como a pacientes sentem-se a respeito de seu corpo, sendo que seis (23,1%) pacientes não citaram nenhum sentimento em relação à mama, dez (38,5%) disseram sentir-se bem e negaram que a ausência da mama alterassem sua auto-imagem, dez (38,5%) pacientes relataram claramente o sentimento de estranheza com seu corpo, utilizando-se de palavras como “mutilação”, “monstro”. Dez (38,5%) pacientes reclamaram pela falta do cabelo como depreciativo de sua imagem pessoal. Estes relatos concordam com os estudos de Baxter *et al.* (2006), Venâncio(2004) e Schavelon (1992), sobre o impacto do diagnóstico e tratamento que podem alterar a imagem corporal, auto-estima e conseqüentemente alterar a qualidade de vida das pacientes.

Conforme Duarte e Andrade (2003), no período de tratamento a mulher ainda tem sua total atenção voltada para a sobrevivência e superação do medo da morte e este fato pode justificar a porcentagem de 61,6% das pacientes não demonstrarem preocupação com a ausência da mama.

A questão 11 do WHOQOL-*bref* pergunta sobre o quanto “a pessoa é capaz de aceitar sua aparência física”. Analisando as médias das 26 pacientes na questão 11, observou-se que antes da cirurgia obteve-se a média 3,86, após a cirurgia foi para 3,71 e durante o período de tratamento quimioterápico foi para 3,50, representando que um dos fatores que baixaram os resultados do domínio psicológico foi a alteração na auto-imagem das pacientes. Dados que concordam com Almeida *et al.* (2001), que afirmam que o surgimento do câncer deflagra sentimentos de culpa pela doença e constrangimento, podendo alterar a auto imagem.

O gráfico cinco expressa a representação das respostas obtidas referentes ao domínio social do WHOQOL-*bref*, que aborda questões referindo-se a percepção das relações sociais, apoio de amigos e familiares nas três fases desta pesquisa.

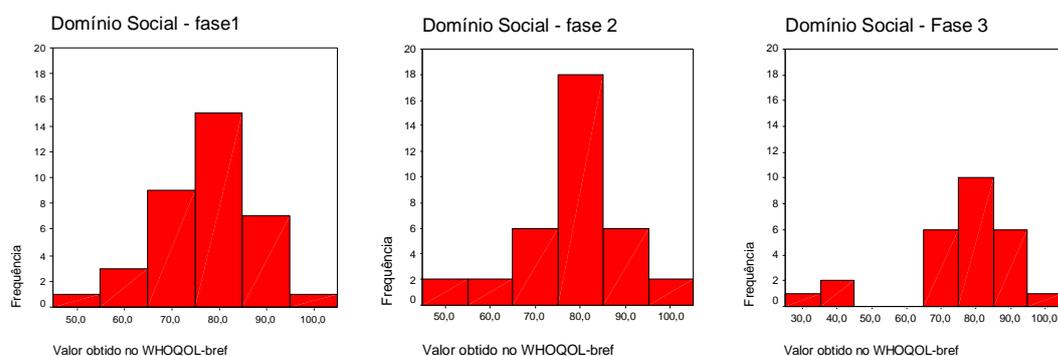


Gráfico 5 – Comparação da avaliação dos resultados do domínio Social do WHOQOL-*bref* antes da cirurgia (fase-1/ n=36), após a cirurgia (fase-2/ n=36) e durante o tratamento de quimioterapia (fase-3/ n=26).

No gráfico cinco, observa-se entre a fase-1 e a fase-2 a concentração de respostas em valores médios, elevando a frequência de respostas na fase-2, no valor 80, possivelmente significando que estas pacientes sentiram-se apoiadas e amparadas por seus familiares e amigos, podendo ser resultado do fortalecimento familiar, como afirma Sales e Molina (2004). Na fase-3, ocorre uma dispersão dos dados criando uma lacuna nos valores médios, um fator é a diminuição da amostra nesta fase, e outro pode-se interpretar observando os relatos das pacientes, sobre o declínio de suas relações sociais e sexuais diante do tratamento, que sua satisfação no critério social tenha decaído.

Compreende-se que, no período inicial do tratamento existe uma forte mobilização entre amigos e parentes, e após este período existe um acomodação com a idéia da doença e um certo relaxamento da família e amigos para com a pessoa, além das dificuldades sexuais que o tratamento quimioterápico e a alteração da auto-imagem pela perda da mama podem provocar (Engel *et al.*, 2004; ALMEIDA *et al.*, 2001, BAXTER, *et al.*, 2006).

Na questão sobre “o que mudou em sua vida”, 12 (46,2%) pacientes responderam que deixarem de fazer o serviço pesado da casa, sendo relevante esta resposta já que grande parte das pacientes (92,2%) são donas de casa ou trabalham em serviços domésticos. Sete (26,9%) pacientes que estão recebendo o tratamento quimioterápico CMF, disseram que nada mudou na sua rotina de vida.

