

INSTITUTO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL

JULCINÉIA MIGUEL DALAMARIA

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES IDOSAS COM CÂNCER
DE MAMA

PORTO ALEGRE

2008

JULCINÉIA MIGUEL DALAMARIA

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES IDOSAS COM CÂNCER
DE MAMA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica, do Instituto de Geriatria e Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS, como requisito para a obtenção do grau de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Antonio Luiz Frasson

PORTO ALEGRE

2008

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

D136a Dalamaria, Julcinéia Miguel
Avaliação da qualidade de vida em mulheres idosas com
câncer de mama / Julcinéia Miguel Dalamaria. – Porto
Alegre, 2008.
116 f.

Diss. (Mestrado) – Inst. de Geriatria e Gerontologia,
PUCRS

1. Neoplasias de Mama. 2. Idosas. 3. Qualidade de
Vida. 4. Gerontologia. I. Título.

CDD 618.976994

Bibliotecária Responsável: Salete Maria Sartori, CRB 10/1363

AGRADECIMENTOS

A Deus, por tudo bom que tenho na minha vida.

Ao Nelson meu esposo e a minha filha Eduarda pelo carinho, amor e compreensão pela minha ausência.

A minha família pelo carinho, apoio e por terem cuidado da minha filha.

Ao meu Orientador Prof. Dr. Antonio Luiz Frasson pela paciência e serenidade.

A minha colega e amiga do mestrado Tatiana Irigaray por ter me ajudado nos momentos que mais precisei.

E a minha amiga Luisa Coelho, pelo seu profissionalismo, paciência e empenho para a conclusão deste trabalho

RESUMO

Introdução: O Brasil deixou de ser um país jovem, aumentou o número de idosos. Estudos recentes do IBGE apontam que o Brasil será o sexto país do mundo com o maior número de pessoas idosas. As mulheres têm expectativa de vida bem maior do que os homens. O câncer de mama é uma das neoplasias mais comuns entre as mulheres e é responsável pelo maior número de óbitos no Brasil e no mundo. É também a neoplasia maligna mais temida entre as mulheres, pois está relacionada à sexualidade, à imagem corporal e interfere no aspecto psicológico. Pouco se sabe sobre qualidade de vida de mulheres com câncer de mama. O tratamento está direcionado para aumentar a possibilidade de cura e sobrevida, bem como melhorar a qualidade de vida. **Objetivo:** Os objetivos deste estudo foram de avaliar a qualidade de vida de mulheres idosas com câncer de mama, independente do seu tratamento. Avaliar o estado físico e emocional frente ao tratamento, o estado geral de saúde e os índices de qualidade de vida quanto ao perfil das pacientes. **Metodologia:** Portanto trata-se de uma pesquisa quantitativa do tipo transversal. Para análise foram utilizados os testes t-Student (grupos independentes) para os instrumentos EORTC QLQ C-30 e WHOQOL-Bref e o teste de Mann Whitney para o BR-23 e análise de regressão múltipla (Back Ward), o programa utilizado foi o SPSS versão 11.5. **Resultados e conclusão:** A qualidade de vida global mensurada pelos instrumentos EORTC QLQ C-30 e o WHOQOL-Bref, foi considerada boa. O estado de saúde geral também apresentou uma boa qualidade de vida. Os domínios destacados do QLQ C-30 foram desempenho social, cansaço-fadiga, insônia, diarreia e dificuldade financeira. No WHOQOL-Bref foram os domínios psicológicos e ambientais. Quanto ao domínio físico, constatou-se uma boa qualidade de vida, embora o WHOQOL-Bref tenha apresentado um escore inferior. O estado físico de saúde em relação ao tratamento de quimioterapia, mensurado pelo QLQ C-30 e WHOQOL-Bref, mostrou melhor qualidade de vida para quem não fez quimioterapia; o tratamento hormonal mostrou melhor qualidade de vida para as mulheres que fizeram o tratamento. A radioterapia mostrou que as mulheres com melhor qualidade de vida são as que não fizeram o tratamento. O estado emocional frente ao tratamento de quimioterapia destacou pior qualidade de vida para quem fez o

tratamento; os domínios que se destacaram foram imagem corporal e perspectivas futuras. A radioterapia e a hormonioterapia não se mostraram estatisticamente significantes no que se refere ao estado emocional das pacientes. As pacientes que não fizeram cirurgia mostraram-se com melhor qualidade de vida. Os domínios que se destacaram referente ao instrumento BR-23, no que diz respeito à cirurgia, foram prazer sexual e imagem corporal. O tipo de cirurgia que mais influenciou na escala de qualidade de vida global foi a mastectomia, a qual mostrou que as mulheres que fizeram esta cirurgia demonstraram pior qualidade de vida. Através destes resultados conclui-se que independente da faixa etária, a feminilidade está sempre presente, independente da raça ou condição social. As famílias, a sociedade e o sistema de saúde devem estar preparados para acolher e proporcionar uma melhor qualidade de vida para as mulheres idosas com câncer de mama, proporcionando uma assistência integral e humanizada.

Palavras-chave: Qualidade de vida; Câncer de mama; idosas

ABSTRACT

Introduction: Brazil left of being a young country, increased the number of old people. Recent studies of the IBGE point that Brazil will be the sixth country of the world with bigger number of aged people. The women have well bigger life expectancy of the one than the men. The breast cancer is one of the neoplasias most common among women, it is responsible for the greater number of deaths in women in Brazil and the world. The breast cancer is the feared malignant neoplasia more occurrence among women, therefore it is related to the sexuality and the corporal image and intervenes with the psychological aspect. Little is known on quality of life of women with breast cancer. The treatment is directed to increase the possibility of supervened cure and, as well as improving the quality of life. **Objective:** The objectives of this study had been to evaluate the quality of life of aged women with breast cancer, independent of the treatment. To evaluate the physical state and emotional front to the treatment, the general state of health and indices of quality of life how much to the profile of the patients. **Methodology:** It is about a transversal study of quantitative nature. The studied population was composed of 71 aged women with breast cancer, independent of the used treatment. This study it constituted a sample of 71 women with proven diagnosis of breast cancer, independent of their treatment. Therefore it's about a quantitative research of the transversal kind. For tests analysis had been used t-Student (independent groups) for instruments EORTC QLQ C-30 and WHOQOL-Bref and the Mann Whitney test for the BR-23, and multiple regression analysis (Back Ward) the used program was the SPSS version 11.5. **Results and conclusion:** The quality of global life measured by instruments EORTC QLQ C-30 and the WHOQOL-Bref, was considered good. The state of general health also presented a good quality of life. The detached domains of the QLQ C-30, had been social performance, coat-fatigue, sleeplessness, diarrhea and financial difficulty. In the WHOQOL-Bref they (the domains) had been the psychological and ambient domains. About the physical domain a good quality of life was evidenced, even so the WHOQOL-Bref has presented an inferior score. The physical state of health in relation to the treatment of chemotherapy, measured for the QLQ C-30 and WHOQOL-Bref better showed quality of life for who did not make chemotherapy, the hormonal treatment better showed quality of life for the women

who had made the treatment. The radiotherapy showed that the women with better quality of life are the ones that had not made the treatment. The emotional state front

to the treatment of chemotherapy worse detached quality of life for who made the treatment, the domains that if had detached had been: corporal image and future perspectives. The radiotherapy and the hormone therapy had not revealed statically significant as for the emotional state of the patients. The patients who had not made surgery had revealed with better quality of life. The domains that if had detached referring to instrument BR-23 in that it says respect to the surgery had been: sexual pleasure and corporal image. The type of surgery that more influenced in the scale of quality of global life was the mastectomy, which the women that they had made this surgery showed worse quality of life. Through these results, one concludes that independent of the age, the femininity is always present, independent of the race or social condition. The families, the society and the system of health will have to be prepared to receive and to provide to one better quality of life for the aged women with breast cancer, providing an integral and humanitarian assistance.

Key Words: Quality of life; breast cancer; elderly.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 - Distribuição relativa da situação profissional e da classificação da situação financeira	43
FIGURA 2 - Distribuição relativa do tempo de tratamento e grau do câncer	44
FIGURA 3 - Distribuição relativa da realização de cirurgias e do tipo de cirurgias realizadas	44
FIGURA 4 - Distribuição relativa da realização, ou não, dos tratamentos.....	45
FIGURA 5: Escore médio dos domínios que descrevem o estado emocional nos instrumentos EORTC QLQ 30, BR-23 e WHOQOL-BREF, segundo a realização, ou não, do tratamento de QT.....	54
FIGURA 6: Escore médio dos domínios que descrevem o estado emocional nos instrumentos EORTC QLQ 30, BR-23 e WHOQOL-BREF, segundo a realização, ou não, do tratamento de HT.....	55
FIGURA 7: Escore médio dos domínios que descrevem o estado emocional nos instrumentos EORTC QLQ 30, BR-23 e WHOQOL-BREF, segundo a realização, ou não, do tratamento de RT.....	56
FIGURA 8 - Escore médio dos domínios que descrevem o desempenho físico, emocional e social nos instrumentos EORTC QLQ 30 e WHOQOL-BREF	72
FIGURA 9 - Escores médios do instrumento EORTC QLQ C-30 segundo a raça	76
FIGURA 10 - Escores médios do instrumento WHOQOL-BREF segundo a raça	77
FIGURA 11 - Escores médios do instrumento BR-23, segundo a raça.....	78
FIGURA 12 - Escores médios do instrumento EORTC QLQ C-30, segundo o estado civil.....	79
FIGURA 13: Escores médios do instrumento WHOQOL-BREF, segundo o estado civil.....	80
FIGURA 14: Escores médios do instrumento BR-23, segundo o estado civil ...	81
FIGURA 15: Escores médios do instrumento EORTC QLQ C-30, segundo o fato da paciente trabalhar ou não.....	82
FIGURA 16: Escores médios do instrumento WHOQOL-BREF, segundo o fato da paciente trabalhar ou não.....	83

FIGURA 17: Escores médios do instrumento WHOQOL-BREF, segundo o fato da paciente trabalhar ou não.....	84
FIGURA 18: Escores médios do instrumento EORTC QLQ C-30, segundo a classificação da situação financeira	85
FIGURA 19: Escores médios do instrumento WHOQOL-BREF, segundo a classificação da situação financeira	86
FIGURA 20: Escores médios do instrumento BR-23, segundo a classificação da situação financeira	87

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Domínios do instrumento genérico EORTC QLQ-C30 e questões correspondentes.....	36
TABELA 2 - Domínios do instrumento específico BR-23 e questões correspondentes.....	37
TABELA 3 - Domínios do instrumento WHOQOL-BREF e questões correspondentes.....	39
TABELA 4 - Medidas descritivas das características gerais da amostra.....	42
TABELA 5 - Medidas de dispersão e de posição para os escores EORTC QLQ 30 e coeficiente de fidedignidade.....	47
TABELA 6 - Medidas de dispersão e de posição para os escores e coeficiente de fidedignidade.....	48
TABELA 7 - Medidas de dispersão e de posição para os escores relativos WHOQOL-BREF e coeficiente de fidedignidade.....	49
TABELA 8 - Medidas de dispersão e de posição para os escores relativos do domínio físico dos instrumentos EORTC QLQ C-30 e WHOQOL-BREF, segundo o tratamento de quimioterapia.....	51
TABELA 9 - Medidas de dispersão e de posição para os escores relativos do domínio físico dos instrumentos EORTC QLQ C-30 e WHOQOL-BREF, segundo o tratamento de RT.....	52
TABELA 10 - Medidas de dispersão e de posição para os escores relativos do domínio físico dos instrumentos EORTC QLQ C-30 e WHOQOL-BREF, segundo o tratamento de HT.....	53
TABELA 11 - Média e desvio padrão para os domínios EORTC QLQ C-30 segundo a realização ou não de cirurgia.....	57
TABELA 12 - Média e desvio padrão para os domínios BR-23, segundo o tempo de tratamento.....	58
TABELA 13 - Média e desvio padrão para os domínios WHOQOL-BREF segundo a realização ou não de cirurgia.....	59
TABELA 14 - Média e desvio padrão para os domínios EORTC QLQ C-30 Segundo o tipo de cirurgia realizada.....	60

TABELA 15 - Média e desvio padrão para os domínios BR-23 segundo o tipo de cirurgia	61
TABELA 16 - Média e desvio padrão para os domínios WHOQOL-BREF segundo o tipo de cirurgia	62
TABELA 17 - Média e desvio padrão para os domínios EORTC QLQ C-30 segundo o tratamento de quimioterapia	63
TABELA 18 - Média e desvio padrão para os domínios BR-23 segundo o tipo de cirurgia	64
TABELA 19 - Média e desvio padrão para os domínios WHOQOL-BREF segundo a realização de QT	65
TABELA 20 - Média e desvio padrão para os domínios EORTC QLQ C-30 segundo o tratamento de QT	66
TABELA 21 - Média e desvio padrão para os domínios BR-23 segundo o tratamento de radioterapia	67
TABELA 22 - Média e desvio padrão para os domínios WHOQOL-BREF segundo a realização de QT	68
TABELA 23 - Média e desvio padrão para os domínios EORTC QLQ C-30 segundo o tratamento de HT	69
TABELA 24 - Média e desvio padrão para os domínios BR-23, Segundo o tratamento de HT	70
TABELA 25 - Média e desvio padrão para os domínios WHOQOL-BREF segundo a realização de HT	70
TABELA 26 - Medidas de posição e de dispersão para os escores de qualidade de vida global dos instrumentos e EORTC QLQ 30 e WHOQOL-BREF	71
TABELA 27 - Valores associados aos domínios selecionados pela técnica de análise de regressão múltipla (<i>BACKWARD</i>) que exercem influência no estado de saúde global do instrumento EORTC QLQ C-30	73
TABELA 28 - Valores associados aos domínios selecionados pela técnica de análise de regressão múltipla (<i>BACKWARD</i>) que exercem influência no estado de saúde global do instrumento WHOQOL-BREF	73
TABELA 29 - Coeficiente de correlação, estatisticamente significativos, da idade e do número de anos de estudo em relação aos domínios dos três instrumentos investigados	75

LISTA DE SIGLAS/ABREVIATURAS

CEP - Comitê de Ética e Pesquisa

HT - Hormonioterapia

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

OMS - Organização Mundial da Saúde

PUC - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

QT - Quimioterapia

QV - Qualidade de vida

QVRS - Qualidade de vida relacionada à saúde

RT - Radioterapia

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2.1 O ENVELHECIMENTO	18
2.2 CÂNCER DE MAMA	19
2.2.1 Fatores de risco.....	20
2.2.2 Estágio da doença.....	20
2.2.3 Tratamento.....	22
2.2.4 Radioterapia.....	22
2.2.5 Terapia hormonal	22
2.3 QUIMIOTERAPIA.....	22
2.3.1 Conceito	24
2.3.2 Mecanismo de ação dos quimioterápicos.....	24
2.3.3 Finalidades da quimioterapia	25
2.3.4 Quimioterapia adjuvante.....	25
2.3.5 Quimioterapia neo-adjuvante	25
2.4 ATENDIMENTO HUMANIZADO EM QUIMIOTERAPIA.....	26
2.5 ASPECTOS PSICOLÓGICOS RELACIONADOS AOS PACIENTES SUBMETIDOS À QUIMIOTERAPIA.....	27
2.6 O SIGNIFICADO DA SEXUALIDADE NA VIDA DAS MULHERES COM CÂNCER DE MAMA.....	29
2.7 QUALIDADE DE VIDA	30
3 OBJETIVOS.....	33
3.1 OBJETIVO GERAL	33
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	33
4 METODOLOGIA	34
4.1 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	34
4.2 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS.....	35

5 RESULTADOS	41
5.1 PERFIL DA AMOSTRA	41
5.2 CARACTERÍSTICAS DA DOENÇA E DO TRATAMENTO	43
5.3 QUALIDADE DE VIDA	45
5.4 ESTADO FÍSICO DAS PACIENTES FRENTE AO TRATAMENTO	50
5.5 ESTADO EMOCIONAL DAS PACIENTES FRENTE AO TRATAMENTO.....	53
5.6 OUTROS DOMÍNIOS COMPARADOS FRENTE AO TRATAMENTO	56
5.7 COMPARATIVO DA QUALIDADE DE VIDA GLOBAL ENTRE EORTC QLQ 30 E WHOQOL-BREF	71
5.8 COMPARAÇÕES COM O PERFIL DA AMOSTRA.....	74
6 DISCUSSÃO	80
7 CONCLUSÃO	97
REFERÊNCIAS	100
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	105
APÊNDICE B - INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS	107
ANEXO A - WHOQOL-BREF	110
ANEXO B -EORTC QLQ - BR 23	115
ANEXO C – EORTCQLQ - C 30 (VERSION 3.0.)	117

1 INTRODUÇÃO

No Brasil o câncer de mama representa a principal causa de neoplasia malignas em mulheres.¹

O diagnóstico e o tratamento é capaz de causar mudanças bruscas na vida das pessoas, pois interfere na vida social, econômica e emocional.

Conforme Venâncio² o diagnóstico de câncer de mama trás para as mulheres um momento de sofrimento, ansiedade e muita angustia. Embora o prognóstico para o câncer de mama, esteja mudando devido aos avanços no diagnóstico e tratamento, as mulheres temem pela mudança corporal e pela própria morte.³

O Brasil é classificado como um dos países com maior incidência de câncer de mama no mundo.⁴ Dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA) estimam em 47.580 novos casos em 2008, com maior incidência no Sul e no Sudeste.

Gil (apud Boff; Wisintainer¹), relata que o número de casos tanto no Brasil como no mundo vem aumentando devido ao envelhecimento da população, pois a idade é o principal fator de risco para o desenvolvimento do câncer, o mesmo autor afirma que quanto mais se vive, mais tempo há para que as mutações genéticas adquiridas possam expressar o câncer de mama.

Atualmente, existem várias opções de tratamento para o câncer de mama, porém é necessário que haja uma estratégia nas intervenções para que se obtenha um resultado satisfatório do tratamento e conseqüentemente uma boa qualidade de vida (QV). De modo geral a idade parece ser um fator que influencia na QV.⁵

Dentro desse contexto, visando à contribuição do conhecimento acerca desta temática optou-se por abordá-la neste trabalho que trata-se da dissertação de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, intitulada: “Avaliação da qualidade de vida em mulheres idosas com câncer de mama”.

A autora da pesquisa atua como enfermeira na área de oncologia em uma Instituição privada. A experiência no campo da oncologia, e o número elevado de mulheres com câncer de mama gerou a motivação para estudar este tema, pois pouco se sabe sobre a QV destas mulheres que enfrentam esta doença e com a perspectiva no aumento do número de idosos para os próximos anos, este estudo é

extremamente relevante pelo fato de conhecermos os índices de QV dessas mulheres que enfrentam o tratamento. Desta forma acredito equipe multidisciplinar estará mais preparada para ajudar a população, prestando uma assistência mais humanizada.