Além dos itens acima, o discurso relata o sentimento da falta do trabalho e da convivência com os amigos do trabalho. Fizeram citações com :“estou mais paciente com as pessoas”, “aprendi a dar mais valor a vida, a gostar mais de mim”, “passei a ser mais vaidosa a cuidar mais de mim”, “sinto-me mais solidária com as outras pessoas”, “depois da cirurgia fiquei mais calma”. Todas as pacientes fazem referências a importância da fé e do quanto o tratamento as fez se aproximarem mais da religião e do sentimento de fé em Deus.

Os relatos afirmam as diversas transformações que acarretam o processo de diagnóstico e tratamento do câncer de mama. Pela análise do discurso, observa-se que os fatores que interferem na qualidade de vida das pacientes explicitados são os aspectos psicológicos e sociais, concordando com a pesquisa de Arnold *et al.* (2004).

No WHOQOL-*bref* as questões que avaliam os aspectos do meio ambiente referem-se a percepção da qualidade da moradia, transporte e serviços de saúde. A comparação dos resultados das três fases podem ser observados no gráfico seis.

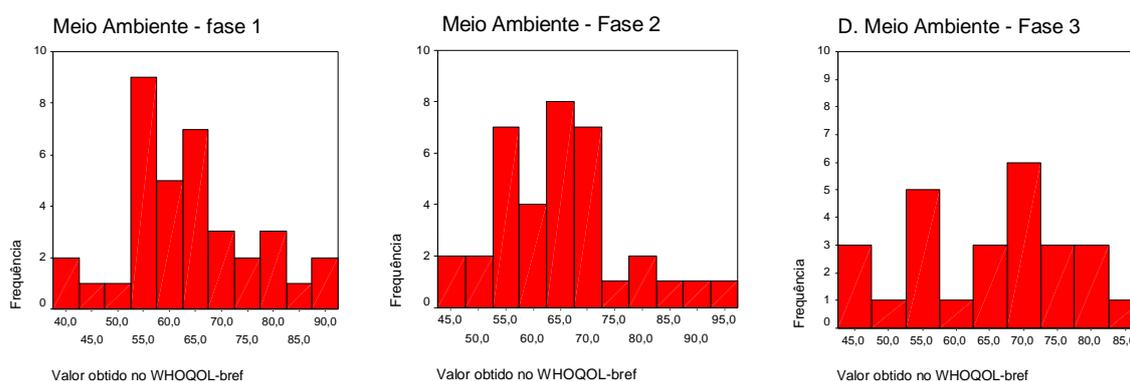


Gráfico 6 – Comparação dos resultados do domínio Meio Ambiente, do WHOQOL-*bref*, antes da cirurgia (fase-1/ n=36), após à cirurgia (fase-2/ n=36) e durante o tratamento de quimioterapia (fase-3/ n=26).

Na análise do gráfico seis, entre a fase-1 e a fase-2, apesar da média e mediana serem superiores na fase-2, existe uma regressão na curva, que é relativo ao estágio pós-cirúrgico das pacientes. Na fase-3 existe uma elevação da média, e observa-se uma disposição positiva na distribuição da frequência de respostas, significando que a paciente demonstra maior satisfação com suas condições socioeconômicas.

No domínio de meio ambiente, apesar de se apresentar com os menores valores médios quando comparado aos outros domínios, foi o que apresentou maior elevação na média dos valores, o que não seria esperado, já que neste período, devido ao afastamento do trabalho remunerado as mulheres tendem a ter uma queda na receita financeira familiar.

Entretanto levando em consideração a alta porcentagem de mulheres que não tinham trabalho remunerado, pode-se levar em consideração que o processo de enfrentamento da doença leva as pacientes a uma maior aceitação de sua condição econômica.

Comparando-se os valores obtidos com a avaliação de classes econômica (ABEP) e os resultados das respostas do domínio meio ambiente do WHOQOL-*brief*, utilizando-se a correlação de Spearman, não se averiguou correlação entre os dados ($r_s = 0,25$), não podendo associar estatisticamente os baixos valores do domínio meio ambiente com a condição econômica.

As 26 pacientes que estavam em tratamento de quimioterapia foram questionadas para saber seriam suas maiores preocupações, 13(50%) pacientes disseram que se preocupavam com a família, oito (30,8%) disseram se preocupar com o tratamento e com a reincidência da doença, cinco (19,2%) disseram não ter preocupação nenhuma, duas (7,7%) se preocupam com a morte e somente duas (3,8%) disseram se preocupar com a condição financeira e ter condições de retornar ao trabalho.

Pode-se observar que no período de tratamento poucas pacientes relataram preocupações com sua condição financeira, sendo a prioridade no momento desfrutar de boa saúde e poder amparar filhos e familiares em geral.

Quando questionadas pelos planos para o futuro, sete (26,9%) disseram que querem voltar a trabalhar ou estudar, seis (23,1%) disseram que não tem planos para o futuro, seis (23,3%) disseram desejar estar mais tempo com a família, quatro (15,4%) desejam somente gozar de boa saúde, três (11,5%) desejam viajar e três (11,5%) desejam mudar de casa ou reformar a casa que moram. As que disseram desejar voltar ao trabalho não se referiram no sentido financeiro, e sim na busca da relação social e a sensação de sentirem-se produtivas.