Esta pesquisa trata-se de um estudo transversal de natureza quantitativa. Para mensurar a QV encontramos na literatura instrumentos genéricos específicos. O Instrumento genérico mais utilizado é o European for Research and Treatment of Câncer Quality of Life Questionnaire EORTC QLQ C-30 (GOODWIN et al. apud LOTTI⁵), para medir a qualidade de vida relacionada à saúde QVRS é seguido o módulo específico para o câncer de mama Breast Câncer Module (EORTC QLQ BR-23) (EORTC, 2001) e o instrumento WHOQOL-Bref instrumento de avaliação da QV da Organização Mundial da Saúde (OMS), já testado na população brasileira.⁶

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 O ENVELHECIMENTO

O envelhecimento é um processo biológico característico de todos os organismos vivos e inevitavelmente leva à redução na função máxima e na reserva de capacidade em todos os sistemas orgânicos.⁷

O acúmulo de conhecimentos gerados nos últimos 50 anos na gerontologia e os avanços realizados em diversos níveis biológicos não foram suficientes para estabelecer definições e visões que expliquem os mecanismos básicos do processo de envelhecimento⁸ e diversas teorias tentam definir este fenômeno. Até o momento não existe uma única teoria que sintetize todas as etapas que ocorrem ao longo do processo de envelhecimento cuja culminância é a morte.⁹

O Brasil é caracterizado por uma expectativa de vida região dependente da condição do idoso.¹⁰ Segundo projeções estatísticas da (OMS), estima-se que entre 1950 e 2023 a população de idosos no país crescerá 16 vezes contra 5 vezes a população total, o que colocará o país como a sexta maior população de idosos no mundo em termos absolutos, isto é, com 32 milhões de pessoas com mais de 60 anos. Com estas características peculiares, o Brasil vem deixando de ser um país jovem, como foi denominado, para se tornar um país envelhecido, semelhante aos países desenvolvidos.¹¹

Baseada nestes fatos surgiu-me a vontade de saber como envelhecerão as mulheres com câncer de mama que, segundo informações do (INCA)¹², dificilmente afeta as mulheres com idade inferior a 35 anos de idade, e tem incidência rápida e progressiva em mulheres acima desta faixa etária. Este trabalho também pretende analisar como será a QV destas mulheres que provavelmente enfrentarão o tratamento quimioterápico e radioterápico, com seus efeitos e paraefeitos colaterais, ou até mesmo a mastectomia.

2.2 CÂNCER DE MAMA

O câncer de mama é responsável pelo maior número de óbitos em mulheres no Brasil e no mundo; mesmo com a relevância que tem na área da saúde no que se refere à prevenção, os números têm aumentado.

Conforme dados do INCA¹², o câncer de mama permanece como o segundo tipo de câncer mais freqüente no mundo e o primeiro entre as mulheres. O número de casos novos de câncer de mama esperados para o Brasil em 2008 segundo esse instituto¹² é de 17.400, com um risco estimado de 51 casos a cada 100 mil mulheres. Na região Sul a estimativa para 2008 é de 9.500 casos novos para o estado e 1780 para a capital. O próprio INCA¹² afirma que as estatísticas indicam uma elevação da sua freqüência tanto nos países desenvolvidos quanto nos países em desenvolvimento. Conforme dados da OMS¹³, nas décadas de 60 e 70 houve um aumento de 10 vezes nas taxas de incidência nos diversos continentes. Apesar de ser considerado um câncer relativamente de bom prognóstico, se diagnosticado e tratado oportunamente, as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas no Brasil, muito provavelmente porque a doença ainda seja diagnosticada em estádios avançados. Na população mundial, a sobrevida média após cinco anos é de 61%.

O câncer de mama é a neoplasia maligna mais temida entre as mulheres, pois está relacionado diretamente com a sexualidade e a imagem pessoal, interferindo diretamente no aspecto psicológico.

Michelone e Santos¹⁴ relatam que a própria palavra “câncer” simboliza uma ameaça à vida e está intimamente ligada à morte e ao morrer, justificando assim, o pavor que acomete as pessoas que se negam até mesmo a pronunciar o nome da doença, pois a doença significa rejeição, estigmatização e mutilação e causa pânico ao se pensar nas incertezas do futuro e no enfrentamento do tratamento.

O câncer tornou-se um problema de saúde pública e o diagnóstico precoce, os meios de reabilitação física, social e psicológica são pontos fundamentais da luta contra esta doença. Quando não é possível curar, o alívio do sofrimento é possível através da intervenção de uma equipe multidisciplinar para melhorar a qualidade de vida (QV) das pacientes, pois o câncer é uma doença que induz a sentimentos negativos, tornando mais difícil a adesão das pacientes ao tratamento.

Almeida¹⁵ argumentam que o câncer de mama apresenta em sua trajetória diferentes situações de ameaça aos portadores da doença como aquelas relacionadas à integridade psicossocial, à incerteza do sucesso do tratamento, à possibilidade da recorrência, à morte, entre outros. Entretanto atualmente é possível se diagnosticar precocemente o câncer de mama através do simples auto-exame das mamas até os métodos mais sofisticados de diagnósticos, tornando efetivo o tratamento e fazendo com que a maioria das mulheres acometidas pelo câncer de mama viva por muitos anos. Nesse sentido, melhorar a QV destas mulheres representa um desafio tanto para elas próprias quanto para os profissionais de saúde.

2.2.1 Fatores de risco

Segundo Smeltzer e Bare¹⁶, as estatísticas indicam que o risco durante a vida para o desenvolvimento câncer de mama é de 1 em cada 8 mulheres, embora não haja causas específicas conhecidas de câncer de mama, os pesquisadores identificaram um grupo de fatores de risco. Estes fatores são importantes para o programa de prevenção da doença.

Os fatores de risco incluem: parentes de primeiro grau com câncer de mama, menopausa precoce, menopausa tardia, nuliparidade e idade materna avançada no primeiro nascimento, história de doença mamaria benigna, obesidade, contraceptivos orais, terapia de reposição hormonal, exposição a radiação após puberdade e antes dos 30 anos, ingestão diária de álcool.

2.2.2 Estágio da doença

Com informações do tamanho do tumor, comprometimento de linfonodos (avaliado na cirurgia) e metástases à distância, a doença é classificada em:

Estágio 0: É o chamado carcinoma in situ que não se infiltrou pelos dutos ou lóbulos, sendo um câncer não invasivo.

Estágio I: O tumor é pequeno e não se espalhou pelos linfonodos.

Estágio IIa: Qualquer das condições abaixo:

O tumor tem menos que 2 centímetros e infiltrou linfonodos axilares.

O tumor tem entre 2 e 5 centímetros, mas não atinge linfonodos axilares.

Não há evidência de tumor na mama, mas existe câncer nos linfonodos axilares.

Estágio IIb: Qualquer das condições abaixo:

O tumor tem de 2 a 5 centímetros e atinge linfonodos axilares.

O tumor é maior que 5 centímetros, mas não atinge linfonodos axilares.

Estágio IIIa: Qualquer das condições abaixo:

O tumor é menor que 5 centímetros, se espalharam pelos linfonodos axilares que estão aderidos uns aos outros ou a outras estruturas vizinhas.

O tumor é maior que 5 centímetros, atingem linfonodos axilares os quais podem ou não estar aderidos uns aos outros ou a outras estruturas vizinhas.

Estágio IIIb: O tumor infiltra a parede torácica ou causa inchaço ou ulceração da mama ou é diagnosticado como câncer de mama inflamatório. Pode ou não ter se espalhado para os linfonodos axilares, mas não atinge outros órgãos do corpo.

Estágio IIIc: Tumor que qualquer tamanho que não se espalhou para partes distantes, mas que atinge linfonodos acima e abaixo da clavícula ou para linfonodos dentro da mama ou abaixo do braço.

Estágio IV: Tumor de qualquer tamanho que tenha se espalhado para outros locais do corpo como ossos, pulmões, fígado ou cérebro.

2.2.3 Tratamento

O tratamento do câncer de mama utiliza uma abordagem multidisciplinar, incluindo cirurgia e terapia hormonal (TH) ou quimioterapia (QT) e radioterapia (RT). As estratégias terapêuticas são caracterizadas com base no estadiamento, portanto o tratamento inclui:

A lumpectomia remove o nódulo de tumor e uma margem limpa, "livre de doença". A radioterapia é necessária após a retirada para complementar o tratamento.

A mastectomia parcial remove o tumor, uma área de tecido normal e parte a camada acima do músculo onde o tumor estava. Esta cirurgia também é chamada de quadrantectomia e necessita de complementação com RT. Ambas as técnicas cirúrgicas acima preservam boa parte de tecido mamário e é importante que o cirurgião tenha certeza que ela não se espalhou. Assim o cirurgião também avaliará o comprometimento dos linfonodos axilares para se certificar que não possuem tumor. Com isso, o cirurgião pode fazer uma dissecação dos linfonodos axilares, retirando um número de linfonodos e encaminhando-os para exame microscópico realizado pelo patologista.

A mastectomia total remove toda a mama.

A mastectomia radical modificada remove a mama, alguns dos linfonodos axilares e o tecido que recobre o músculo.

A mastectomia radical remove a mama, os músculos peitorais, todos os linfonodos axilares, tecido gorduroso e pele. Apesar de parecer uma técnica bastante agressiva, esta técnica já salvou vidas de milhares de mulheres.

2.2.4 Radioterapia

É indicada de maneira regular por algumas semanas após a lumpectomia ou mastectomia com o objetivo de matar as células tumorais que podem ter restado próximo ao local do tumor. Uma dose alta de radiação usada e poderá causar efeitos colaterais, incluindo fadiga, inchaço, e alterações de pele. Algumas vezes a radiação

pode ser dada antes da cirurgia para que ela reduza de tamanho do tumor e facilite a sua remoção.

2.2.5 Terapia Hormonal

Útil para manejar tumores que possuem receptores hormonais de estrógeno ou progesterona positivos. Os tumores utilizam estes hormônios como combustível para crescimento e a hormonioterapia bloqueia a utilização destes hormônios, impedindo seu crescimento.

2.3 QUIMIOTERAPIA

A quimioterapia antineoplásica, ou seja, a utilização de agentes químicos, é uma das maneiras mais promissoras de combate ao câncer.

A QT no ambiente coadjuvante demonstrou uma redução no risco de recidiva e nas taxas de mortalidade de 25% e 15%, respectivamente, independente de idade, estado menopáusicos ou hormonal ou acometimento dos linfonodos axilares.¹⁷

Sendo assim, podemos dizer que o tratamento quimioterápico, é fundamental para o combate ao câncer de mama, pois proporciona um benefício. Porém, a própria palavra quimioterapia (QT) desperta medo, angústia, incerteza e ansiedade nas pacientes, pois os efeitos e paraefeitos colaterais deste tratamento são desconhecidos. Devido a estes fatos, é de extrema importância as orientações prestadas pela equipe multidisciplinar a estas pacientes, sobretudo no que diz respeito à QT, visto que, as dúvidas e questionamentos irão surgir no decorrer do tratamento. Todavia para que estas pacientes tenham um melhor enfrentamento da doença, do tratamento e uma boa QV é necessário que estejam cientes do que pode acontecer no decorrer do processo.

2.3.1 Conceito

Cerca de 100 mil pacientes passam por tratamento quimioterápico no Sistema Único de Saúde (SUS), que é responsável por 90% da cobertura no país. Foram atendidas mais de 1,3 milhão de pessoas nesse tipo de procedimento no ano passado.¹⁸

A QT consiste na utilização de drogas antineoplásicas com o objetivo de impedir que as células cancerosas se multipliquem, invadam estruturas e venham a produzir metástases.

Bonassa¹⁹ afirma que a QT consiste no emprego de substâncias químicas, isoladas ou em combinação, com o objetivo de tratar as neoplasias malignas. São drogas que atuam em nível celular, interferindo no seu processo de crescimento e divisão, sendo utilizada principalmente para tratar doença sistêmica, em vez de lesões que sejam localizadas e passíveis de cirurgia ou radiação.

2.3.2 Mecanismo de ação dos quimioterápicos

Para Silva e Aguillar²⁰, os quimioterápicos atuam em nível celular, interferindo no seu processo de crescimento e divisão, contudo, sem especificidade, não destruindo seletiva ou exclusivamente as células tumorais. Assim, estas drogas agredem também células normais que possuem características comuns às tumorais: rápida proliferação caracterizada por alta atividade mitótica e ciclos celulares curtos.

Segundo Bonassa¹⁹ as drogas antineoplásicas agem especialmente em células que estão em processo de divisão ativa, portanto são mais eficazes quando utilizadas precocemente, ou seja, quando o tumor é ainda pequeno e cresce exponencialmente. Além disso, os tumores de rápido desenvolvimento são os mais susceptíveis à destruição pela QT, pois, nesses casos, mais células estão em divisão ativa e há, portanto, mais células sensíveis às drogas antineoplásicas.

Células em fase Go, em fase de descanso ou em fase de não-divisão representam a fração não proliferativa do tecido, pois não se dividem, sendo pouco

vulneráveis à ação das drogas antineoplásicas. São as grandes responsáveis pelas recidivas e as metástases.

2.3.3 Finalidades da quimioterapia

Segundo Inca¹² a finalidade da QT depende do tipo de tumor, da extensão da doença e do estado geral do paciente. Conforme sua finalidade, a QT pode ser classificada em:

- a) Curativa - Tem o objetivo de se conseguir o controle completo do tumor, erradicando qualquer evidência de neoplasia;
- b) Paliativa - Utilizada para alívio dos sintomas decorrentes da proliferação tumoral, melhorando a QV do paciente;
- c) Potencializadora - Quando utilizada simultaneamente à radioterapia no sentido de melhorar a relação dose terapêutica/ dose tóxica do tratamento com irradiação. Objetiva principalmente potencializar o efeito das drogas no local irradiado e conceitualmente não interfere no efeito sistêmico do tratamento.

2.3.4 Quimioterapia adjuvante

A QT adjuvante é um reforço ao tratamento primário, com o objetivo de destruir células residuais permitindo períodos mais prolongados de remissão ou até mesmo a cura.

2.3.5 Quimioterapia neo-adjuvante

O tratamento quimioterápico que precede a cirurgia é chamado de neo-adjuvante. O objetivo deste tratamento é a redução do tumor para permitir uma

cirurgia com resultados melhores e menos agressivos. Ao mesmo tempo, pode-se avaliar a sensibilidade do tumor às drogas para os tratamentos pós-cirúrgicos.

2.4 ATENDIMENTO HUMANIZADO EM QUIMIOTERAPIA

A QT, como se viu anteriormente, se refere a utilização de medicamentos específicos para o tratamento de tumores com o objetivo de destruir células cancerosas.

Neste sentido, torna-se importante a compreensão por parte do enfermeiro sobre o câncer e os tratamentos adequados, a fim de propiciar melhores condições de cuidado e orientação ao paciente, buscando sua reabilitação.²¹

QT é um tratamento que traz consigo sofrimentos acentuados, que requer um enfrentamento por parte de quem o recebe, que traz consigo uma temporalidade, que é permeado por incertezas, que traz consigo uma experiência com o profissional da área da saúde.²⁰

Segundo o Ministério da Saúde²², a humanização é entendida como valor, pois resgata o respeito à vida humana e abrange circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas presentes no relacionamento humano.

A humanização deve fortalecer o comportamento ético de articular o cuidado técnico-científico já construído, conhecido e dominado, com o cuidado que incorpora necessidade de explorar e acolher o imprevisível, o incontrolável, o diferente e o singular. Significa agir pretendendo acolher e respeitar o outro como ser autônomo e digno.

A humanização deve fazer parte da filosofia da enfermagem. O ambiente físico, os recursos materiais e tecnológicos são importantes, porém não mais significativos do que a essência humana. Esta, sim, irá conduzir o pensamento e as ações da equipe de enfermagem, principalmente do enfermeiro, tornando-o capaz de criticar e construir uma realidade mais humana, menos agressiva e hostil para as pessoas.²³

A rotina deve ser adaptada ao doente e não o doente a rotina da enfermagem, reforçando que o diferente e o novo são fatores vivenciados pelo doente e não pelo profissional inserido no seu ambiente de trabalho.

É relevante combater o processo de anestesiamento psicológico dos profissionais de saúde, por vivenciarem constantemente situações como pessoas sofrendo, gemendo e morrendo - já nem se impressionam e nem se comovem - tudo parece é visualizado como simples fatos. Esquece-se que cada doente é uma nova realidade, ele não pode ser tratado como fase de uma rotina. Cada um possui suas preocupações, sua dor, suas emoções e seu sofrimento de forma individual e personalizada.

2.5 ASPECTOS PSICOLÓGICOS RELACIONADOS AOS PACIENTES SUBMETIDOS À QUIMIOTERAPIA

Segundo Melo e Cortez²⁴ toda pessoa independente de sua cultura e condição social, ao adoecer, ao se submeter a uma intervenção cirúrgica ou emergencial ou ao ocupar um leito na Unidade Intensiva, fica fragilizada e insegura, causando prejuízo na sua resposta orgânica à terapêutica e conseqüentemente postergando a sua recuperação. Nestas circunstâncias, são de fundamental importância o apoio, a presença e o carinho de um profissional da saúde.

Para Anjos e Zago²⁵ o paciente com câncer acorda a cada manhã para viver um pesadelo. Coisas terríveis estão acontecendo ou irão acontecer. As coisas não dependem de sua vontade, mas da medicina. Viver em um pesadelo constante com frequência leva a um grave desgaste. E, muitas vezes, isso se torna pior porque os outros não o reconhecem (os pacientes não têm o direito de se sentirem esgotados, afinal, não estão todos fazendo o melhor possível por eles?) e os pacientes, por sua vez, não aceitam o fato de que essa é uma condição verdadeira (afinal, esperam que continuem tentando melhorar e não se sintam muito cansados ou desencorajados; esperam que eles conservem suas energias de recuperação).

Um dos fatores mais debilitantes na situação do paciente com câncer é a firme pressão para que a pessoa pare de se preocupar e pensar em si mesma, como alguém que, por acaso, se encontra doente naquele momento e precisa reagir a si mesmo; como se o câncer fosse uma doença que, de algum modo, parece ter a atitude da pessoa ligada a ela.

Gradativamente, todos os seus esforços e pensamentos voltam-se para a doença e o tratamento. Eles ocupam cada vez mais seu tempo e sua energia 29.

Um dos aspectos mais exaustivos de uma enfermidade como o câncer é a exigência (dos outros e também nossa) para que sejamos sempre responsáveis e tranquilos a respeito da situação. As pessoas ao nosso redor, e nós mesmos, exigimos que sejamos sempre bem comportados e esperançosos. Se o paciente e a família agirem dessa maneira, certamente as coisas se tornam mais fáceis para os profissionais envolvidos, porém muito mais difíceis para o paciente e para aqueles que o amam. Os pacientes e as pessoas muito próximas devem permitir-se não estar tão bem controlados quanto parece, é importante não permitir que nossa ansiedade nos domine e nos faça ceder à tendência de tranquilizar e dar confiança ao paciente. Segundo Silva e Aguillar²⁰, a saúde é entendida como "experiência de bem-estar resultante de um equilíbrio dinâmico, envolvendo os aspectos físicos e psicológicos do organismo, assim como suas interações com o meio ambiente natural e social".

O foco principal na assistência prestada a pessoas portadoras de câncer que se submetem à QT, deve estar centralizado em um planejamento integral, possibilitando solucionar os problemas vivenciados por estes pacientes, suas necessidades, a prevenção de complicações e o estímulo ao autocuidado.