Para se obter a relevância estatística dos dados obtidos realizou-se uma comparação das médias utilizando-se o teste ANOVA *one-way* cruzando os dados dos domínios da primeira fase (antes da cirurgia) com os dados da segunda fase (depois da cirurgia) e os dados da terceira fase (durante o tratamento de quimioterapia), com um intervalo de 95% de confiança, como demonstra a tabela 14.

Tabela 14 – Comparação entre os domínios do WHOQOL-*bref* com o teste ANOVA, com índice de significância de $p < 0,05$, antes (fase-1/n=36), após a cirurgia (fase-2/n=36) e durante o tratamento de quimioterapia (fase-3/n=26).

Domínio	Média	Desvio padrão	f	Significância estatística
Domínio físico 1, 2 e 3	66,36	14,21	0,203	0,817
Domínio psicológico 1, 2 e 3	69,22	12,92	0,096	0,908
Domínio social 1, 2 e 3	75,94	13,37	0,362	0,697
Domínio meio ambiente 1,2 e 3	64,19	11,37	0,323	0,725

Os valores da tabela 14 demonstram a não relevância estatística em nenhum domínio, concluindo-se que no período antes da cirurgia e após a cirurgia e durante o tratamento de quimioterapia as alterações ocorridas não apresentam significância estatística na qualidade de vida das pacientes entrevistadas, concordando com os resultados de LU *et al.* (2006) e Steeg *et al.* (2007) quando afirmam que existem alterações na qualidade de vida das mulheres com câncer de mama, porém, estas não são estatisticamente significantes.

A metodologia desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde não apresenta padrões ou médias estatísticas do WHOQOL-*bref* com padrão de “boa” ou “mau” qualidade de vida, porém, encontram-se pesquisas no Brasil desenvolvidas com a mesma metodologia e os valores apresentados assemelham-se as médias obtidas em nosso estudo, como demonstra a tabela 15.

Tabela 15 – Dados de referência obtidos em estudos com WHOQOL-*bref* junto a outras populações e as mulheres com câncer de mama deste estudo.

Domínio	1- Pac. dep álcool	2 – Pac. CA colorretal	3 – Pac sem CA de mama	4 – Pac com CA de mama	5- Pacientes CA mama-fase-1	6- Pacientes CA mama-fase-2	7- Pacientes CA mama-fase-3
Físico	70,6	68,1	59,37	64,37	66,1	65,6	67,85
Psicológico	71,2	68,2	65,62	66,87	69,7	69,5	68,27
Social	74,4	66,6	75	78,12	76,9	76,4	74,03
Meio ambiente	60,3	65,3	-	-	63,0	64,6	65,26

1 – Pacientes com dependência leve de álcool (LIMA, 2002) .

2 – Estudo com pacientes com câncer colorretal sem ostomia (MICHELONE, 2004)

3 – Estudo de pacientes sem o diagnóstico de câncer de mama com WHOQOL-100. (STEEG *et al.*, 2007)

4 – Estudo de pacientes com diagnóstico de câncer de mama com WHOQOL-100. (STEEG *et al.*, 2007)

5 – Estudo de 36 pacientes com diagnóstico de câncer de mama antes da cirurgia - fase-1

6 – Estudo de 36 pacientes com diagnóstico de câncer de mama após a cirurgia - fase-2

7 – Estudo de 26 pacientes com diagnóstico de câncer de mama durante o tratamento com quimioterapia – fase-3.

As médias apresentadas na tabela 15 se referem a algumas pesquisas realizadas com a população brasileira e uma com um grupo de mulheres na Holanda. Observa-se nos valores

apresentados que os pacientes dependentes de álcool (homens e mulheres) demonstraram as maiores médias em todos os aspectos, menos no meio ambiente.

Concordando com este estudo, as pacientes analisadas por Steeg *et al.* (2007) que tiveram seus resultados de nódulo negativo, apresentaram valores médios inferiores inclusive ao grupo com câncer de mama positivo, no mesmo estudo. Porém, este avaliou outros fatores como a ansiedade e condições gerais de saúde, afirmando que no geral a mulher com câncer de mama apresenta alterações significativas em sua vida, porém, as relações estatísticas também não foram significativas. No domínio meio ambiente na pesquisa, comparado com este estudo, as mulheres com câncer de mama demonstram valores acima do grupo de mulheres da Holanda.

Conforme os estudos de Veloso (2001), Gonçalves, Giglio e Ferras (2003), Jong *et al.* (2005), Okamura, *et al.* (2005) e Shim, *et al.* (2006) a depressão é um fator que interfere negativamente na qualidade de vida das pacientes com câncer, apesar do relato das pacientes sobre sentimentos depressivos, este estudo apresentou a limitação de não aplicar um instrumento de avaliação dos sintomas da depressão, que pode ser um dos fatores que diminuam os valores no domínio psicológico.