De acordo com França et al²⁶, é possível perceber em pacientes submetidos ao tratamento quimioterápico características como incurabilidade e o fracasso dos recursos terapêuticos. O mesmo autor ressalta que o morrer é o ato através do qual ocorre a morte, pois está ligado, sobretudo, ao instinto de sobrevivência e que sensações dolorosas são comuns nesse processo, tornando-se por esse motivo muito temido por pacientes submetidos à QT por ser um tratamento agressivo e que na maioria das vezes não se tem um prognóstico certo e acima de tudo comprometendo a QV desses pacientes.

A incerteza da cura e o medo da morte são, segundo França et al²⁶, os sentimentos mais comuns nesses pacientes, que necessitam de muita compreensão e coragem para buscar forças e lutar por sua cura ou, ao menos, a preservação da dignidade para manter sua vida com qualidade.

2.6 O SIGNIFICADO DA SEXUALIDADE NA VIDA DAS MULHERES COM CÂNCER DE MAMA

O câncer de mama tem uma representatividade muito importante para a mulher, pois está relacionado à imagem corporal. Segundo Ferreira e Mamede²⁷, quando a mulher se defronta com o diagnóstico de câncer de mama, ela passa a ter dois tipos de problemas: o medo do próprio câncer e da mutilação de um órgão que tem uma representatividade muito importante - a maternidade e a sexualidade feminina. Diante deste fato, podemos dizer que qualquer tipo de ameaça a este órgão, despertará sentimentos de inferioridade e perda da auto-estima.

Para Ramos e Patrão²⁸, quando a auto-imagem da mulher é atingida, surgem medos e fantasias que reprimem e comprometem a relação conjugal e a sua sexualidade. Portanto é essencial que, caso haja algum dano à mulher durante o tratamento quimioterápico, seja ele físico ou psicológico, a equipe de saúde deverá estar atenta para disponibilizar todo o suporte necessário para esta paciente enfrentar o tratamento.

A sexualidade deve ser entendida como uma dimensão pessoal e humana que compreende não só a genitalidade, mas supera os limites do impulso genital, caracterizando-se como um aspecto profundo e total da personalidade humana, presente desde a concepção até a morte e inclui tudo o que se é e o que se faz.²⁹

O próprio avanço da idade ocasiona mudanças que geram perturbações no equilíbrio e requerem adaptações, pois algumas experiências negativas podem ocasionar um trauma na vida do idoso, trazendo à tona sentimentos como a desvalorização. O idoso não pode ser privado da sexualidade e do prazer, apesar de que muitas destas questões de sexualidade estão diretamente ligadas à cultura e à sociedade. A pessoa da terceira idade deve se adaptar a esta nova fase buscando maneiras e técnicas que lhe proporcione mais prazer e conseqüentemente melhor qualidade de vida.

Conforme Vasconcelos³⁰, para se entender melhor a sexualidade nos idosos é preciso levar em consideração os fatores que influenciam na resposta sexual. Sendo assim, mulheres que tem sua auto-estima e sua imagem corporal afetada, seja pelo tratamento ou pela mutilação, correm o risco de terem sérios problemas relacionados à sua sexualidade.

Os aspectos relacionados à sexualidade das mulheres com câncer de mama devem ser tratados com muito cuidado, pois é um fator muito importante na vida desses indivíduos, bem como a idade e o diagnóstico. Estudos prévios demonstraram diferenças no impacto do câncer de mama segundo a faixa-etária avaliada. A influência da idade sobre a reação psicológica ao diagnóstico e ao tratamento antineoplásico remetem-nos ao conceito de QV, uma vez que essa reação representa, ao menos parcialmente, o grau de amadurecimento em que a mulher se encontra.³¹

Tendo em mente que a sexualidade das mulheres com câncer de mama está relacionada à QV é importante que haja uma avaliação melhor neste sentido, pois depois do tratamento estas pessoas devem estar prontas para retomar suas atividades normais e seu cotidiano e, para que isso se concretize, é necessário muito empenho da equipe multidisciplinar que acompanha estas pacientes.

2.7 QUALIDADE DE VIDA

O interesse em conceitos como “padrão de vida” e “qualidade de vida” foi inicialmente compartilhado por cientistas sociais e filósofos. O crescente avanço tecnológico dentro da área da saúde trouxe como consequência condições crônicas e aumento da sobrevivência dos pacientes e a oncologia foi a especialidade que se viu confrontada com as necessidades de se avaliar a QV dos pacientes.³²

Difícilmente existe uma outra doença crônica que induza a tantos sentimentos negativos em qualquer um de seus estágios: o medo do diagnóstico, da cirurgia, a incerteza do prognóstico e a recorrência, os efeitos da RT e da QT, o sofrer pela dor e o enfrentamento da possibilidade da morte.³³

Segundo Franzi e Silva³³, o aumento da incidência de câncer associado a uma taxa de cura insatisfatória determina, para a equipe multidisciplinar e a família, redobrados esforços na compreensão da necessidade de inclusão de instrumentos para mensurar a QV, nos pacientes portadores de neoplasias. Conforme os autores, a expressão QV foi empregada pela primeira vez pelo presidente dos Estados Unidos da América, Lyndon Johnson, em 1964, ao declarar que "os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da QV que proporcionam às pessoas". O interesse em conceitos como "padrão de vida" e "qualidade de vida" foi inicialmente partilhado por cientistas

sociais, filósofos e políticos. O mesmo autor afirma ainda que devido ao crescente desenvolvimento tecnológico e conseqüentemente a desumanização na assistência a saúde, houve um aumento na preocupação com o conceito de QV, pois para as ciências humanas e biológicas este conceito está além da valorização do controle dos sintomas, da diminuição da mortalidade ou do aumento da expectativa de vida.

Hoje em dia se fala muito em QV, principalmente a QV de mulheres tratadas de câncer de mama, pois com o avanço e a rapidez no diagnóstico e o tratamento existe um maior otimismo da equipe de saúde em relação à vida destas pessoas; o aumento de sobreviventes e a autonomia destas pacientes são de extrema importância para equipe de saúde.

A OMS¹³ define QV como a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

Para Makluf³², a QV é algo intrínseco, é uma construção subjetiva, só possível de ser avaliada pelo próprio sujeito.

Thomas³⁴ refere que: “a QV difere para cada pessoa e que pode variar no mesmo indivíduo, à medida que muda sua situação de vida.” o autor relata que é essencial a equipe médica avaliar o que é mais importante para o paciente, pois em alguns casos não há uma isenção de sinais e sintomas da doença, por isso a importância de manter um nível satisfatório de QV.

Franzi³³ diz que o termo QV é mais abrangente, pois pode 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.

Conforme Sales et al³⁵ a qualidade de vida é avaliada do ponto de vista do paciente: “Qualidade de vida se refere à apreciação dos pacientes e satisfação com o nível de funcionamento, comparando com o que ele percebe como sendo possível ou ideal”. Desta forma, podemos dizer que a qualidade de vida engloba funcionamentos físico e psicológico.

Seidl e Zannon³⁶ informam que no Brasil existe um aumento de interesse pelo tema QV no campo da saúde. Alguns trabalhos publicados foram considerados importantes para se obter maior conhecimento sobre este tema, contribuindo para o avanço das pesquisas sobre QV.

Buss³⁷ afirma que as condições de vida e saúde têm melhorado de forma contínua e sustentada na maioria dos países; no último século houve uma melhora significativa graças aos progressos políticos, econômicos, sociais e ambientais, assim como aos avanços na saúde pública e na medicina. Portanto na América Latina, por exemplo, a expectativa de vida cresceu de 50 anos, depois da II Guerra Mundial, para 67 anos, em 1990, e para 69 anos, em 1995. Entretanto, as mesmas organizações são taxativas ao informar que ainda que tal melhoria seja incontestável, também o é a permanência de profundas desigualdades nas condições de vida e saúde entre os países e, dentro deles, entre regiões e grupos sociais dificultando, desta forma, a QV das pessoas menos necessitadas.

O Grupo da OMS WHOQOL-Bref que estuda QV³⁸ conceitua-a como uma percepção individual de posição na vida, no ambiente da cultura e no sistema de valores em que a pessoa está inserida e com relação às metas, expectativas, padrões e interesses pessoais; sendo que esta percepção sofre influência de fatores físicos (saúde física), psicológicos, sociais, ambientais, pessoais (crenças) e da inter-relação entre eles, por exemplo, o nível de independência.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar índices de qualidade de vida em mulheres idosas com câncer de mama .

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Avaliar condições do estado físico de mulheres idosas com câncer de mama .
- b) Avaliar o estado emocional frente ao tratamento do câncer de mama.
- c) Investigar o estado geral de saúde.
- d) Comparar os índices de qualidade de vida quanto ao perfil dos sujeitos.

4 METODOLOGIA

O estudo realizado foi do tipo transversal de natureza quantitativa. De acordo com Hulley et al³⁹ o estudo transversal, todas as medições são feitas em uma única ocasião, sendo possível inferir na causa e efeito a partir das relações entre as variáveis determinadas

Segundo Chizzotti⁴⁰ a pesquisa quantitativa, é um tipo de pesquisa que visa obter dados mensuráveis de uma amostra finita de indivíduos a partir de uma população pré definida. Caracteriza-se pelo tamanho restrito da amostra a fim de se obter, informações descritivas de uma população-alvo ou avaliar relações entre fatores predefinidos.

Para Goldim⁴¹, a pesquisa quantitativa ocorre através da coleta de dados matemáticos e estatísticos, que são levantados para extrair informações do objeto.

Para análise foram utilizados os testes t-Student (grupos independentes) para os instrumentos EORTC QLQ C-30 e WHOQOL-Bref e o teste de Mann Whitney para o BR-23 e análise de regressão múltipla (Back Ward), o programa utilizado foi o SPSS versão 11.5.

4.1 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Este estudo foi realizado com a participação de 71 mulheres idosas com câncer de mama diagnosticado a partir de uma amostra de conveniência. Foram considerados fatores de inclusão no estudo, mulheres com idade mínima de 60 anos, com diagnóstico comprovado de câncer de mama, e alfabetizadas. O tipo de tratamento realizado pelas pacientes não influenciou na escolha das mesmas. Foram excluídas desta amostra mulheres com idade inferior a 60 anos, analfabetas ou com processos demenciais que as impossibilitasse de responder os instrumentos.

As participantes receberam explicação sobre os objetivos e importância desta pesquisa e, ao concordarem, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APENDICE A).

O presente estudo foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC) e Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Bio-médica, assim como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo ofício número 07/03606 – CEP.

4.2 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS

A coleta de dados ocorreu no período de maio a junho de 2007, nos consultórios do ambulatório de oncologia do Hospital da PUC, onde estas pacientes são atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

A pesquisadora teve acesso as pacientes através da equipe médica, que durante os dias de consulta, selecionava as pacientes conforme os critérios de inclusão e exclusão. Após feita esta seleção a pesquisadora abordou as pacientes individualmente, antes da consulta médica. Neste momento foi explicado o objetivo da pesquisa e permitido á paciente esclarecer suas dúvidas. As pacientes que aceitaram fazer parte da pesquisa receberam e assinaram o TCLE, ficando uma cópia com a paciente e outra com a pesquisadora. Os questionários foram aplicados em forma de entrevista. Antes de responder aos instrumentos genéricos as pacientes, preencheram uma ficha com o objetivo de obter dados para a caracterização demográfica e clinica das pacientes. (APENDICE B)

Foram utilizados nesta pesquisa três instrumentos genéricos: O instrumento EORTC QLQ C-30 (ANEXO E) é um questionário genérico para avaliar a QV relacionado á saúde QVRS de pacientes com câncer, que foi utilizado juntamente com o módulo específico QLQ-BR-23 (ANEXO D)

A Organização européia foi fundada em 1962 com o objetivo de desenvolver, coordenar e estimular pesquisas sobre o câncer em grupos multidisciplinares de oncologistas e cientistas do mundo inteiro. Para poder utilizar este instrumento foi realizado um contato via e-mail com a referida organização, a qual enviou autorização por escrito para a utilização dos questionários bem como uma cópia do manual e os questionários.

Este instrumento foi validado e suas propriedades psicométricas foram medidas em um estudo de campo de caráter internacional em treze países.

A tradução, adaptação cultural e validação para o Brasil foram feitas pela Doutora Mirian H . H . Federico, Diretora do Serviço de Oncologia Clínica do Instituto de Radiologia do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo em 2001.

O EORTC QLQ-C30 (ANEXO E) é composto de nove sub-escalas, que compreendem de duas a cinco questões cada uma, sendo cinco pertencentes a escala funcional (função física, desempenho funcional, cognitivo, emocional e social), três a escala de sintomas (cansaço-fadiga, dor-sofrimento e, náusea e vômito), estado de saúde global, e dificuldades financeiras, e, estado de saúde global e mais 6 sub-escalas compostas por apenas uma questão onde são avaliados sintomas comumente relatados pelas pacientes (dispnéia, perda de apetite, insônia, constipação e diarreia) e o impacto financeiro da doença.^{42, 43}

A tabela 1 mostra os domínios do instrumento específico EORTC QLQ-C30 e quais questões correspondem a cada domínio e a abreviatura da escala.

Tabela 1 - Domínios do instrumento genérico EORTC QLQ-C30 e questões correspondentes.

Domínios	Questões
Estado de saúde global	29, 30
Escalas funcionais	
Função Física	1 a 5
Desempenho Funcional	6, 7
Função Emocional	21 a 24
Função Cognitiva	20, 25
Função Social	26, 27
Escalas de Sintomas	
Fadiga	10, 12, 18
Náusea e Vômito	14, 15
Dor	9, 19
Dispnéia	8
Insônia	11
Perda do Apetite	13
Constipação	16
Diarreia	17
Dificuldades Financeiras	28

O QLQ-BR-23 é um instrumento específico para câncer de mama, composto de vinte e três questões que se referem a escala funcional (imagem corporal, função sexual, prazer sexual e perspectivas futuras) e a escala de sintomas (efeitos colaterais da terapia sistêmica, sintomas da mama, sintomas do braço e queda de cabelo).^{43, 44}

Tabela 2 - Domínios do instrumento específico BR-23 e questões correspondentes

Domínios	Questões
Escalas funcionais	
Imagem Corporal	39 - 42
Função Sexual	44, 45
Prazer Sexual	46
Futuras Perspectivas	43
Escalas de sintomas	
Efeitos Colaterais Terapia Sistêmica	31 – 34, 36, 37, 38
Sintomas da Mama	50 – 53
Sintomas do Braço	47, 48, 49
Queda de Cabelo	35

Quanto aos resultados, tanto o QLQ- C-30 quanto o BR-23, apresentam quatro possibilidades de respostas: Não/Pouco/Moderadamente/Muito. As formulas para calcular os escores dos dois questionários são as mesmas, sendo que uma fórmula específica para cada escala funcional (funcionais e sintomas). Através de uma transformação linear, os escores brutos foram padronizados e foram obtidos os escores relativos, para ambos os questionários, que variam de 0 a 100. Para os domínios de função e estado de saúde global, zero representa pior estado de saúde e 100 representa melhor estado de saúde, enquanto que para escala de sintomas, quanto mais alto for o escore, pior será o nível de sintomas ou problemas.

Neste estudo juntamente com o EORTC QLQ-C30 e BR-23, também foi aplicado o WHOQOL-Bref.6

No instrumento BR-23 muitas pacientes não responderam as questões referentes a função sexual (n=25) e prazer sexual (n=18) sexual, mais de 50% deixaram de responder. Neste caso, procedemos com o cálculo dos escores de acordo com a forma padrão, pois isso não reduz a credibilidade dos valores estimados em nosso estudo.

Os testes utilizados foram os testes não paramétricos (Mann Whitney), pois, além da alta variabilidade do BR-23, os grupos comparados apresentaram poucas pacientes, logo não foi possível aplicar os testes paramétricos (t-Student).

O WHOQOL-Bref surgiu da necessidade de aplicação rápida do instrumento, portanto o grupo da (OMS), desenvolveu a versão abreviada do WHOQOL-100. Este instrumento consta de 26 questões divididas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.

O WHOQOL-Bref fornece um perfil da QV obtido através dos escores dos quatro domínios, onde quanto mais alto os escores, melhor é a QV. As duas questões gerais são examinadas separadamente: onde a primeira questão revela a percepção do indivíduo sobre a sua QV e a segunda questão revela a percepção do indivíduo sobre a sua saúde. Os quatro domínios indicam a percepção individual da QV do entrevistado. Cada uma das 24 questões possui uma pontuação que varia de 1 a 5. Para o cálculo manual de cada domínio há uma equação que resulta em um escore bruto. O escore bruto é então convertido em um escore transformado, utilizando-se uma tabela de referência. O método de transformação converte os escores brutos em uma escala de 4 a 20, comparável com o WHOQOL-100, e em uma escala de 0 a 100.³⁸ Os escores dos domínios podem ser agrupados e então revelar um escore único para a QV.

Tabela 3 - Domínios do instrumento WHOQOL-Bref e questões correspondentes

Questões referentes a cada domínio	Questões
Domínio físico	
Dor e Desconforto	1
Energia e Fadiga	2
Sono e Repouso	3
Mobilidade	9
Atividades da vida cotidiana	10
Dependência de medicamentos ou de tratamentos	11
Capacidade de trabalho	12
Domínio psicológico	
Sentimentos positivos	4
Pensar, aprender, memória e concentração	5
Auto-estima	6
Imagem corporal e aparência	7
Sentimentos negativos	8
Espiritualidade/religião/crenças pessoais	24
Domínio das relações pessoais	
Relações pessoais	13
Suporte (Apoio) social	14
Atividade sexual	15
Domínio do meio ambiente	
Segurança física e proteção	16
Ambientes no lar	17
Recursos financeiros	18
Condições de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade	19
Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades	20
Participação em, oportunidades de recreação/lazer	21
Ambiente físico (poluição/ruído/trânsito/clima)	22
Transporte	23

Os instrumentos WHOQOL-Bref e o EORTC QLQ-C30, são muito diferentes, pois o EORTC QLQ C-30 tem 14 domínios enquanto o WHOQOL-Bref tem somente quatro. Porém o WHOQOL-Bref avalia aspectos ambientais enquanto o EORTC QLQ-C30 avalia aspectos cognitivos, sintomatológicos e impacto financeiro da doença.

Cabe ressaltar que o WHOQOL-Bref em relação ao EORTC QLQ-C30 é mais subjetivo e se diferem também nas escalas de resposta, onde o primeiro apresenta cinco possibilidades de resposta e o segundo quatro.

5 RESULTADOS

A avaliação inicial dos dados se deu através da análise descritiva, com a apresentação dos resultados através de tabelas com as frequências absoluta e relativa (contagem e percentual - n(%)) para as variáveis qualitativas e, na descrição das variáveis quantitativas através das medidas de posição (média ou mediana) e de dispersão (desvio padrão - DP ou quartis 25 – 75%). Para os casos onde a paciente deixou de responder a qualquer das questões propostas, o percentual apresentado terá como base o total de respostas válidas e, no pé da tabela constará o número de respostas não válidas (NR). Nos resultados referentes aos escores dos três instrumentos investigados nesse estudo a apresentação ocorreu em função dos escores relativos.