Segundo Andritsch, *et al.* (2007), os sintomas de ansiedade, depressão e problemas financeiros afetam a vida das pacientes por todo o período de tratamento e continuam após o término do tratamento, alterando negativamente a qualidade de vida, o que justifica a necessidade da continuidade dos estudos e tratamentos das pacientes.

6 CONSIDERAÇÕES

Na tentativa de apreender o impacto do câncer na qualidade de vida das mulheres com diagnóstico de câncer de mama, na relação consigo mesmo, com o meio, e com os outros, este estudo pretende, também, contribuir para a prática de profissionais que cuidam de mulheres com câncer de mama.

Nas médias comparadas dos domínios do WHOQOL-*bref* (Físico, Psicológico, Social e Meio Ambiente), que avaliam qualidade de vida, entre o período do diagnóstico, pós-cirurgia e durante o tratamento quimioterápico, não houve alteração estatística significativa, entretanto, no depoimento das pacientes e na análise dos dados, observou-se que no período de tratamento houve alterações em suas vidas.

A análise das médias dos domínios do WHOQOL-*bref*, instrumento de avaliação da qualidade de vida, no período de coleta do diagnóstico e no período pós cirúrgico o domínio meio ambiente apresentou a menor média. No período do tratamento quimioterápico as maiores alterações foram nos domínios psicológicos e sociais.

Por meio da análise da consistência interna das respostas, utilizando-se o coeficiente de Cronbach, justifica-se a validade dos resultados, sendo que as respostas das pacientes ao instrumento de qualidade de vida WHOQOL-*bref*, apresentaram um alfa superior a 0,70.

Não foram encontradas correlações entre o domínio meio ambiente e a classe econômica, e também entre o Índice de Massa Corporal(IMC) e o domínio físico.

O fato dos dados demonstrarem que 66,7% das pacientes não concluíram o ensino fundamental, 86% são da classe C, D e E, 61,1% não praticavam atividade física e 44,4% não sentiam interesse por exercícios físicos, nos levam a refletir sobre a ineficácia das políticas públicas para educação e lazer, elemento chave na melhoria da distribuição de renda e da conquista da autonomia e do exercício da cidadania.

Os resultados deste estudo demonstram que o diagnóstico de câncer de mama, devido à velocidade das mudanças que ocorrem no período imediato (exames, cirurgia e tratamentos), causam impacto na vida da mulher, alterando sua relação com a família e o meio em que vive, fator este que necessita de maior atenção por parte das pessoas que assistem a mulher.

O período de cirurgia e tratamento com quimioterápicos provocam transformações na vida da mulher, que acarretam um longo período de assimilação, que alteram o significado de

ser mulher, de estar inserida em seu próprio meio, demonstrando a necessidade de acompanhamento e orientação constante de profissionais da saúde, desde o diagnóstico até o período que precede o término do tratamento.

Os números estatísticos podem não ser significativos, porém é perceptível no depoimento das pacientes, a angústia e a capacidade de superação pessoal das quais todas passam, já que todas sobrevivem a uma um tabu social do câncer, que junto a notícia perpetua a em nossa sociedade a idéia da morte.

Este estudo abre a possibilidade de averiguar-se a possibilidade aos profissionais de saúde, inclusive de Educação Física, de buscar meios de orientação e acompanhamento de atividades físicas para esta população, como forma de resignificar sua imagem corporal e encontrar estímulos contra a depressão.