5.1 PERFIL DA AMOSTRA

Participaram do presente estudo 71 pacientes onde a média de idade foi de 62,8 anos (DP=8,1), sendo a mínima de 60 e a máxima de 85 anos de idade. Quanto a raça, sessenta e 67 pacientes se definiram como sendo brancas (87,0%) e, em relação a situação conjugal trinta e uma informaram ser casadas ou com companheiros (43,7%) enquanto que cinco pacientes (7,0%) afirmaram ser solteiras (nunca casaram).

Na avaliação do mais alto nível de escolaridade, verificou-se que trinta e oito pacientes (53,5%) apresentaram o ensino fundamental incompleto com 43,7%, sendo que uma paciente (1,4%) informou ser semi-analfabeta. Cabe observar que, para o nível de escolaridade referente ao nível superior, completo e incompleto, ocorreram duas pacientes (2,8%). Ainda quanto a escolaridade, em sua avaliação considerando o número de anos de estudo, a média foi de, aproximadamente, 6 anos de estudo (DP=3,5).

Quanto ao número de filhos, quatro pacientes (5,8%) informaram não ter filhos, enquanto que, sessenta e cinco (94,2%) informaram ter filhos. Dentre as que informaram ter filhos, a média foi de 3,4 filhos por pacientes (DP=1,8).

Tabela 4 - Medidas descritivas das características gerais da amostra

Variáveis	(n=71)
Idade** Δ	62,8 \pm 8,1
(mínimo – máximo)	(50 – 85)
Raça* \diamond	
Branco	60 (87,0)
Negro	9 (13,0)
Situação conjugal*	
Solteira (nunca casou)	5 (7,0)
Casada ou com companheiro	31 (43,7)
Separada/divorciada (sem companheiro atual)	13 (18,3)
Viúva	22 (31,0)
Mais alto nível de escolaridade*	
Semi-analfabeto	1 (1,4)
Ensino fundamental incompleto	38 (53,5)
Ensino fundamental completo	14 (19,7)
Ensino médio incompleto	11 (15,5)
Ensino médio completo	5 (7,0)
Curso superior incompleto	1 (1,4)
Curso superior completo	1 (1,4)
Número de anos de escolaridade** ∇	5,9 \pm 3,5
(mínimo – máximo)	(2 - 22)
Número de filhos** \blacklozenge	3,4 \pm 1,8
(mínimo – máximo)	(1 - 10)

** média \pm desvio padrão; * n(%); *** mediana (1° - 3° quartil) Δ Não respondeu: 1 (1,4%); \diamond Não respondeu: 2 (2,8%); ∇ Não respondeu: 6 (8,5%); \blacklozenge Não respondeu: 2 (2,8) e 4 (5,6%) informaram não ter filhos

De acordo com a figura 1, no tocante a ocupação das pacientes, verificou-se que cinquenta e sete (80,3%) informaram não trabalhar, sendo que, dentre essas, trinta e quatro (59,6%) se definiram como do lar enquanto que as vinte e três demais (40,4%) se definiram como sendo aposentadas. Entre as quatorze pacientes que informaram trabalhar sete (35,7%) informaram estar empregadas em tempo parcial.

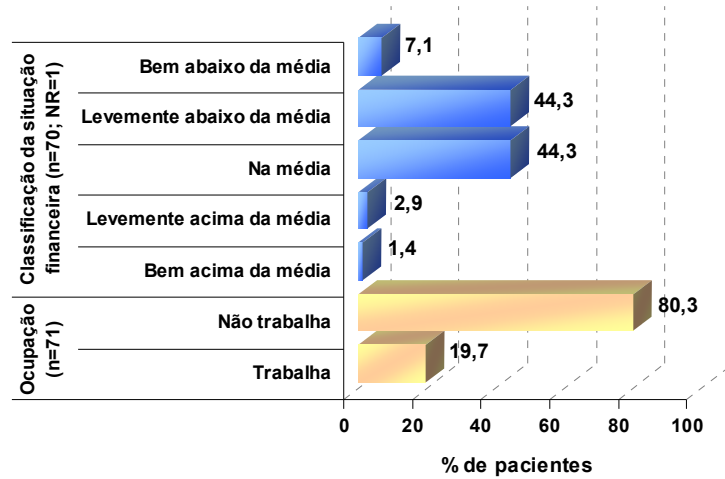


Figura 1 - Distribuição relativa da situação profissional e da classificação da situação financeira

5.2 CARACTERÍSTICAS DA DOENÇA E DO TRATAMENTO

Nas informações referentes as características da doença (figura 2), cinquenta e seis pacientes (81,2%) apresentaram tempo de tratamento superior a dois anos e três informaram tempo de tratamento inferior a um ano (4,3%). Quanto ao grau do câncer, trinta e duas pacientes (46,4%) foram caracterizadas como apresentando câncer de segundo grau enquanto que em quatro (5,7%) o grau do câncer foi caracterizado como sendo de primeiro grau.

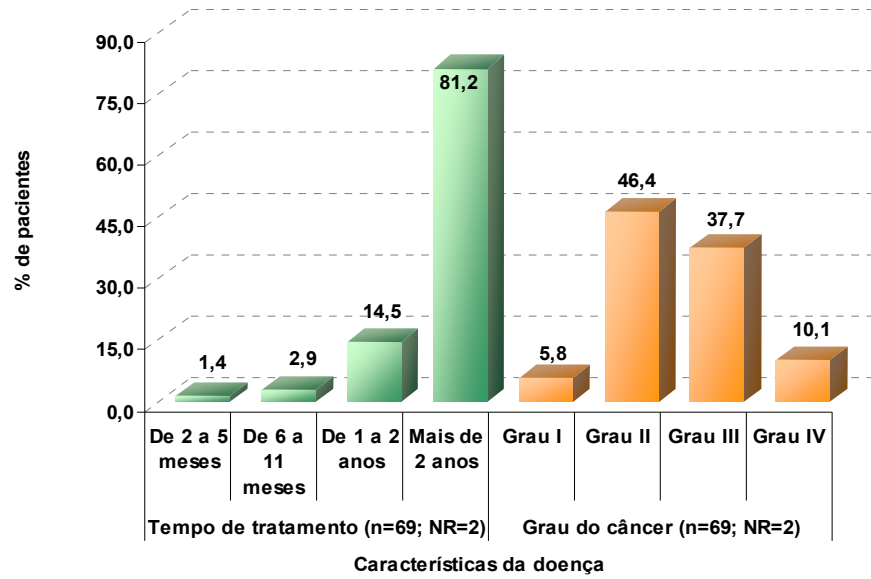
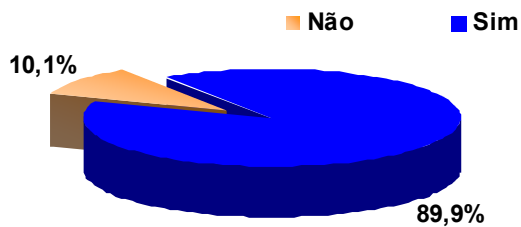


Figura 2 - Distribuição relativa do tempo de tratamento e grau do câncer

Este estudo levantou, também, informações referentes a algumas características do tratamento enfrentado pela paciente, e, conforme a figura 3, os dados apontam que sessenta e duas (89,9%) realizaram cirurgia e, dentre essas, o predomínio foi da cirurgia setorectomia que foi realizada por 30 pacientes (54,5%).

Realização de Cirurgia



Tipo de cirurgia realizada

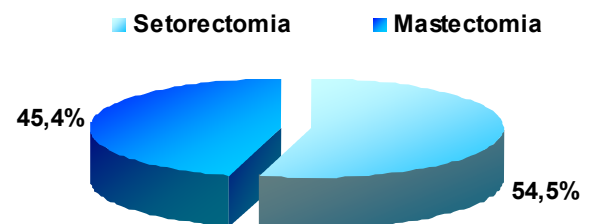


Figura 3 - Distribuição relativa da realização de cirurgias e do tipo de cirurgias realizadas

Das informações referentes ao tratamento das pacientes, cinquenta e nove (85,5%) informaram ter realizado QT, quatorze (29,2%) hormonioterapia e quarenta e oito (69,6%) RT. Entre aquelas que realizaram quimioterapia, o número de ciclos oscilou entre três e oito, sendo que vinte e oito (58,3%) realizaram a quimioterapia em oito ciclos e onze (22,9%) em três ciclos, o número máximo de ciclos, oito foi realizado por uma paciente (2,1%). No que diz respeito ao tratamento de RT, o número médio de sessões realizadas pelas pacientes foi de 23,5 (DP=8,6), onde os números mínimo e máximo foram de 5 e 35, respectivamente.

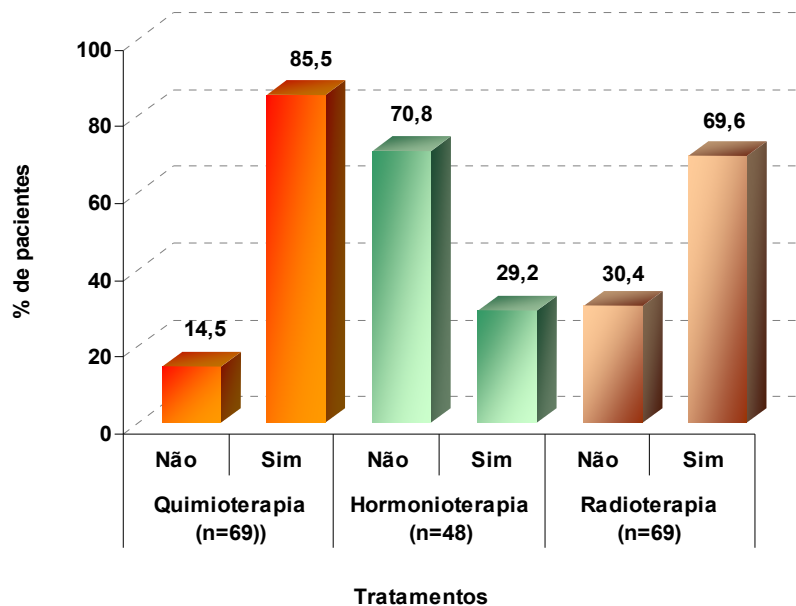


Figura 4 - Distribuição relativa da realização, ou não, dos tratamentos

5.3 QUALIDADE DE VIDA

Com base nos três instrumentos abordados nesse estudo, EORTC QLQ-30, BR-23 e WHOQOL-Bref, foram abordadas, para o total da amostra, as estatísticas descritivas, através das medidas de posição e de dispersão, as estimativas dos escores de cada instrumento, bem como a análise de confiabilidade de cada domínio investigado.

A determinação da confiabilidade e validade de um instrumento de medida utilizado em uma pesquisa é de grande importância porque aumenta as chances de generalização dos resultados da pesquisa para toda a população. Desse modo, a aferição da confiabilidade foi obtida utilizando-se o coeficiente de fidedignidade *Alpha de Cronbach* que mede o grau de consistência interna das medidas utilizadas para representar os grupos de variáveis pré-estabelecidos (domínios ou subescalas) compostos por mais de uma questão. Mais formalmente, “a confiabilidade representa o grau em que uma variável ou conjunto de variáveis é consistente no que ela está tentando medir”.⁴⁵ A consistência interna é determinada pela forma como os vários itens de uma escala variam, se medem a mesma informação a consistência é alta se não medem, a consistência pode ser até negativa. Se os vários itens de uma escala tendem a variar juntos em uma amostra, o grau de consistência interna é maior.⁴⁶ Os valores mínimos recomendados para este coeficiente oscilam entre 0,60 e 0,70.

Na amostra estudada, considerando as variáveis referentes ao instrumento EORTC QLQ 30 a análise do coeficiente *Alpha de Cronbach* para o domínio saúde e qualidade de vida global apresentou o valor de $\alpha=0,585$. Nos cinco domínios referentes a escala funcional o coeficiente *alpha de cronback* variou de -0,029, para o desempenho cognitivo, a 0,777 para o desempenho físico. Esta situação evidenciou que a variabilidade nas respostas mostrou algumas incoerências implicando em uma baixa correlação entre algumas questões no que se refere ao desempenho cognitivo. Para os demais domínios, tais como, cansaço (fadiga) e náusea (vômito) os coeficientes se mantiveram dentro dos padrões satisfatórios, segundo a literatura (tabela 2). No que diz respeito a escala de sintomas o domínio cansaço/fadiga apresentou o menor coeficiente, $\alpha=0,499$, enquanto o maior coeficiente foi obtido na dimensão dor/sofrimento com $\alpha=0,707$.

De acordo com a tabela 2, que apresenta as medidas de tendência central e de variabilidade dos escores relativos do instrumento EORTC QLQ 30, a média para a escala de saúde e qualidade de vida global foi de 76,6 (DP=16,3), já entre os demais domínios da escala funcional o maior escore médio foi alcançado pelo desempenho social com 87,8 (DP=15,6). Vale ainda salientar que neste domínio 50,0% das pacientes apresentaram escore superior a 100%.

Tabela 5 - Medidas de dispersão e de posição para os escores EORTC QLQ 30 e coeficiente de fidedignidade

Domínios EORTC QLQ 30	Média ± desvio padrão	Mediana (Q₁ – Q₃)	α[♦]
Escala de saúde e qualidade de vida global*	76,6 ± 16,3	75,0 (66,7 – 91,7)	0,585
Desempenho físico*	74,7 ± 20,7	80,0 (60,0 – 93,3)	0,777
Desempenho funcional*	70,9 ± 26,1	66,7 (50,0 – 100,0)	0,690
Desempenho cognitivo*	73,2 ± 17,7	66,7 (66,7 – 83,3)	-0,029
Desempenho emocional*	72,3 ± 21,9	83,3 (58,3 – 83,3)	0,724
Desempenho social*	87,8 ± 15,9	100,0 (83,3 – 100,0)	0,534
Dor - sofrimento†	22,1 ± 22,7	16,7 (0,0 – 33,3)	0,707
Cansaço - fadiga†	22,0 ± 16,3	22,2 (11,1 – 33,3)	0,499
Náusea e vômito†	3,8 ± 9,8	0,0 (0,0 – 0,0)	0,693
Dispnéia†	9,4 ± 22,0	0,0 (0,0 – 0,0)	-
Insônia†	26,7 ± 29,3	33,3 (0,0 – 33,3)	-
Perda de apetite†	9,4 ± 18,0	0,0 (0,0 – 33,3)	-
Constipação†	20,2 ± 27,3	0,0 (0,0 – 33,3)	-
Diarréia†	7,0 ± 21,0	0,0 (0,0 – 0,0)	-
Dificuldades financeiras†	24,4 ± 25,8	33,3 (0,0 – 33,3)	-

* Escores variam de 0-100, com altos escores representando alto nível funcional

† Escores variam de 0-100, com altos escores representando maior sintomatologia

♦ Coeficiente de fidedignidade *alpha de cromback* (consistência interna)

No que diz respeito a escala de sintomas, os maiores escores que correspondem as maiores sintomatologias, foram detectados nos domínios insônia, com um escore médio de 26,7 (DP=29,3), dor-sofrimento com um escore médio de 22,1 (DP=22,7) e cansaço-fadiga com escore médio de 22,0 (DP=16,3). Já, os menores escores médios, que correspondem as menores sintomatologias, ocorreram nos domínios náusea e vômito, com escore médio de 3,8 (DP=9,8), e diarréia onde o escore médio foi de 7,0 (DP=21,0). Cabe ainda salientar que, esses dois últimos domínios, com menores escores médios, juntamente com o domínio dispnéia, 75% das pacientes apresentaram escores iguais a zero.

Para a determinação da validade e confiabilidade referente ao instrumento de pesquisa BR-23, os domínios da escala funcional (que apresentaram mais de uma questão em sua composição) apresentaram coeficientes (*alpha de cromback*)

superiores a 0,800, indicando que o conjunto de respostas, de cada domínio, apresentaram grande coerência, implicando em um alto coeficiente de correlação entre as questões de cada domínio. Para a escala de sintomas, os coeficientes de fidedignidade não apresentaram uma coerência satisfatória, sendo que, seus valores oscilaram entre 0,430 e 0,480, indicando que a correlação entre as questões de cada domínio se mostrou fraca.

Tabela 6 - Medidas de dispersão e de posição para os escores e coeficiente de fidedignidade

Domínios BR-23	Média ± desvio padrão	Mediana (Q ₁ – Q ₃)	α ^e
Escala funcional*			
Imagem corporal♦	79,1 ± 23,5	83,3 (66,7 – 100,0)	0,8379
Função sexual♠	51,3 ± 34,3	33,3 (33,3 – 100,0)	0,9280
Prazer sexual♣	25,9 ± 26,9	33,3 (0,0 – 33,3)	-
Perspectivas futuras•	57,1 ± 33,9	66,7 (33,3 – 91,7)	-
Escala de sintomas†			
Efeitos colaterais terapia sistêmica□	29,3 ± 16,0	27,8 (19,0 – 33,3)	0,4840
Sintomas da mama⊖	15,4 ± 17,3	8,3 (0,0 – 16,7)	0,4879
Sintomas do braço∇	18,9 ± 18,8	11,1 (0,0 – 22,2)	0,4366
Queda de cabelo⊕	38,5 ± 37,9	33,3 (0,0 – 66,7)	-

* Escores variam de 0-100, com altos escores representando alto nível funcional

† Escores variam de 0-100, com altos escores representando maior sintomatologia e Coeficiente de fidedignidade Alpha de Cromback

Pacientes que não responderam as questões: ♦NR=15 (21,1%); ♠ NR=46 (64,8%); ♣ NR=53 (74,6%);

• NR=19 (26,8%); □ NR=0 (0,0%); ⊖ NR=1 (1,4%); ∇ NR=1 (1,4%); ⊕ NR=13 (18,3%).

Considerando as medidas de posição e de dispersão apresentadas na tabela 3, o maior escore médio relativo da escala funcional se verificou no domínio imagem corporal com o valor de 79,1 (DP=23,5), seguido do domínio perspectivas futuras com uma média de 57,1 (DP=33,9). Já, para a escala de sintomas os menores escores médios foram observados nos domínios sintomas da mama, com média de 15,4 (DP=17,3), e sintomas do braço onde o escore médio foi de 18,9 (DP=18,8).

Chama-se especial atenção para o número expressivo de pacientes que não responderam a determinadas questões referentes aos domínios prazer sexual (NR=53), função sexual (NR=46), perspectivas futuras (NR=19) e imagem corporal (NR=15), entre outras. No entanto, esta característica se mostrou condizente com a amostra estudada, pois foram abordadas pacientes com idade acima de 50 anos e, neste caso, entendeu-se que a vida sexual e as perspectivas futuras destas pacientes não apresentou relevância neste momento de sua vidas.

Na descrição das medidas de posição e de dispersão, bem como do coeficiente de confiabilidade para cada domínio do instrumento WHOQOL-Bref, pode-se observar, pela tabela 4, que as informações quanto a validade e confiabilidade do instrumento, os maiores valores no domínio qualidade de vida global, cujo valor foi de $\alpha=0,639$ e no domínio referente ao meio ambiente, $\alpha=0,648$.

Tabela 7 - Medidas de dispersão e de posição para os escores relativos WHOQOL-Bref e coeficiente de fidedignidade

Domínios WHOQOL-Bref	Média \pm desvio padrão	Mediana (Q ₁ – Q ₃)	α^e
Qualidade de vida global	62,6 \pm 12,2	65,1 (58,3 – 70,4)	0,6397
Físico	53,0 \pm 8,5	53,5 (46,1 – 57,1)	0,3684
Psicológico	54,2 \pm 9,1	54,1 (50,0 – 62,5)	0,5425
Relações pessoais	69,1 \pm 9,7	66,7 (65,6 – 75,0)	0,5187
Meio ambiente	54,3 \pm 10,9	56,2 (46,8 – 62,5)	0,6485

e - Coeficiente de fidedignidade Alpha de Cromback

Chama-se atenção para os baixos valores estimados para o coeficiente *alpha de Cronbach*, onde as maiores estimativas não se mostraram próximas o valor mínimo tolerável que é de 0,600. Baixos valores para o coeficiente *alpha de Cromback* sugerem baixa coerência nas respostas das questões que compõem o domínio, ou seja, ora a paciente responde uma questão com um valor alto ora responde uma questão equivalente, nesse mesmo domínio, com valor baixo.

Considerando os escores relativos para qualidade de vida, a maior estimativa ocorreu no domínio relações pessoais, com média de 69,1 (DP=9,7), enquanto o menor ficou com o domínio físico, com média de 53,0 (DP=8,5).

5.4 ESTADO FÍSICO DAS PACIENTES FRENTE AO TRATAMENTO

Na avaliação das condições do estado físico das pacientes, considerando os instrumentos EORTC QLQ 30 e WHOQOL-Bref, frente ao tratamento de QT, pode-se observar, pela tabela 5, que os escores médios apresentados pelo EORTC QLQ C-30 se mostraram superiores as escores médios do WHOQOL-Bref. No entanto, foi possível verificar que, nos dois instrumentos, o escore médio do grupo de pacientes que não realizaram QT se mostrou maior.

Considerando a comparação dos escores médios do domínio físico, entre os grupos que realizaram ou não o tratamento de QT, verificou-se que no instrumento EORTC QLQ C-30 não houve diferença estatisticamente significativa, mesmo que o grupo de pacientes que não realizou QT ter apresentando escores maiores que o grupo que realizou sim QT. O que, também, chama atenção são os valores de mínimo apresentados em cada grupo, onde o grupo que não realizou QT o escore mínimo foi de 60,0, enquanto que no grupo que realizou sim QT o escore mínimo foi de 20,0.

Quanto a comparação referente ao domínio físico do instrumento WHOQOL-Bref, foi identificada uma tendência de diferença significativa ($0,05 < p < 0,10$) entre os escores médios dos dois grupos onde, as pacientes do grupo que não realizou QT pode estar apresentando escore médio superior ao do grupo de pacientes que realizou sim quimioterapia.

Tabela 8 - Medidas de dispersão e de posição para os escores relativos do domínio físico dos instrumentos EORTC QLQ C-30 e WHOQOL-Bref, segundo o tratamento de quimioterapia

Domínio Físico	Quimioterapia		p ^e
	Sim (n=59)	Não (n=10)	
EORTC QLQ 30			
Média ± desvio padrão	74,1 ± 21,5	81,3 ± 15,6	0,315
Mediana (Q ₁ – Q ₃)	80,0 (60,0 – 93,3)	83,3 (65,0 – 94,9)	
Mínimo - máximo	20,0 – 100,0	60,0 – 100,0	
WHOQOL-Bref			
Média ± desvio padrão	52,5 ± 7,2	59,9 ± 10,7	0,076
Mediana (Q ₁ – Q ₃)	53,6 (46,4 – 57,1)	57,1 (50,0 – 67,8)	
Mínimo - máximo	39,3 – 71,4	46,4 – 78,6	

^e Teste t-Student para amostras independentes, assumindo igualdade de variâncias

Avaliando os escores dos grupos de pacientes que realizaram ou não RT, pode-se observar pela tabela 6, que os escores médios para o domínio físico apresentados pelo instrumento EORTC QLQ 30, se mostraram superiores ao do instrumento WHOQOL-Bref. No entanto, comparando, em cada instrumento, os escores médios entre as pacientes que realizaram ou não radioterapia, pode-se verificar que as diferenças não se mostraram estatisticamente significativas, ou seja, os dois grupos apresentaram escores médios semelhantes.

Tabela 9 - Medidas de dispersão e de posição para os escores relativos do domínio físico dos instrumentos EORTC QLQ C-30 e WHOQOL-Bref, segundo o tratamento de RT

Domínio Físico	Radioterapia		p ^e
	Sim (n=48)	Não (n=21)	
EORTC QLQ C-30			
Média ± desvio padrão	76,7 ± 20,1	71,7 ± 22,6	0,369
Mediana (Q ₁ – Q ₃)	83,4 (66,7 – 93,3)	80,0 (56,6 -90,0)	
Mínimo - máximo	26,7 – 100,0	20,0 – 100,0	
WHOQOL-Bref			
Média ± desvio padrão	52,7 ± 7,3	55,3 ± 9,5	0,232
Mediana (Q ₁ – Q ₃)	53,6 (46,4 – 57,1)	53,6 (50,0 – 60,7)	
Mínimo - máximo	39,3 – 67,8	39,3 – 60,7	

^e Teste t-Student para amostras independentes, assumindo igualdade de variâncias

Para o tratamento de HT as comparações dos escores médios do domínio físico entre os grupos que realizaram ou não o esse tratamento, se mostraram mais relevantes do que nos outros dois tratamentos comparados. Nos resultados do instrumento EORTC QLQ 30 (tabela 7) foi detectada significância limítrofe ($0,05 < p < 0,10$) sugerindo que, as pacientes que realizaram HT devam apresentar escores médios maiores que o grupo que não realizou esse tratamento. Já no instrumento WHOQOL-Bref a conclusão se mostrou inversa onde, o grupo de pacientes que não realizou quimioterapia é que apresentou escores médios significativamente superiores ao grupo que realizou esse tratamento ($p < 0,01$).

Tabela 10 - Medidas de dispersão e de posição para os escores relativos do domínio físico dos instrumentos EORTC QLQ C-30 e WHOQOL-Bref, segundo o tratamento de HT

Domínio Físico	Hormonioterapia		p
	Sim (n=14)	Não (n=34)	
EORTC QLQ C-30			
Média ± desvio padrão	81,4 ± 13,4	72,5 ± 22,7	0,100 ^o
Mediana (Q ₁ – Q ₃)	86,7 (66,7 – 93,3)	80,0 (53,3 – 93,3)	
Mínimo - máximo	60,0 – 100,0	26,7 – 100,0	
WHOQOL-Bref			
Média ± desvio padrão	48,6 ± 6,6	55,1 ± 6,1	0,002 [◇]
Mediana (Q ₁ – Q ₃)	50,0 (42,8 – 53,4)	53,7 (50,0 – 58,0)	
Mínimo - máximo	42,8 – 60,7	42,0 – 67,8	

^o Teste t-Student para amostras independentes, assumindo variâncias diferentes

[◇] Teste t-Student para amostras independentes, assumindo variâncias iguais

5.5 ESTADO EMOCIONAL DAS PACIENTES FRENTE AO TRATAMENTO

Avaliando as condições do estado emocional das pacientes, considerando os instrumentos EORTC QLQ 30, BR-23 (escala funcional) e WHOQOL-Bref, frente ao tratamento de QT, pode-se observar pela tabela 103, que nos escores médios apresentados pelo EORTC QLQ C-30 não foi detectada diferença estatisticamente significativa entre o grupo que realizou e o grupo que não realizou AT. Quanto aos escores médios referentes ao instrumento WHOQOL-Bref foi detectada significância limítrofe ($0,05 < p < 0,10$), sugerindo que, o grupo de pacientes que realizou a QT deva apresentar um escore médio superior ao do grupo de pacientes que não realizou QT.

Nas comparações referentes ao desempenho emocional do instrumento BR-23, foram comparados os escores médios dos domínios imagem corporal, função e prazer sexual e perspectivas futuras. Levando em consideração o elevado número de ausência de respostas apresentados pelas respondentes, o que implicou em um número muito pequeno de pacientes em pelo menos um dos grupos, a comparação

dos escores entre os grupo de pacientes que realizou, ou não, o tratamento de QT, seguiu a linha Não-paramétrica sendo utilizado o Teste de Mann-Whitney.

De acordo com a figura 5, é possível verificar que, apesar das diferenças expressivas entre alguns escores médios de determinados domínios, nenhuma das comparações da escala funcional do instrumento BR-23 apresentou diferença significativa entre o grupo de pacientes que realizou QT e o grupo que não realizou. A maior diferença entre os escores médios foi observada no domínio perspectivas futuras, onde os escores das pacientes que realizaram quimioterapia se mostraram mais elevados que os escores do grupo de pacientes que não realizou QT, no entanto, em função da alta variabilidade (desvio padrão) a diferença entre os dois grupos não se configurou.

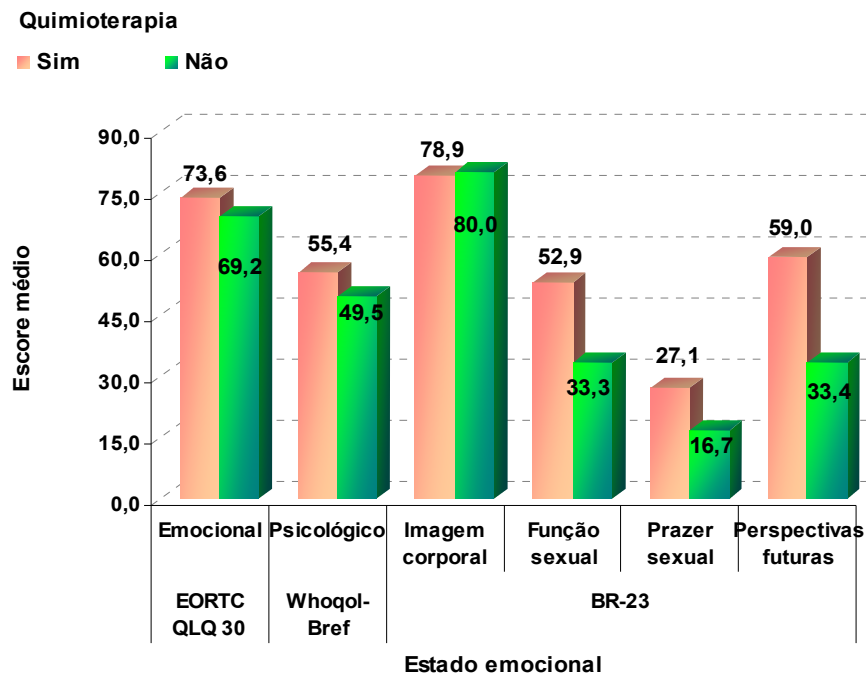


Figura 5: Escore médio dos domínios que descrevem o estado emocional nos instrumentos EORTC QLQ 30, BR-23 e WHOQOL-Bref, segundo a realização, ou não, do tratamento de QT

Nos resultados referentes a comparação dos escores médios em relação ao tratamento de HT, também, não foram detectadas diferença significativas. A maior

diferença entre os escores médios ocorreu na subescala perspectivas futuras, mas a significância não foi alcançada.

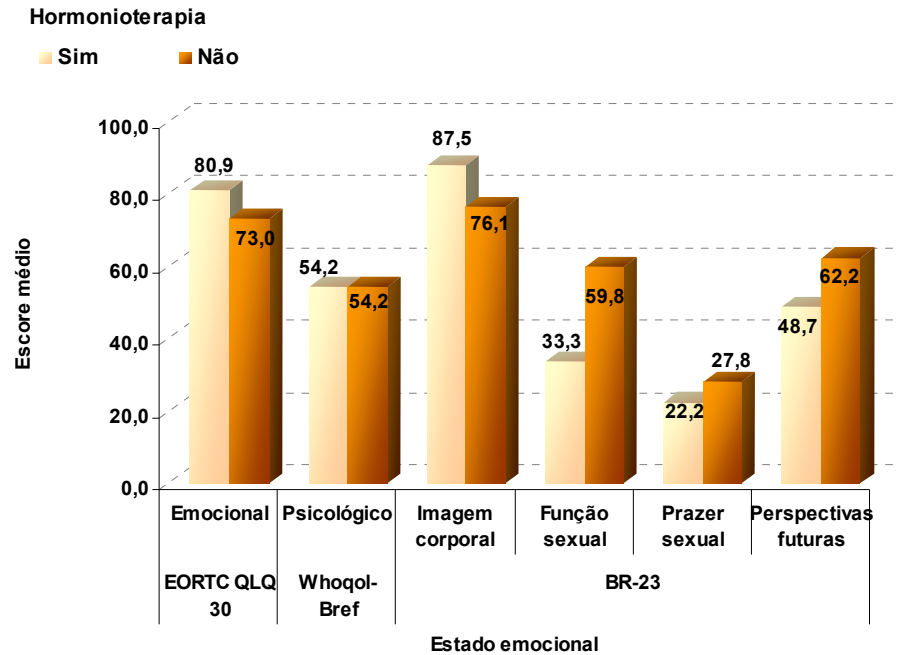


Figura 6: Escore médio dos domínios que descrevem o estado emocional nos instrumentos EORTC QLQ 30, BR-23 e WHOQOL-Bref, segundo a realização, ou não, do tratamento de HT

Comparando os escores médios dos domínios referentes ao desempenho emocional, em relação ao tratamento de RT, não foram detectada diferença significativas. A maior diferença se deu entre os escores médios do domínio função sexual onde as pacientes que realizaram o tratamento de RT apresentaram escores maiores que as pacientes que não realizaram esse tratamento.

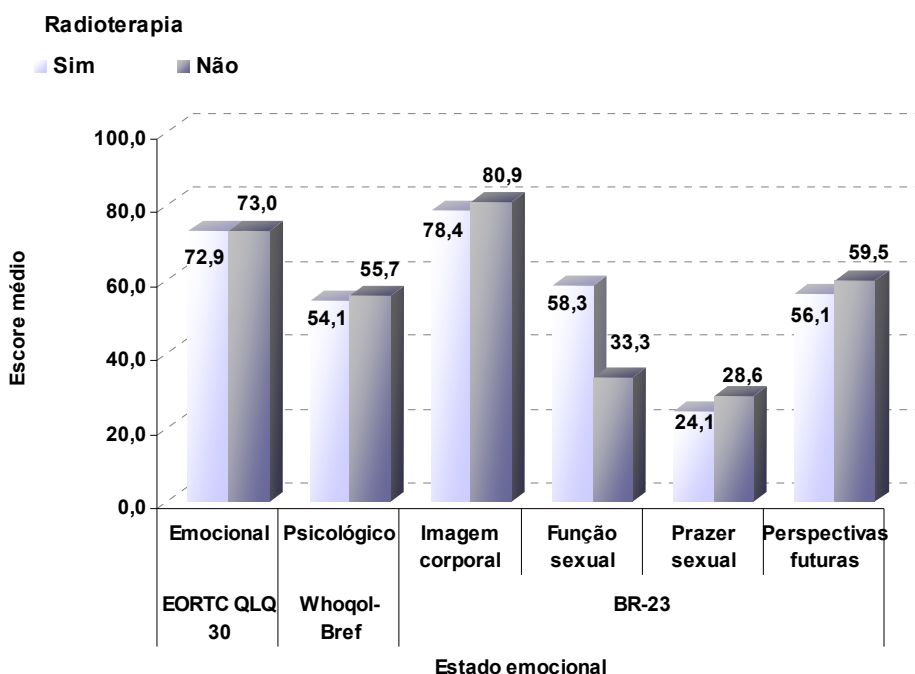


Figura 7: Escore médio dos domínios que descrevem o estado emocional nos instrumentos EORTC QLQ 30, BR-23 e WHOQOL-Bref, segundo a realização, ou não, do tratamento de RT

5.6 OUTROS DOMÍNIOS COMPARADOS FRENTE AO TRATAMENTO

Para a comparação dos escores médios obtidos segundo a realização ou não de cirurgia pelas pacientes, foi implementado o teste t-Student, pois temos dois grupos independentes. Conforme os resultados do teste t-Student, devemos acreditar que não existe diferença estatística significativa entre os escores médios, de cada dimensão do EORTC QLQ 30, segundo a realização ou não de cirurgia. A maior variabilidade entre os escores médios foi detectada na dimensão dor e sofrimento onde o grupo que realizou cirurgia (23,7) apresentou escore médio superior ao do grupo de pacientes que não realizaram cirurgia (9,5). Apesar da diferença expressiva entre os escores dos dois grupos a diferença não se configurou em função em função da alta variabilidade ocorrida no grupo que não realizou cirurgia, além do fato desse grupo apresentar um número pequeno de pacientes.

Tabela 11 - Média e desvio padrão para os domínios EORTC QLQ C-30 segundo a realização ou não de cirurgia

Domínios EORTC QLQ 30	Cirurgia [◊]		t _{calc}	P [♦]
	Sim (n=62)	Não (n=7)		
Escala de saúde e qualidade de vida global*	76,1 (16,0)	79,8 (20,9)	-0,562	0,576
Desempenho físico*	74,3 (20,4)	82,8 (24,3)	-1,029	0,307
Desempenho funcional*	70,7 (26,6)	78,6 (23,0)	-0,751	0,455
Desempenho cognitivo*	73,1 (17,9)	78,6 (15,8)	-0,768	0,445
Desempenho emocional*	71,9 (22,0)	82,1 (14,8)	-1,198	0,235●
Desempenho social*	87,9 (15,7)	90,5 (13,1)	-0,415	0,679
Dor - sofrimento†	23,7 (23,1)	9,5 (18,9)	1,558	0,124●
Cansaço - fadiga†	22,2 (15,6)	19,0 (18,9)	0,501	0,618
Náusea e vômito†	3,8 (9,7)	4,8 (12,6)	-0,249	0,804
Dispnéia†	7,5 (18,5)	9,5 (25,2)	-0,262	0,794●
Insônia†	26,8 (30,3)	28,6 (23,0)	-0,151	0,881
Perda de apetite†	9,7 (18,5)	9,5 (16,2)	0,021	0,983
Constipação†	21,5 (28,4)	9,5 (16,2)	1,093	0,278●
Diarréia†	5,9 (18,6)	19,0 (37,8)	-0,907	0,398●
Dificuldades financeiras†	25,3 (26,8)	19,0 (17,8)	0,599	0,551●

* Escores variam de 0-100, com altos escores representando alto nível funcional

† Escores variam de 0-100, com altos escores representando maior sintomatologia

◊ Valores expressos na forma média (desvio padrão); ● Teste t-Student assumindo variâncias diferentes; ♦ Teste t-Student assumindo variâncias iguais;

Comparando os escores dos domínios BR-23 em relação a realização, ou não, de cirurgia pode-se observar, pela tabela 9, que tanto na escala funcional como na escala de sintomas não foram detectadas diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$) entre os dois grupos. No entanto foi possível verificar que no domínio prazer sexual as pacientes que não realizaram cirurgia apresentaram um escore relativo superior ao das pacientes que realizaram sim cirurgia ($p = 0,119$).

Outra diferença que se mostrou expressiva no estudo ocorreu na escala de sintomas no domínio queda de cabelo onde, as pacientes que realizaram sim cirurgia apresentaram um escore superior ao daquelas que não realizaram cirurgia.