REFERÊNCIAS

- ABREU, Evaldo de; KOIFMAN, Sergio. Fatores prognósticos no câncer de mama feminina. Rev. Brasileira de Cancerologia. v. 48, n.1, p.113-131, 2002.
- ABNT- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TECNICAS. NBR 6023: informação e documentação: referências – elaboração. Rio de Janeiro, 2002.
- ABNT- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TECNICAS. NBR 10520- informação e documentação – citações em documentos - apresentação. Rio de Janeiro, 2002.
- ABNT- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TECNICAS. NBR 14724- informação e documentação – trabalhos acadêmicos - apresentação. Rio de Janeiro, 2002.
- ABEP –ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. CCEB – critério de classificação econômica no Brasil. Disponível em: <<http://www.abep.org/codigosguias/ABEP>>. Acesso em: 22 ago. 2006.
- ACS -AMERICAM CANCER SOCIETY. Breast Câncer Facts & Figures, 2007. Atalanta : <Americam Canser Society, inc. Disponível em: < <http://www.cancer.org/downloads/STT/CAFF2007PWSecured.pdf>>. Acesso em: 14 fev. 2007.
- American College of Surgeons. National Cancer Data Base. Chicago, 2007. Disponível em: <<http://www.facs.org/cancer/ncdb/publicaccess.html>>. Acesso em: 15 abr. 2007.
- ADAMSEN, Lis; *et al.*. The effect of a multidimensional exercise intervention on physical capacity, well-being and quality of life in cancer patients undergoing chemotherapy. Support Care Cancer, v.14, p.116-127, 2006.
- ALMEIDA, Ana M^a; *et al.*. Construindo o significado da recorrência da doença: a experiência com câncer de mama. Revista Latino Americana de Enfermagem, 2001. v.9, n.5, p.63-69.
- ANDRITSCH, Elisabeth; *et al.*. Global quality of life and its potential predictors in breast cancer patients: an exploratory study. Support Care Cancer, v.15, p.21-30, 2007.
- ARNOLD, R.; *et al.*. The relative contribution of domains of quality of life to overall quality of life for different chronic diseases. Kluwer Academic Publishers, v.13, p.883-896, 2004.
- AVIS, Nancy; CRAWFORD, Sybil; MANUEL, Jannen. Quality of life among younger women with breast cancer. Journal Of Clinical Oncology, v.22, n.15, p.3322-3330, 2005.
- BARBETTA, Pedro Alberto. Estatística aplicada a ciências sociais. 5^a ed. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2003.
- BAXTER, Nancy; *et al.*. Reliability and validity of the body image after breast cancer questionnaire. The Breast Journal, v.12, n.3, p.221-232, 2006.
- BERCLAZ, G, *et al.*. Body mass index as a prognostic feature in operable breast cancer: the International Breast Cancer Study Group experience. Annals of Oncology, v.15, p.875-884, 2004
- BERGMANN, Anke. Prevalência de Linfedema subsequente a tratamento cirúrgico para câncer de mama no Rio de Janeiro. Dissertação de Mestrado apresentada na Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2000. 142 p.
- BERGMANN, Anke. Incidência e fatores de risco do linfedema após tratamento cirúrgico para câncer de mama: um estudo de uma coorte hospitalar. Tese de Doutorado apresentada na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2005. 110 p

BERGAMASSO, Roselene B.; ANGELO, Margareth. O sofrimento de descobrir-se com câncer de mama: como o diagnóstico é experimentado pela mulher. *Revista Brasileira de Cancerologia*. n.47, v.3, p 277-282, 2001.

BONASSA, Edva Moreno A; . *Enfermagem em terapêutica oncológica*. São Paulo: Editora Atheneu, 2000.

BONASSA, Edva Moreno A; SANTANA, Tatiana Rocha. *Enfermagem em terapêutica oncológica*. 3ª ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2005.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e estatística (IBGE)- Censo 2000 – Características gerais da população–resultados da amostra. Disponível em: <http://.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/populacao/tabela_brasil.shtm?c=1>. Acesso em: 27 ago. 2006.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese de Indicadores Sociais 2005. <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsoais2005/default.shtm>> Acesso em : 27 ago. 2006.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde (SAS). *Cadernos de atenção básica: controles de cânceres de útero e da mama*. Brasília: Ministério da Saúde, n. 13, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde – INCA. *Controle do câncer de mama - documento de consenso*. Rio de Janeiro: ed. INCA, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde – Atlas de mortalidade por câncer no Brasil, 1979-1999. INCA. Rio de Janeiro: ed. INCA, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *TNM Classificação de tumores malignos*. Traduzido por Ana Lúcia Amaral Eisenberg. 6. ed. - Rio de Janeiro: INCA, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde – INCA. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer(INCA). *Incidência e Mortalidade por câncer no Brasil*. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_43/v03/editorial.html >. Acesso em: 25 ago. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde – INCA. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer(INCA). *Estimativa 2006, Incidência de câncer no Brasil – Santa Catarina*. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2006/index.asp?link=tabelaregiones.Asp&ID=5>>. Acesso em: 25 ago. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde – INCA.. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Hormonioterapia*. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=103 >. Acesso em: 31 ago. 2006.

CANTINELLI, Fábio Scaramboni, *et al.*. A oncopsiquiatria no câncer de mama – considerações a respeito de questões do feminino. *Rev. Psiq. Clín.* v.33, n.3, p.124-133, 2006

CONDE, Délio Marques, *et al.*. Quality of life in Brazilian Breast CÂNCER Survivors Age 45-65 Years: Associated Factors. *The Breast Journal*, v.11, n.6, p.425-432, 2005.

CONDE, Délio Marques, *et al.*. Menopause symptoms and quality of life aged 45 to 65 years whit and without breast cancer. *The Journal of The North American Menopause Society*, v.12, n.4, p.436-443, 2005.

CONDE, Délio Marques *et al.*. Qualidade de vida em mulheres com câncer de mama. *Rev. Bras. Genecol. Obstet*, v.28, n.3, p.195-204, 2006.

CORRÊA, Leila Domingues O. A importância da mamografia e da ultra-sonografia no câncer de mama (307-314). In *Manual de oncologia*. Org. J. R. Guimarães. São Paulo: BBS Editora, 2004.