Tabela 12 - Média e desvio padrão para os domínios BR-23, segundo o tempo de tratamento

Domínios BR-23	Cirurgia [◇]		p [△]
	Sim	Não	
Imagem corporal*	77,4 (23,1)	90,5 (25,2)	0,233
Função sexual*	50,7 (36,2)	55,7 (19,3)	0,739
Prazer sexual*	17,7(17,2)	66,7 (33,4)	0,119
Perspectivas futuras*	50,0 (34,5)	57,2 (31,7)	0,993
Efeitos colaterais terapia sistêmica†	29,7 (16,8)	24,5 (7,5)	0,416
Sintomas da mama†	15,4 (18,2)	14,2 (6,3)	0,734
Sintomas do braço†	19,1 (19,4)	14,3 (10,6)	0,519
Queda de cabelo†	41,2 (37,5)	22,2 (40,4)	0,250

* Escores variam de 0-100, com altos escores representando alto nível funcional

† Escores variam de 0-100, com altos escores representando maior sintomatologia

◇ Valores expressos na forma média (desvio padrão)

△ Teste de Mann Whitney

No que diz respeito as comparações realizadas em, relação aos escores médios do questionário WHOQOL-Bref (tabela 10), não foi detectada diferença estatística significativa. A maior variabilidade foi observada no domínio físico (p=0,115), onde o grupo de pacientes que realizou cirurgia apresentou escore médio superior ao do grupo de pacientes que não realizou cirurgia.

Tabela 13 - Média e desvio padrão para os domínios WHOQOL-Bref segundo a realização ou não de cirurgia

Domínios WHOQOL-Bref	Cirurgia [◊]		t _{calc}	p [♦]
	Sim (n=62)	Não (n=7)		
Qualidade de vida global	62,4 (12,4)	65,1 (11,0)	-0,549	0,585
Domínio físico	54,0 (8,1)	49,0 (5,7)	1,597	0,115
Domínio psicológico	54,4 (8,8)	56,5 (10,4)	-0,605	0,547
Relações pessoais	69,1 (9,7)	71,4 (11,6)	-0,601	0,550
Meio ambiente	54,5 (10,5)	56,3 (13,3)	-0,417	0,678

^v Valores expressos na forma média (desvio padrão); [♦] Teste t-Student assumindo variâncias iguais;

Para a comparação dos escores médios obtidos segundo o tipo de cirurgia pelas pacientes, foi implementado o teste t-Student, pois temos dois grupos independentes (setorectomia e mastectomia) a serem comparados. E, de acordo com os resultados da análise (tabela 11), devemos acreditar que existe diferença estatística significativa entre os escores médios dos domínios constipação e desempenho cognitivo.

Tabela 14 - Média e desvio padrão para os domínios EORTC QLQ C-30 segundo o tipo de cirurgia realizada

Domínios EORTC QLQ 30	Tipo de cirurgia [◇]		t _{calc}	p [◆]
	Setorectomia (n=30)	Mastectomia (n=25)		
Escala de saúde e qualidade de vida global*	76,9 (17,3)	76,7 (15,8)	0,062	0,951◆
Desempenho físico*	74,7 (18,0)	76,0 (22,6)	-0,244	0,808◆
Desempenho funcional*	72,2 (27,4)	69,3 (27,5)	0,388	0,699◆
Desempenho cognitivo*	69,5 (17,5)	78,7 (17,0)	-1,967	0,054◆
Desempenho emocional*	72,8 (20,9)	70,7 (24,1)	0,348	0,729◆
Desempenho social*	86,7 (15,4)	88,0 (17,7)	-0,300	0,766◆
Dor - sofrimento†	25,0 (20,4)	23,3 (28,0)	0,255	0,800●
Cansaço - fadiga†	22,6 (16,1)	20,9 (16,8)	0,383	0,703
Náusea e vômito†	3,3 (9,2)	3,3 (9,6)	0,001	1,000◆
Dispneia†	5,6 (15,4)	10,7 (23,0)	-0,982	0,331●
Insônia†	31,1 (32,7)	22,2 (27,2)	1,069	0,290◆
Perda de apetite†	7,8 (14,3)	10,7 (23,0)	-0,569	0,572●
Constipação†	30, (34,3)	13,3 (19,2)	2,161	0,035◆
Diarréia†	6,7 (22,1)	6,7 (16,7)	0,000	1,000●
Dificuldades financeiras†	24,4 (27,6)	29,3 (27,8)	-0,653	0,516◆

* Escores variam de 0-100, com altos escores representando alto nível funcional

† Escores variam de 0-100, com altos escores representando maior sintomatologia

◇ Valores expressos na forma média (desvio padrão); ◆ Teste t-Student assumindo variâncias iguais;

● Teste t-Student assumindo variâncias diferentes

Para o domínio constipação evidenciou-se que, as pacientes que realizaram cirurgia do tipo setorectomia apresentaram escore médio significativamente superior ao das pacientes que realizaram cirurgia do tipo mastectomia ($p < 0,05$). Já para o domínio desempenho cognitivo foi evidenciado que, as pacientes que realizaram cirurgia do tipo mastectomia apresentaram escore médio significativamente superior ao das pacientes que realizaram cirurgia do tipo setorectomia ($p \leq 0,05$).

Nas demais dimensões avaliadas não foram detectadas diferenças significativas entre os escores médios.

Na comparação dos escores, em relação ao tipo de cirurgia, nos domínios do instrumento BR-23 (tabela 12), não foram detectadas diferenças significativas, ou seja, os escores se mostraram semelhantes entre os dois grupos comparados.

Tabela 15 - Média e desvio padrão para os domínios BR-23 segundo o tipo de cirurgia

Domínios BR-23	Tipo de cirurgia [◇]		p [△]
	Setorectomia	Mastectomia	
Imagem corporal*	75,8 (20,0)	77,5 (27,2)	0,447
Função sexual*	51,6 (33,7)	47,9 (44,9)	0,569
Prazer sexual*	19,0 (17,8)	13,3 (18,2)	0,575
Perspectivas futuras*	59,3 (35,3)	58,3 (37,3)	0,952
Efeitos colaterais terapia sistêmica†	30,1 (18,9)	29,8 (15,9)	0,832
Sintomas da mama†	13,2 (19,5)	18,2 (17,7)	0,130
Sintomas do braço†	19,2 (20,4)	20,8 (19,7)	0,713
Queda de cabelo†	48,5 (39,5)	36,5 (36,9)	0,305

* Escores variam de 0-100, com altos escores representando alto nível funcional

† Escores variam de 0-100, com altos escores representando maior sintomatologia

◇ Valores expressos na forma média (desvio padrão)

△ Teste de Mann Whitney

No que diz respeito as comparações realizadas em, relação aos escores médios do questionário WHOQOL-Bref, não foi detectada diferença estatística significativa. O que podemos observar, segundo a tabela 13, é que os escores médios se mostraram muito semelhantes.

Tabela 16 - Média e desvio padrão para os domínios WHOQOL-Bref segundo o tipo de cirurgia

Domínios WHOQOL-Bref	Tipo de Cirurgia [◊]		t _{calc}	p [♦]
	Setorectomia (n=29)	Mastectomia (n=25)		
Qualidade de vida global	63,3 (11,4)	62,8 (12,1)	0,149	0,882
Domínio físico	54,6 (8,0)	54,6 (9,1)	-0,006	0,995
Domínio psicológico	53,5 (9,1)	55,7 (9,2)	-0,880	0,383
Relações pessoais	69,7 (9,1)	68,3 (10,2)	0,514	0,610
Meio ambiente	54,5 (10,9)	54,5 (10,4)	0,014	0,989

[◊] Valores expressos na forma média (desvio padrão); [♦] Teste t-Student assumindo variâncias iguais;

Nas comparações dos escores do instrumento EORTC QLQ 30 referentes ao tratamento de QT, de acordo com a tabela 14, que compara os escores médios do questionário EORTC QLQ C-30 segundo a presença ou ausência do tratamento que QT, podemos observar que existem diferenças expressivas entre o dois grupos investigados, no entanto, em função da alta variabilidade e do pequeno tamanho de amostra no grupo que não realizou a quimioterapia, as diferenças significativas não se configuraram.

Tabela 17 - Média e desvio padrão para os domínios EORTC QLQ C-30 segundo o tratamento de quimioterapia

Domínios EORTC QLQ 30	Quimioterapia [◊]		t _{calc}	p
	Sim (n=59)	Não (n=10)		
Escala de saúde e qualidade de vida global*	76,0 (15,7)	79,2 (20,9)	-0,564	0,575♦
Desempenho físico*	74,1 (21,5)	81,3 (15,6)	-1,012	0,315●
Desempenho funcional*	71,2 (26,8)	73,3 (23,8)	-0,236	0,814♦
Desempenho cognitivo*	73,7 (18,4)	73,3 (14,0)	0,064	0,949♦
Desempenho emocional*	73,6 (21,3)	69,2 (23,6)	0,599	0,551♦
Desempenho social*	89,0 (14,7)	83,3 (19,2)	1,071	0,288♦
Dor - sofrimento†	24,3 (23,6)	10,0 (14,0)	1,851	0,069♦
Cansaço - fadiga†	22,8 (15,8)	16,7 (15,9)	1,133	0,261♦
Náusea e vômito†	4,0 (9,9)	3,3 (10,5)	0,182	0,856♦
Dispnéia†	7,9 (18,9)	6,7 (21,1)	0,188	0,852♦
Insônia†	23,6 (25,8)	46,7 (42,2)	-1,680	0,123●
Perda de apetite†	10,2 (18,8)	6,7 (14,0)	0,561	0,577♦
Constipação†	18,6 (25,7)	30,0 (36,7)	-1,211	0,230♦
Diarréia†	7,9 (22,6)	3,3 (10,5)	0,626	0,533●
Dificuldades financeiras†	23,2 (25,0)	33,3 (31,4)	-1,146	0,256●

* Escores variam de 0-100, com altos escores representando alto nível funcional

† Escores variam de 0-100, com altos escores representando maior sintomatologia

◊ Valores expressos na forma média (desvio padrão); ♦ Teste t-Student assumindo variâncias iguais;

● Teste t-Student assumindo variâncias diferentes

Apesar da alta variabilidade (desvio padrão) observada nos dos grupos foi detectada significância limítrofe no domínio dor-sofrimento ($0,05 < p < 0,10$), onde os dados sugerem que, as pacientes que realizaram QT apresentaram escores médios superiores ao das pacientes que não realizaram QT. Também chama atenção as diferenças observadas nos domínios insônia e constipação, onde as pacientes que não realizaram QT estão apresentando escores médios expressivamente superiores

aos apresentados pelas pacientes que realizaram QT no entanto a diferença significativa não se configura em função da alta variabilidade.

Considerando a comparação dos escores do instrumento BR-23, referentes ao tratamento de QT, foram observadas, segundo a tabela 15, duas diferenças estatisticamente significativas relacionadas a escala de sintomas. Nos domínios efeitos colaterais da terapia sistêmica ($p < 0,01$) e sintomas da mama ($p < 0,05$), podemos acreditar que, as pacientes que realizaram QT apresentaram escores significativamente maiores do que as pacientes que não realizaram.

Tabela 18 - Média e desvio padrão para os domínios BR-23 segundo o tipo de cirurgia

Domínios BR-23	Quimioterapia [◇]		p [△]
	Sim	Não	
Imagem corporal*	78,9 (23,8)	80,0 (21,7)	0,978
Função sexual*	52,8 (35,4)	33,0 (0,0)	0,525
Prazer sexual*	27,1 (27,8)	16,6 (23,5)	0,641
Perspectivas futuras*	59,0 (33,2)	33,4 (38,5)	0,185
Efeitos colaterais terapia sistêmica†	31,4 (14,7)	16,4 (18,8)	0,002
Sintomas da mama†	16,9 (18,1)	5,9 (6,8)	0,026
Sintomas do braço†	18,0 (15,8)	22,2 (31,4)	0,527
Queda de cabelo†	39,0 (37,4)	41,6 (50,0)	0,974

* Escores variam de 0-100, com altos escores representando alto nível funcional

† Escores variam de 0-100, com altos escores representando maior sintomatologia

◇ Valores expressos na forma média (desvio padrão)

△ Teste de Mann Whitney

Segundo os resultados obtidos na comparação dos escores médios do questionário WHOQOL-Bref (tabela 16) em relação ao grupo de pacientes que realizaram ou não quimioterapia, não foram observadas diferenças significativas, no entanto, foram detectadas duas significâncias limítrofes referentes aos domínios físico e psicológico ($0,05 < p < 0,10$).

Tabela 19 - Média e desvio padrão para os domínios WHOQOL-Bref segundo a realização de QT

Domínios WHOQOL-Bref	Quimioterapia [◇]		t _{calc}	p
	Sim (n=59)	Não (n=9)		
Qualidade de vida global	62,4 (12,3)	65,0 (11,5)	-0,614	0,541♦
Domínio físico	52,5 (7,2)	59,9 (10,7)	-2,004	0,076●
Domínio psicológico	55,4 (8,5)	49,5 (10,5)	1,850	0,069♦
Relações pessoais	68,7 (9,3)	73,1 (13,0)	-1,264	0,211♦
Meio ambiente	54,4 (10,7)	56,3 (11,3)	-0,481	0,632♦

[◇] Valores expressos na forma média (desvio padrão); ● Teste t-Student assumindo variâncias diferentes; ♦ Teste t-Student assumindo variâncias iguais;

No domínio físico, as pacientes que não realizaram QT tendem a apresentar escore médio superior ao das pacientes que realizaram sim QT, enquanto que, para o domínio psicológico as pacientes que realizaram QT estão tendendo a apresentar um escore superior ao das pacientes que não realizaram QT.

Nas informações referentes a comparação dos escores do instrumento EORTC QLQ 30 em relação a presença ou ausência do tratamento que RT (tabela 17), podemos observar que, apesar das diferenças expressivas apresentadas nas comparações de alguns domínios, foi detectada uma diferença estatística significativa no domínio desempenho social ($p < 0,05$), onde o grupo das pacientes que realizaram RT apresentou um escore médio significativamente superior ao das pacientes que não realizaram radioterapia.

Tabela 20 - Média e desvio padrão para os domínios EORTC QLQ C-30 segundo o tratamento de QT

Domínios EORTC	Radioterapia		t _{calc}	p
	Sim (n=48)	Não (n=21)		
Escala de saúde e qualidade de vida global*	76,6 (17,1)	76,2 (15,2)	0,086	0,932♦
Desempenho físico*	76,7 (20,1)	71,7 (22,6)	0,904	0,369♦
Desempenho funcional*	71,9 (26,4)	70,6 (26,3)	0,180	0,857♦
Desempenho cognitivo*	73,6 (18,1)	73,8 (17,1)	-0,041	0,968♦
Desempenho emocional*	72,9 (22,0)	73,0 (20,7)	-0,017	0,986♦
Desempenho social*	90,6 (13,7)	82,5 (17,8)	2,050	0,044♦
Dor - sofrimento†	20,8 (21,9)	25,4 (25,6)	-0,755	0,453♦
Cansaço - fadiga†	21,5 (16,9)	22,7 (13,4)	-0,292	0,771♦
Náusea e vômito†	4,2 (10,0)	3,2 (10,0)	0,380	0,705♦
Dispneia†	9,7 (21,7)	3,2 (10,0)	1,714	0,091●
Insônia†	28,4 (31,1)	23,8 (26,1)	0,585	0,560♦
Perda de apetite†	7,6 (18,5)	14,3 (16,9)	-1,407	0,164♦
Constipação†	18,7 (27,4)	23,8 (28,2)	-0,699	0,487♦
Diarréia†	6,9 (22,8)	7,9 (18,0)	-0,176	0,861
Dificuldades financeiras†	25,7 (26,8)	22,2 (24,3)	0,508	0,613♦

* Escores variam de 0-100, com altos escores representando alto nível funcional

† Escores variam de 0-100, com altos escores representando maior sintomatologia

◇ Valores expressos na forma média (desvio padrão); ♦ Teste t-Student assumindo variâncias iguais;

● Teste t-Student assumindo variâncias diferentes

Também foi detectada uma significância limítrofe no domínio dispneia, onde os dados sugerem que a o grupo das pacientes que realizou radioterapia deva apresentar um escore médio maior que o grupo das pacientes que não realizaram RT ($0,05 < p < 0,10$).

Chama atenção que as diferenças expressivas entre os escores médios dos domínios perda de apetite, constipação, insônia, desempenho físico e dor-sofrimento, as diferenças estatisticamente significativas não se configuraram em função do alto valor do desvio padrão. Talvez com uma amostra de maior tamanho seria possível reduzir a alta variabilidade e, desta forma, obter diferença significativa.

Considerando o resultado comparativo dos escores do instrumento BR-23, foi detectada uma diferença estatisticamente significativa, quanto a realização ou não de RT, em relação ao domínio sintomas do braço ($p < 0,05$), onde as pacientes que não realizaram RT apresentaram escores significativamente maiores que as pacientes que realizaram sim radioterapia.

Tabela 21 - Média e desvio padrão para os domínios BR-23 segundo o tratamento de radioterapia

Domínios BR-23	Radioterapia [◇]		p [△]
	Sim	Não	
Imagem corporal*	78,4 (24,7)	80,9 (19,7)	0,984
Função sexual*	58,3 (36,3)	33,2 (21,5)	0,150
Prazer sexual*	24,2 (21,6)	28,5 (35,6)	0,960
Perspectivas futuras*	56,1 (32,9)	59,5 (37,4)	0,731
Efeitos colaterais terapia sistêmica†	30,6 (18,4)	26, (8,6)	0,454
Sintomas da mama†	15,4 (18,6)	15,2 (14,4)	0,692
Sintomas do braço†	15,2 (17,3)	26,4 (19,7)	0,010
Queda de cabelo†	36,6 (39,3)	45,8 (34,2)	0,268

* Escores variam de 0-100, com altos escores representando alto nível funcional

† Escores variam de 0-100, com altos escores representando maior sintomatologia

◇ Valores expressos na forma média (desvio padrão)

△ Teste de Mann Whitney

Na comparação dos escores médios do instrumento WHOQOL-Bref (tabela 19) foi detectada diferença estatística significativa no domínio relações pessoais, onde o escore médio do grupo que não realizou RT se mostrou significativamente superior ao escore médio apresentados pelo grupo de pacientes que realizou sim radioterapia ($p < 0,05$).

Tabela 22 - Média e desvio padrão para os domínios WHOQOL-Bref segundo a realização de QT

Domínios WHOQOL-Bref	Radioterapia [◊]		t _{calc}	p [♦]
	Sim (n=47)	Não (n=21)		
Qualidade de vida global	62,5 (12,4)	63,2 (12,0)	0,236	0,814
Domínio físico	52,7 (7,3)	55,3 (9,5)	-1,207	0,232
Domínio psicológico	54,1 (10,0)	55,8 (6,2)	-0,875	0,385●
Relações pessoais	67,5 (8,8)	73,4 (11,1)	-2,381	0,020
Meio ambiente	53,5 (10,1)	57,3 (11,6)	-1,386	0,170

[◊] Valores expressos na forma média (desvio padrão); ● Teste t-Student assumindo variâncias diferentes; ♦ Teste t-Student assumindo variâncias iguais;

Na abordagem do tratamento de HT, a comparação dos escores do instrumento EORTC QLQ 30, conforme consta na tabela 20, que compara os escores médios segundo realização ou não da HT, podemos observar que foi detectada uma diferença estatisticamente significativa no domínio constipação ($p < 0,05$), onde as pacientes que não realizaram HT apresentaram escore médio significativamente superior ao das pacientes que realizaram sim HT. Também foi detectada uma significância limítrofe ($p = 0,010$), no domínio referente ao desempenho físico, sugerindo que, as pacientes que realizaram HT podem estar apresentando escores maiores que as pacientes que não realizaram este tratamento.

Tabela 23 - Média e desvio padrão para os domínios EORTC QLQ C-30 segundo o tratamento de HT

Domínios EORTC QLQ 30	Hormonioterapia [◊]		t _{calc}	p
	Sim (n=14)	Não (n=34)		
Escala de saúde e qualidade de vida global*	76,7 (16,4)	77,4 (18,6)	-0,118	0,907♦
Desempenho físico*	81,4 (13,3)	72,5 (22,7)	1,683	0,100●
Desempenho funcional*	78,6 (28,8)	70,6 (25,6)	0,947	0,348♦
Desempenho cognitivo*	70,2 (13,3)	75,0 (19,3)	-0,974	0,337●
Desempenho emocional*	80,9 (16,2)	73,0 (21,6)	1,236	0,223♦
Desempenho social*	96,4 (7,1)	91,7 (14,4)	1,530	0,133●
Dor - sofrimento†	21,4 (20,0)	21,6 (23,7)	-0,018	0,986♦
Cansaço - fadiga†	19,0 (15,9)	23,8 (17,7)	-0,877	0,385♦
Náusea e vômito†	3,5 (9,6)	3,9 (10,0)	-0,110	0,913♦
Dispnéia†	7,1 (14,2)	11,7 (24,5)	-0,661	0,512♦
Insônia†	21,4 (24,8)	28,4 (33,9)	-0,697	0,489♦
Perda de apetite†	7,1 (14,1)	9,8 (21,0)	-0,435	0,666♦
Constipação†	7,1 (14,2)	20,6 (25,9)	-2,299	0,027●
Diarréia†	2,3 (8,8)	8,8 (26,3)	-1,262	0,213●
Dificuldades financeiras†	19,0 (21,5)	23,5 (30,2)	-0,580	0,565●

* Escores variam de 0-100, com altos escores representando alto nível funcional

† Escores variam de 0-100, com altos escores representando maior sintomatologia

◊ Valores expressos na forma média (desvio padrão); ♦ Teste t-Student assumindo variâncias iguais;

● Teste t-Student assumindo variâncias diferentes

Considerando a comparação dos escores do instrumento BR-23, referentes ao tratamento de HT, não foram observadas, segundo a tabela 21, diferenças estatisticamente significativas. No entanto verifica-se um tendência de diferença significativa no domínio referente a imagem corporal, onde os dados sugerem que o grupo das pacientes que realizou sim HT pode estar apresentado escores maiores que o grupo que não realizou este tratamento.

Tabela 24 - Média e desvio padrão para os domínios BR-23, segundo o tratamento de HT

Domínios BR-23	Hormonioterapia [◇]		p [△]
	Sim	Não	
Imagem corporal*	87,5 (17,2)	76,1 (23,4)	0,084
Função sexual*	33,0 (0,0)	59,8 (33,4)	0,237
Prazer sexual*	22,2 (19,2)	27,7 (31,4)	0,937
Perspectivas futuras*	48,7 (32,3)	62,2 (33,6)	0,190
Efeitos colaterais terapia sistêmica†	31,7 (12,4)	31,1 (18,9)	0,655
Sintomas da mama†	14,8 (12,7)	15,5 (18,1)	0,683
Sintomas do braço†	11,8 (11,0)	17,3 (18,4)	0,533
Queda de cabelo†	28,2 (29,9)	42,5 (36,6)	0,245

* Escores variam de 0-100, com altos escores representando alto nível funcional

† Escores variam de 0-100, com altos escores representando maior sintomatologia

◇ Valores expressos na forma média (desvio padrão)

△ Teste de Mann Whitney

Nos resultados referentes aos escores do instrumento WHOQOL-Bref, (tabela 22) em relação ao grupo de pacientes que realizaram ou não HT, foi observada uma diferença estatisticamente significativa, no domínio físico, onde o grupo das pacientes que não realizou HT apresentou score médio superior ao do grupo de pacientes que realizou sim este tratamento ($p < 0,01$).

Tabela 25 - Média e desvio padrão para os domínios WHOQOL-Bref segundo a realização de HT

Domínios WHOQOL-Bref	Hormonioterapia [◇]		t _{calc}	p
	Sim (n=)	Não (n=)		
Qualidade de vida global	65,9 (8,7)	61,2 (12,0)	1,485	0,148●
Domínio físico	48,6 (6,0)	55,1 (6,1)	-3,204	0,002◆
Domínio psicológico	54,2 (6,5)	54,2 (9,7)	-0,003	0,997◆
Relações pessoais	67,6 (5,9)	70,1 (9,2)	-0,896	0,375◆
Meio ambiente	55,3 (7,8)	54,5 (10,9)	0,237	0,814◆

◇ Valores expressos na forma média (desvio padrão);

● Teste t-Student assumindo variâncias diferentes;

◆ Teste t-Student assumindo variâncias iguais;

5.7 COMPARATIVO DA QUALIDADE DE VIDA GLOBAL ENTRE EORTC QLQ 30 E WHOQOL-BREF

Na comparação dos escores médios obtidos pelos questionários EORTC QLQ 30 e WHOQOL-Bref, em relação ao desempenho referente a QV global, foi implementado o teste t-Student para amostras pareadas, pois foram comparados os escores médios apresentados, pela mesma paciente ora avaliada pelo instrumento EORTC QLQ C-30 e ora avaliada pelo WHOQOL-Bref, ou seja, uma mesma paciente avaliada duas vezes

De acordo como resultado da análise (tabela 23), devemos acreditar que existe diferença estatística significativa entre os escores comparados, de forma que, os escores médios apresentados nos domínios do instrumento EORTC QLQ 30 se mostraram significativamente superiores aos apresentados pelo instrumento WHOQOL-Bref ($p < 0,001$). No que diz respeito a correlação entre essas duas variáveis o teste apontou para uma correlação positiva de grau fraco ($r = 0,196$; $p = 103$) mas não estatisticamente significativa, sugerindo uma tendência de correlação onde, os altos escores do instrumento EORTC QLQ C-30 tendem a estar associados aos altos escores do instrumento WHOQOL-Bref.

Tabela 26 - Medidas de posição e de dispersão para os escores de qualidade de vida global dos instrumentos e EORTC QLQ 30 e WHOQOL-Bref

Estimadores	WHOQOL	EORTC	p°
Média \pm desvio padrão	62,6 \pm 12,2	76,6 \pm 16,3	
Mediana ($Q_1 - Q_3$)	65,1 (58,3 – 70,4)	75,0 (66,7 – 91,7)	0,000
Mínimo - máximo	20,8 – 81,5	33,3 – 100,0	

^o Teste t-Student para amostras independentes, assumindo igualdade de variâncias

Considerando os domínios referentes ao desempenho físico, emocional e social que devem medir o mesmo desempenho para QV, tanto no instrumento EORTC QLQ C-30 quanto no instrumento WHOQOL-Bref, os escores médios de cada domínio também foram comparados em relação aos instrumentos e, de acordo como resultado do teste, devemos acreditar que existe diferença estatística significativa entre os escores comparados, de forma que os escores médios

apresentado nos domínios do questionário EORTC QLQ 30 se mostraram significativamente superiores aos apresentados pelos domínios do questionário WHOQOL-Bref ($p < 0,001$).

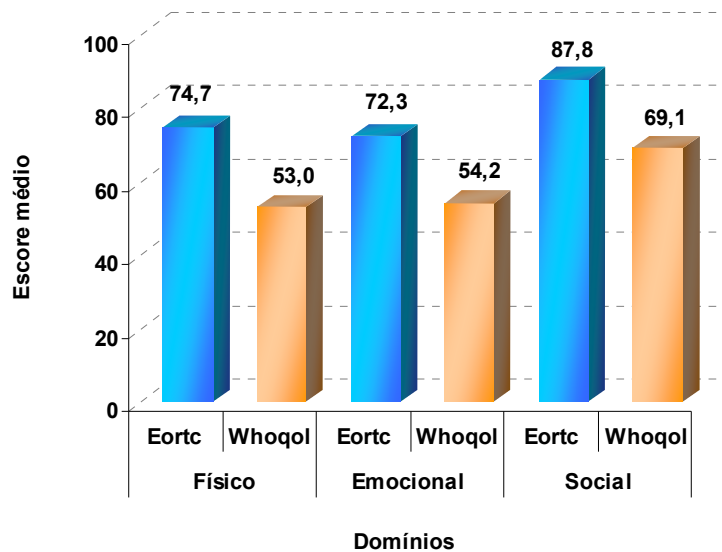


Figura 8 - Escore médio dos domínios que descrevem o desempenho físico, emocional e social nos instrumentos EORTC QLQ 30 e WHOQOL-Bref

Com o objetivo de verificar o quanto os domínios explicam, ou podem estar influenciando, no escore da QV global, em cada um dos instrumentos investigados, foi realizada uma análise de Regressão Linear Múltipla definindo como variável dependente o estado de saúde global. Para a seleção do melhor modelo de regressão foi utilizado o método de Backward para descrição da variável dependente.

De acordo com o método estatístico, dos quatorze domínios que respondem pela QV global do instrumento EORTC QLQ 30, foram adicionados ao modelo cinco deles, desempenho social, cansaço-fadiga, insônia, diarreia e dificuldades financeiras, como sendo aqueles que mais exercem influência na qualidade de vida das pacientes (tabela 24). De acordo com a técnica os domínios citados conseguem explicar 34,4% da variância (R^2) correspondente aos escores de QV global.

Tabela 27 - Valores associados aos domínios selecionados pela técnica de Análise de Regressão Múltipla (*Backward*) que exercem influência no estado de saúde global do instrumento EORTC QLQ C-30

Variáveis - EORTC	B*	t _{calc}	p
(Constante)		4,923	0,0000
Desempenho social	0,339	3,233	0,0019
Cansaço - fadiga	-0,392	-3,704	0,0004
Insônia	0,271	2,577	0,0123
Diarréia	0,227	2,214	0,0304
Dificuldades financeiras	-0,257	-2,429	0,0179

* Beta padronizado

Considerando qualidade de vida global definida, também pelos domínios do instrumento WHOQOL-Bref (tabela 25), a técnica de Análise de Regressão Múltipla também foi implementada e, dos quatro domínios apontados pelo instrumento, através do método Backward, foram adicionados ao modelo os domínios psicológico e meio ambiente como sendo aqueles que mais exercem influência na QV das pacientes. De acordo com a técnica os domínios citados conseguem explicar, cerca de, 47,6% da variância (R^2) correspondente aos escores de qualidade e vida global do instrumento WHOQOL-Bref.

Tabela 28 - Valores associados aos domínios selecionados pela técnica de Análise de Regressão Múltipla (*Backward*) que exercem influência no estado de saúde global do instrumento WHOQOL-Bref

Variáveis - WHOQOL	B*	t _{calc}	p
(Constante)		1,482	0,143
Domínio psicológico	0,220	2,366	0,021
Domínio meio ambiente	0,588	6,317	0,000

* Beta padronizado

Ainda em relação a escala de QV global, os escores dos instrumentos EORTC QLQ C-30 e WHOQOL-Bref foram comparados segundo a realização, ou não, dos tratamentos de quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia e foi

observado que os escores médios relativos se apresentaram muito semelhantes, quando comparados, quanto a realização ou não de cada tipo de tratamento, tanto no instrumento EORTC QLQ C-30 quanto no WHOQOL-Bref, apontando para a não existência de diferença significativa entre os escores.

5.8 COMPARAÇÕES COM O PERFIL DA AMOSTRA

Em algumas das questões referentes ao perfil das pacientes, julgadas relevantes pelo pesquisador, foi abordado neste estudo as possíveis associações existentes em relação a cada domínio dos três instrumentos investigados.

Considerando a idade da paciente e o número de anos de estudo, foi utilizado o teste do Coeficiente e Correlação de Pearson e, conforme os resultados da tabela 26, foi possível verificar que, a idade apresentou correlação significativa e positiva com os domínios cansaço-fadiga ($r=0,293$; $p=0,014$) e perda de apetite ($r=0,391$; $p=0,001$), onde as pacientes de idades mais avançadas se mostraram associadas a escores mais elevados (ou vice-versa). Também foi detectada correlação significativa e negativa com os domínios dos desempenhos físico ($r=-0,327$; $p=0,006$) e funcional ($r=-0,305$; $p=0,010$) onde as pacientes com idade mais avançada se mostraram associadas a baixos escores desses domínios.

Nas avaliações em relação aos anos de estudo foi detectada correlação significativa e positiva com os domínios do desempenho físico ($r=0,282$; $p=0,023$) e emocional ($r=0,282$; $p=0,022$) onde as pacientes com um maior número de anos de estudo se mostraram associadas aos escores mais elevados desses domínios (ou vice-versa). Também foi identificada uma correlação significativa e negativa com o domínio cansaço-fadiga ($r=-0,278$; $p=0,025$) indicando que as pacientes com um maior número de anos de estudo se mostraram associadas a baixos escores atribuídos ao cansaço – fadiga.

Tabela 29 - Coeficiente de Correlação, estatisticamente significativos, da idade e do número de anos de estudo em relação aos domínios dos três instrumentos investigados

Domínios	Idade		Nº anos de estudo	
	r [⊕]	p	r [⊕]	p
EORTC QLQ 30	-0,105	0,388	-0,006	0,962
Desempenho físico*	-0,327	0,006♦	0,282	0,023•
Desempenho funcional*	-0,305	0,010♦	0,118	0,350
Desempenho emocional*	-0,217	0,071	0,283	0,022•
Cansaço - fadiga†	0,293	0,014•	-0,278	0,025•
Perda de apetite†	0,391	0,001♦	-0,218	0,082
BR-23				
Efeitos colaterais terapia sistêmica†	0,051	0,675	-0,250	0,045•
WHOQOL-Bref				
Domínio físico*	-0,202	0,097	0,382	0,002♦
Domínio relações pessoais*	-0,205	0,091	0,476	0,000♦

* Escores variam de 0-100, com altos escores representando alto nível funcional

† Escores variam de 0-100, com altos escores representando maior sintomatologia

⊕ Coeficiente de correlação de Pearson;

• Correlação significativa a 5%;

♦ Correlação significativa a 1%.

Considerando os domínios referentes ao instrumento WHOQOL-Bref (tabela 26), não foi detectada correlação estatisticamente significativa com a idade das pacientes, o que foi evidenciado foram tendências de correlações negativas com os domínios físico ($r=-0,202$; $p=0,097$) e relações pessoais ($r=-0,205$; $p=0,091$), sugerindo que as pacientes com idade mais avançada podem estar associadas a escores mais baixos desses domínios. Nos resultados da correlação com os anos de estudo foram observadas duas correlações significativas e positivas com os domínios físico ($r=0,382$; $p=0,002$) e das relações pessoais ($r=0,476$; $p=0,000$) indicando que as pacientes com um maior número de anos de estudo se mostraram associadas aos escores mais elevados desses domínios.

Ainda com base nos resultados da tabela 26, no que diz respeito ao instrumento BR-23 foi detectada uma correlação significativa e negativa entre o

número de anos de estudo e os efeitos colaterais da terapia sistêmica ($r=-0,250$; $p=0,045$) informando que as pacientes com um maior número de anos de estudo se mostraram associadas a escores mais baixos desse domínio.

Nas investigações dos escores obtidos pelos três instrumentos investigados em relação a raça informada pelas pacientes, foi implementado o teste t-Student na comparação dos escores dos instrumentos EORTC QLQ C-30 e WHOQOL-Bref e o teste não paramétrico de Mann Whitney na comparação dos escores do instrumento BR-23.

Nos resultados do EORTC QLQ C-30 (Figura 9), foi detectada diferença estatisticamente significativa entre os escores médios dos domínios desempenho social ($p=0,052$), dificuldades financeiras ($p<0,05$) e insônia ($p=0,053$), onde nos domínios desempenho social e insônia as paciente da raça negra apresentaram escores médios significativamente maiores que os das pacientes da raça branca. Já no domínio dificuldades financeiras as pacientes da raça branca apresentaram escore médio significativamente maior que o das pacientes da raça negra.

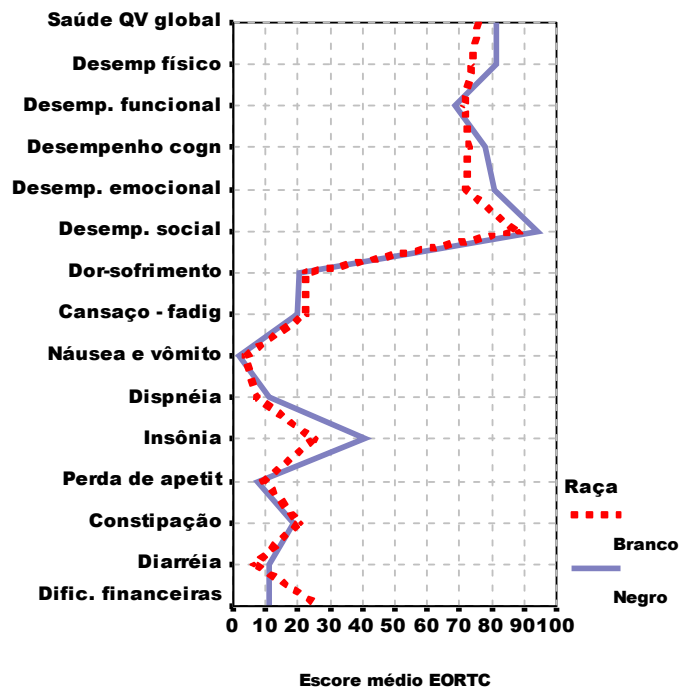


Figura 9 - Escores médios do instrumento EORTC QLQ C-30 segundo a raça

Considerando o instrumento WHOQOL-Bref, na comparação dos escores (figura 10), foi detectada diferença estatisticamente significativa entre os escores referente a QV global ($p=0,051$), onde as pacientes de raça negra apresentaram um escore médio significativamente superior ao das pacientes da raça branca. Também, verificou-se diferença significativa nos escores médios do domínio físico ($p<0,05$), onde as pacientes da raça branca apresentaram escore médio significativamente superior aos da raça negra.