- DÂMASO, Ana. Nutrição e exercício na prevenção de doenças. Rio de Janeiro: Ed Medsi, 2002.
- DIAS, Mirela. Impacto das cirurgias para tratamento de câncer de mama na qualidade de vida e atividade profissional. Dissertação de mestrado da Universidade de Santa Catarina, 2005.
- DUARTE, Tânia Duarte; ANDRADE, Ângela N. Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos das mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas a sexualidade. Estudos de psicologia, v.8, n.1, p.155-163, 2003.
- DOLINSKY, Christopher. Breast Cancer: the basics. Oncolink – Abramson Cancer Center of the University of Pennsylvania. 2006. Disponível em: <<http://www.oncolink.com>>. Acesso em: 11 ago. 2006.
- DOMINGUES, Marlos R.; ARAÚJO, Cora L. P; GIGANTE, Denise P. Conhecimento e percepção do exercício físico em uma população adulta urbana do sul do Brasil. Cad Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.20, n.1, 204-215, 2004.
- DSM-IV-TRTM – Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Trad. Cláudia Dornelles; 4ª ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- ENGEL, Jutta, *et al.* Quality of life following breast-conserving therapy or mastectomy: results a 5-year prospective study. The Breast Journal, v.10, n.3, p.223-231, 2004.
- FLECK, Marcelo P A *et al.* Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100) . Rev. Saúde Pública, abr, 1999, v.23, n.2, p.198-205.
- FLECK Marcelo P A *et al.* Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-BREF". Rev Saúde Pública, n.34, p.178-83, 2000.
- FONSECA, Lea M. B. da. Linfonodo sentinela. Radiol Bras. São Paulo, v.35, n.5, 2002.
- FONSECA, Maria de Jesus, *et al.* Validade do peso e estatura informados e índice de massa corporal: estudo pro saúde. Rev. Saúde Pública, v.38, n.3, p.392-398, 2004.
- GANZ, Patrícia A., *et al.* Breast cancer in older womem: quality of life and psychosocial adjustment in the 15 months after diagnosis. Journal of Clinical Oncology, v.21, n.21, p.4027-4033, 2003.
- GANZ, Patrícia A., *et al.* Breast cancer in older womem: reproductive and late health effects of treatment. Journal of Clinical Oncology, v.21, n.22, p.4184-4193, 2003
- GEBRIM, Luiz Enrique *et al.* Câncer de mama. Guias de medicina ambulatorial e hospitalar de oncologia. Cood. Nora Manoukian Forones. (UNIFESP/ Escola Paulista de Medicina) *et al.* Barueri, SP: Manole, 2005. p.69-88.
- GLIEM, Joseph A.; GLIEM, Rosemary R.. Cronbach's alpha reliability coefficient for likert-type scales - calculating, interpreting, and reporting. Midwest Research to Practice Conference in Adult, Continuing, and Community Education, p. 82-83, 2003
- GONÇALVES, Mônica L *et al.* Fazendo pesquisa: do projeto à comunicação científica. Joinville –SC: UNIVILLE, 2004.
- GONÇALVES, Márcia; GIGLIO, Joel S., FERRAZ Marcos P. T. Estudo dos sintomas depressivos após diagnóstico de neoplasia mamária. RBM – Rev. Brasileira de Medicina, n.60, v.11, p.858-859, 2003.

GUEDES, Dartagnan Pinto; GUEDES, Joana E. R. P. Controle do peso corporal: composição corporal, atividade física e nutrição. Londrina – PR: Ed. Midiograf, 1998.

GUERRA, Maxilmiliano R.; GALLO, Cláudia V. M.; MENDONÇA, Gulmar A. S. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. Rev. Brasileira de Cancerologia, v.51, n.3, p.227-234, 2005.

HUGUET, Priscila Ribeiro. Qualidade de vida e aspectos da sexualidade de mulheres tratadas de câncer de mama. Campinas. SP. Dissertação (Mestrado) Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas, 2005. 69 p.

JANNI, W. et al.. Quality of life influenced by primary surgical treatment for stage I-III Breast CÂNCER – Long-Term Follow-up of a Matched-pair Analysis. Annals of Surgical Oncology, n.8, v.6, p.542-548, 2001.

JONG, N. *et al.*. Prevalence and course of fatigue in breast cancer patients receiving adjuvant chemotherapy. European Society for Medical Oncology. Annals of Oncology, n.15, p.896-905, 2004.

JONG, N. *et al.*. Course of mental fatigue in breast cancer patients receiving adjuvant chemotherapy. European Society for Medical Oncology. Annals of Oncology, n.16, p.372-382, 2005.

KENDALL, Adam R, *et al.*. Influence of exercise on quality of life in long-term breast cancer survivors. Qual Life Res., n.14, p.361-371, 2005.

KROENKE, Candyce H. *et al.*. Functional impact of breast cancer by age at diagnosis. Journal of Clinical Oncology, v. 22, n.10, p. 1849-1856, 2004.

LIMA, Flávia Barros da S. Qualidade de vida em pacientes do sexo masculino dependentes de álcool. Dissertação (Mestrado) Curso de pós graduação em medicina: clínica médica. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RG, 2002. 90 p.

LIMA, Mauricio Silva. Epidemiologia e impacto social. Rev. Bras. Psiquiat, São Paulo. v.21, maio 1999.

LU, Wei. *et al.*. Impact of newly diagnosed breast cancer on quality of life among Chinese women. Breast Cancer Res. Treat. Ed. Springer, 2006. Disponível em: <www.pubmed.gov>. Acesso em: 18 de ago. de 2006.

MAKLUF, Ana Sílvia D.; DIAS, Rosângela C.; BARRA, Alexandre de A. Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer de mama. Rev. Brasileira de Cancerologia, v. 52 n.1, p.49-58, 2006.

MALUF, M^a Fernanda. M; MORI, Lincon Jo; BARROS, Alfredo S. D. O impacto psicológico do câncer de mama. Rev. Brasileira de Cancerologia, n.51 v.2, p.149-154, 2005.

MASTROENI, Marco Fábio. Estudo nutricional e consumo de macronutrientes de idosos da cidade de Joinville, SC. Tese (Doutorado em Nutrição) - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

MCNEELY, Margareth L. *et al.*. Effects of exercises on breast cancer patients and survivors: a systematic review and meta-analysis. CMAJ . n.175, v.1, p.34-41, July 4, 2006.

MEDEIROS, Neiva Inez. Consumo alimentar e níveis de antioxidantes plasmáticos em mulheres com câncer de mama. Dissertação (Mestrado em Nutrição) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis-SC, 2004. 108 p.

MEEKER, Margareth Huth; ROTHROCK, Jane C. Alexsander cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

MENDONÇA, Gulmar Azevedo , *et al.*. Características tumorais e sobrevida de cinco anos em pacientes com câncer de mama, admitidas no Instituto Nacional de Câncer, Rio de Janeiro, Brasil. Rio de Janeiro, Cad. Saúde Pública, v.20, n.5, p.1232-1239, set-out, 2004.

MICHELONE, Adriana; GOUVEIA, Vera L. Qualidade de vida de adultos com câncer colorretal com e sem ostomia. Rev. Latino-Am. Enfermagem, v.12, n.6, p.875-883, nov./dez. 2004.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; BUSS, Paulo Marchiori. Qualidade de vida: um debate necessário. Ciênc. saúde coletiva., Rio de Janeiro, v.5, n.1, 2000.

NAHAS, Markus V. Atividade Física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. Londrina: Midiograf, 2003.

NUCCI, Nely Ap. G. Qualidade de vida: um estudo compreensivo. Ribeirão Preto/SP. Tese (Doutorado em Psicologia e Educação) - Faculdade de Filosofia, ciências e Letras de Ribeirão Preto/ Universidade de São Paulo, 2003. 225 p.

OKAMURA, Masako. *et al.*. Psychiatric disorders following first breast cancer recurrence: prevalence, associated factors and relationship to quality of life. Jpn Journal Clin Oncol, v.35, n.6, p.302-309, 2005.

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

PANABIANDO, Marislei S.; MAMEDE, Marli Villela. Complicações e intercorrências associadas ao edema de braço nos três primeiros meses pós mastectomia. Rev Latino América Enfermagem, v.10, n.4, p.544-551, 2002.

PANDEY, Manoj; *et al.*. Eartly effect of surgery on quality of life in women with operable breast cacner. Jpn J Clini Oncol, n.36, v.7, p.468-472, 2006.

PATE, Russel R. et al.. Physical activity and public health: a recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. JAMA; n.273, v.5, p.402-407, fev. 1995.

PESTANA, Maria Helena; GAGEIRO, João Nunes. Análise de dados para ciências sociais – a complementariedade do spss. 3ª ed. ver e ampl. Lisboa: Edições Silabo, 2003.

PIATO, Jose Roberto Morales et al.. Acuracia do linfonodo sentinela em pacientes com câncer de inicial de mama tratadas com quimioterapia neoadjuvante. Rev. Brás. Ginecol. Obstet. Rio de Janeiro, v.24, n.2, p.81-86, 2002.

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

PRADO, Maria Antonieta S. Aderência a atividade física em mulheres submetidas à cirurgia de câncer de mama. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

RICHARSON, Roberto Jarr, et al.. Pesquisa Social: métodos e técnicas. São Paulo: Atlas, 1999.

- ROCHA, Alby Duarte; *et al.*. Qualidade de vida, ponto de partida ou resultado final?. Ciênc. Saúde Coletiva, v.5, n.1, p.63-81, 2000.
- ROUQUAYROL, M^a Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar. Epidemiologia & saúde. 6^a ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.
- SANTOS, Nelson C. M. F. Valor do eletrocardiograma e ecocardiograma seriados na detecção da cardiotoxicidade crônica durante quimioterapia adjuvante de câncer de mama utilizando-se as drogas doxorubicina e ciclofosfamida. Dissertação (Mestrado) - Mestrado em Saúde e Meio Ambiente. Universidade da Região de Joinville. 2003. 101 p.
- SALES, Cibele A.; *et al.*. Qualidade de vida de mulheres tratadas de câncer de mama: funcionamento social. Rev. Brás. Cancerologia. v.47, n.3, p.263-272, 2001.
- SALES, Catarina Ap.; MOLINA, M^a Ap. O significado do câncer no cotidiano de mulheres em tratamento quimioterápico. Rev. Bras. Enferm. Brasília, v.57, n.6, p.720-723, 2004.
- SCHAVELON, José. Sobre a psicossomática do câncer. MELLO FILHO, Julio, *et al.*. Psicossomática hoje. Porto Alegre: Artes Médicas, p.215-226, 1992.
- SCHMITT, Neal. Uses and abuses of Coefficient Alpha. Psychological Assessment, v. 8, n.4, p.350- 353, 1996.
- SEIDL, Eliane M. F.; ZANNON, Célia M.L. C.. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. Cad de Saúde Publica, v.20, n.2, p.580-588, 2004
- SEGRE, Marco; FERRAZ, Flávio C. O conceito de saúde. Rev. Saúde pública. São Paulo. v.31, n.5, p.538-542, 1997.
- SHILS, Maurice E. Tratado de nutrição moderna na saúde e na doença. 2^o v. 9^a ed. São Paulo: Manole, 2003.
- SHIM, Eun-Jung, *et al.*. Heath-related quality of life in breast cancer: A cross-cultural survey of German, Japanese, and South Korean patients. Breast Cancer Res. Treat., v.99, p.341-350, 2006.
- SILVA, Andréia Cíntia da. Atividade física habitual e saúde multidimensional de idosos na cidade de Goiânia- GO. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Educação Física. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, 2005. 171 p.
- SILVA, Gisele. Processo de enfrentamento no período pós tratamento do câncer de mama. Ribeirão Preto. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto/USP, 2005. 150 p.
- SILVA, Valéria Costa E. O impacto da revelação do diagnóstico de câncer na percepção dos pacientes. Dissertação (mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.
- STEEG, Van Der A. F. W., *et al.*. Personality predicts quality of life six months after the diagnosis and treatment of breast disease. Annals of Surgical Oncology, v.14, n.2, p.678-685, 2007.
- STEVENS, ALLAN; JAMES, LOWE. Impactos Psicológicos e Sociais da Mastectomia Realizada de Modo Profilático para Evitar o Câncer de Mama. Patologia. 2^a ed. São Paulo: Editora Manole, 1998.
- THOMAS, Jerry R.; NELSON, Jack K. Métodos de pesquisa em atividade física. Trad. Ricardo Peterson, *et al.*. 3^a ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

TOSELLO, Célio; WINCKLER, Paulo R. Epidemiologia, GUIMARÃES, José Renan Q. (org). Manual de Oncologia. São Paulo: BBS Editora, p. 27-35, 2004.

VISOVSKY, Cosntacne. Muscle strength, body composition, and Physical Activity in Women Receiving Chemotherapy for breast cancer. Integrative cancer therapies, n.5, v3, p.183-191, 2006.

VELOSO, Milene Maria Xavier. Qualidade de vida subsequente ao tratamento para câncer de mama. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde publica/ FIO CRUZ. Universidade Federal do Pará, 2001.

VENÂNCIO, Juliana L. Importância da atuação do psicólogo no tratamento de mulheres com câncer de mama. Revista Brasileira de Cancerologia,. n.50, v.1, p.53-63, 2004.

VERONESI, Umberto *et al.*. Comparing radical mastectomy with quadrantectomy, auxiliary dissection, and radiotherapy in patients with small cancers of the breast. The New England Journal of Medicina, july,2 1981 v. 305: 6-11, n. 1. Disponível em: <<http://content.nejm.org/cgi/content/abstract/305/1/6>>. Acesso em: 2 ago. 2006.

VILELA JR, Guanís de Barros. Modelo de inclusão digital para construção do conhecimento em qualidade de vida e atividade física. Tese (Doutorado em Educação Física)- Faculdade de Educação Física. UNICAMP, Campinas- SP, 2004.

VILELA JR, Guanís de Barros. *et al.*. Compração da qualidade de vida de mulheres praticantes e não praticantes de exercício físico. Lecturas Education Física y Deportes (Buenos Aires), v.11, p.1-2, 2007.

WHO – World Health Organization. Cancer. Fact sheet nº 297, February, 2006. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>>. Acesso em: 14 fev. 2007.

WHO – World Health Organization. BMI classification. Global database on Body Mass Index, 2004. Disponível em: <http://www.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html>. Acesso em: 03 mar. 2007.

WHOQOL GROUP, THE. The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. Soc. Sci. Med. Vol. 46, n.12, p.1569-1585, 1998.

WHOQOL FIELD CENTRE, The Australian. Quality of life instruments. Disponível em: <<http://www.psychiatry.unimelb.edu.au/qol/whoqol/index.html>>. Acesso em: 01 mai. 2007.

XAVIER, Nilton Leite, *et al.*. Comparação da linfonictilografia com dextrano 500com do fitato na pesquisa do linfonodo sentinela no câncer de mama. Rev. Brás. Ginecol. Obstet. Rio de Janeiro, v.27, n.6, p.340-346, jun. 2005.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)