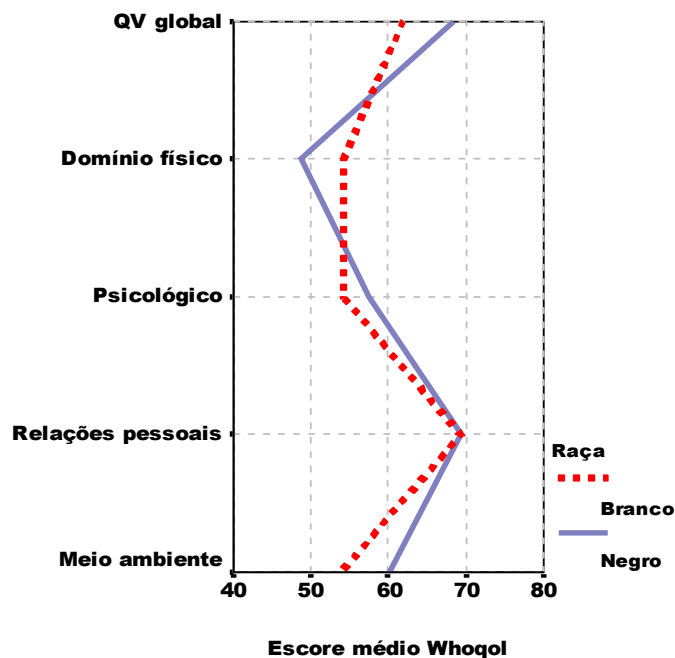


Figura 10 - Escores médios do instrumento WHOQOL-Bref segundo a raça

Levando em consideração os resultados do instrumento BR-23, segundo a raça informada pela paciente, das diferenças observadas na figura 11, pode ser considerada como sendo estatisticamente significativa a diferença do domínio imagem corporal ($p<0,05$), onde as pacientes da raça negra apresentaram escores significativamente superiores aos da raça branca. Nos demais domínios que, aparentemente, apontaram diferenças relevantes entre os escores médios, a significância não foi obtida em função da alta variabilidade de cada grupo decorrente do pequeno número de pacientes em alguns domínios.

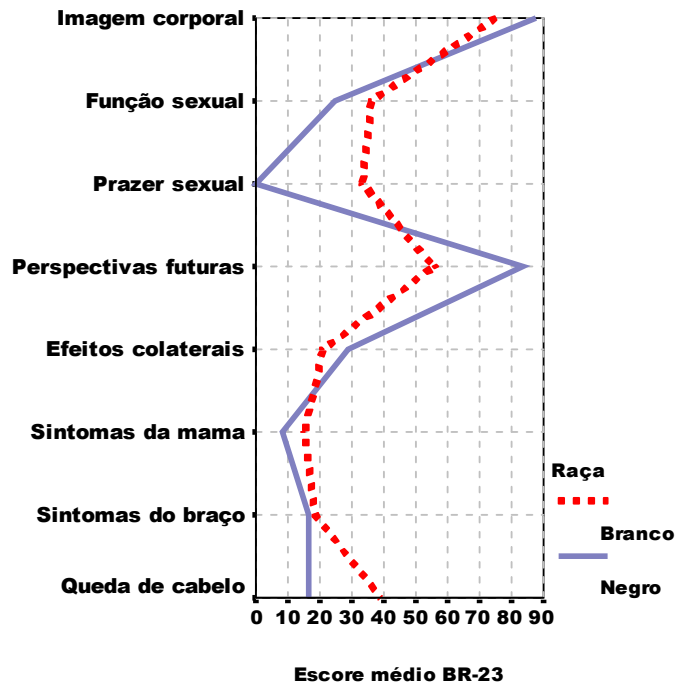


Figura 11 - Escores médios do instrumento BR-23, segundo a raça

No tocante a caracterização do estado civil das pacientes, onde predominou a categoria casada ou com companheiro (43,7%), pode-se observar pela figura 12, que nos escores médios, referentes ao instrumento EORTC QLQ C-30, foi detectada diferença estatisticamente significativa no domínio desempenho funcional onde, as pacientes que informaram ser separadas (ou divorciadas) e viúvas apresentaram escores médios significativamente inferiores aos escores das pacientes casadas (ou companheiro) e solteiras ($p < 0,05$). Outro domínio que apresentou diferença significativa foi do desempenho emocional, onde as pacientes solteiras (nunca casou) apresentaram escore médio significativamente superior aos escores médios das pacientes casadas (ou companheiro), separadas (divorciadas) e viúvas ($p < 0,05$).

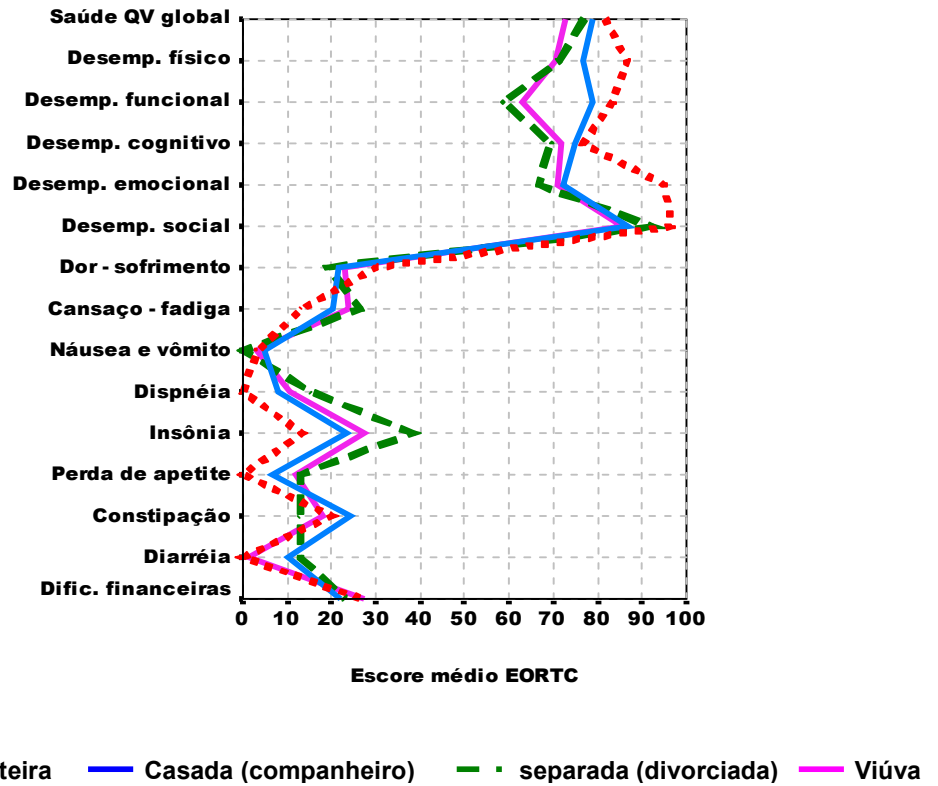


Figura 12 - Escores médios do instrumento EORTC QLQ C-30, segundo o estado civil

Considerando os resultados do instrumento WHOQOL-Bref (figura 13), na comparação dos escores médios em relação ao estado civil da paciente, não foram detectadas diferenças estatisticamente significativas, ou seja, para os escores obtidos pelo instrumento WHOQOL-Bref, a qualidade de vida se mostrou semelhante entre os diferentes estados civis.

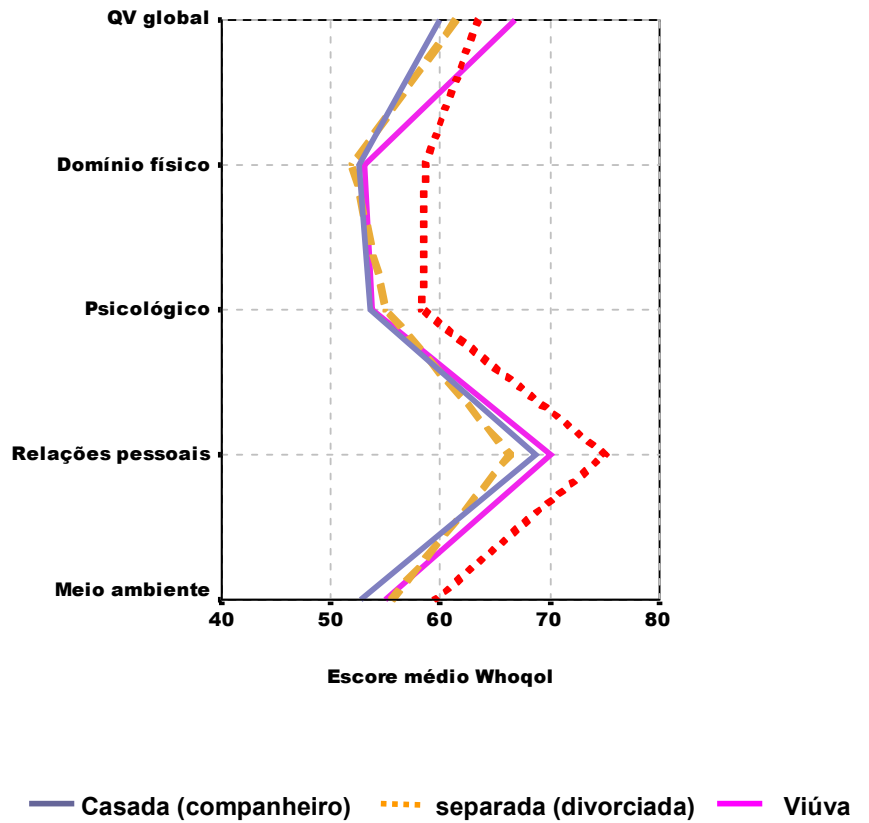


Figura 13: Escores médios do instrumento WHOQOL-Bref, segundo o estado civil

Para os resultados referentes a comparação do escore médio do instrumento BR-23, segundo o estado civil, as diferenças se mostraram expressivas, mas em função do pequeno número de pacientes em algumas categorias, o que implicou em um alto desvio padrão as diferenças não se configuraram. No entanto, seguem na figura 14 os escores médios segundo o estado civil das pacientes.

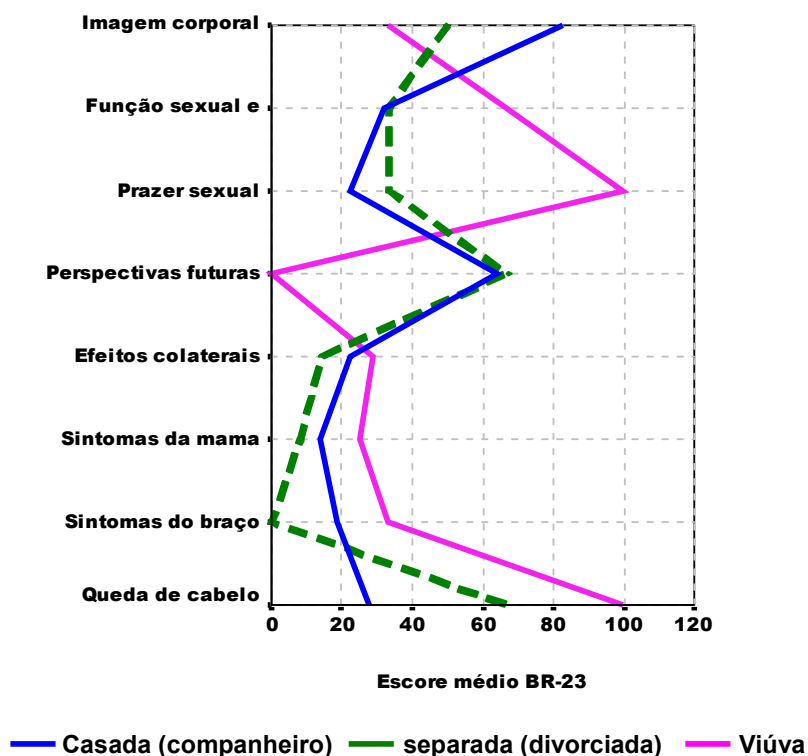


Figura 14: Escores médios do instrumento BR-23, segundo o estado civil

Nas informações referentes a característica que aborda se as pacientes trabalham ou não, os escores médios de cada instrumento também foram comparados e, para o questionário EORTC QLQ 30, os domínios perda de apetite ($p < 0,05$) e constipação ($p < 0,05$) apresentaram diferença estatisticamente significativa entre os escores. Pela figura 15 observou-se que as pacientes que afirmaram não trabalhar (do lar e aposentadas) apresentaram escore médio significativamente superior do que os escores daquelas pacientes que afirmaram trabalhar.

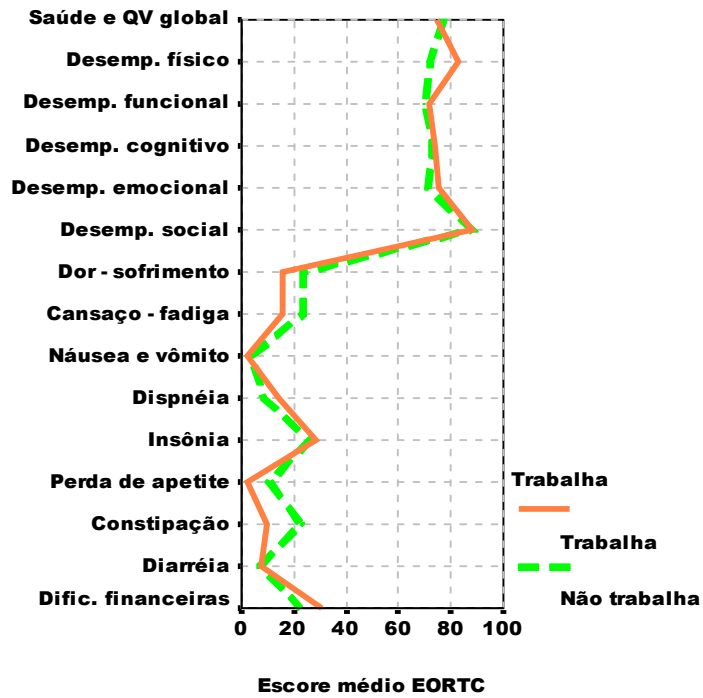


Figura 15: Escores médios do instrumento EORTC QLQ C-30, segundo o fato da paciente trabalhar ou não

Nos escores médios do questionário WHOQOL-Bref (figura 16), quando comparados em relação ao fato da paciente trabalhar ou não, foi detectada diferença estatística significativa no domínio das relações pessoais, onde as pacientes que afirmaram trabalhar apresentaram escore médio significativamente maior que o das pacientes que não trabalham ($p < 0,05$).

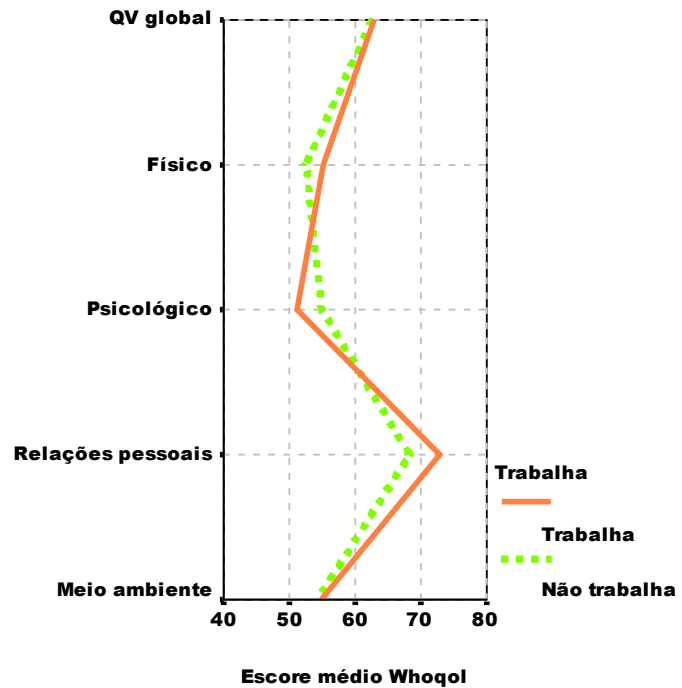


Figura 16: Escores médios do instrumento WHOQOL-Bref, segundo o fato da paciente trabalhar ou não

No que diz respeito aos resultados da comparação dos escores médios do BR-23 (tabela 17), foram detectadas diferenças estatisticamente significativas, nos domínios queda de cabelo ($p < 0,05$) e sintomas no braço ($p < 0,05$), onde as pacientes que não trabalham apresentaram escore médio maior do que as pacientes que não trabalham, ou seja, os dados sugerem que as pacientes que não trabalham estão apresentando uma qualidade de vida melhor que aquelas que trabalham.

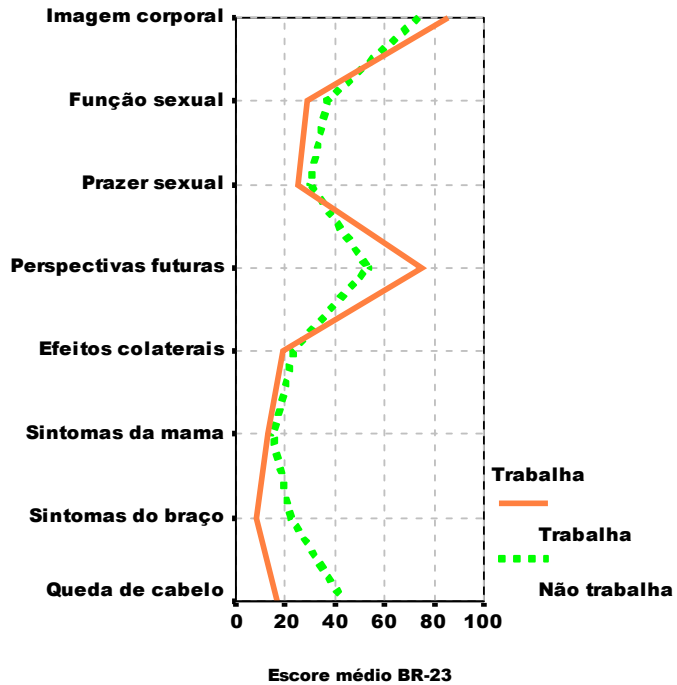


Figura 17: Escores médios do instrumento WHOQOL-Bref, segundo o fato da paciente trabalhar ou não

Outra situação investigada nesse estudo, referente a o perfil da paciente, buscou a informação de como ela classificaria sua situação financeira e bens (posses) em comparação a outras pessoas da sua idade e, as respostas concentraram-se nas categorias “na média” (43,7%) e “levemente abaixo da média” (43,7%), ficando as categorias “bem acima da média”, “levemente acima da média” e “bem abaixo da média” com um número muito baixo de pacientes (12,6%). Para formar grupos com um número mais expressivo de pacientes para a comparação dos escores médios foram agrupadas as categorias “bem acima da média” e “levemente acima da média”, dando origem a nova categoria “acima da média” e, as categorias “bem abaixo da meia” e “levemente abaixo da média” dando origem a nova categoria “abaixo da média”, sendo que a categoria “na média” foi mantida. Estas novas três categorias possibilitaram uma comparação mais representativa do conjunto de dados.

Comparando os escores médios do instrumento EORTC QLQ C-30 (figura 18) foram detectadas diferenças estatisticamente significativas, nos domínios desempenho funcional ($p < 0,05$), cansaço-fadiga ($p < 0,05$) e constipação ($p < 0,001$). Para o desempenho funcional as pacientes com situação “na média” apresentaram um escore médio significativamente superior ao das pacientes que se consideram “abaixo” e “acima da média”. No domínio cansaço-fadiga as pacientes com situação “acima da média” apresentaram escore médio superior ao das demais pacientes e, no item constipação as pacientes com situação financeira “acima da média” apresentaram escore médio superior aos das pacientes que de classificaram como “abaixo da média” e “na média”.

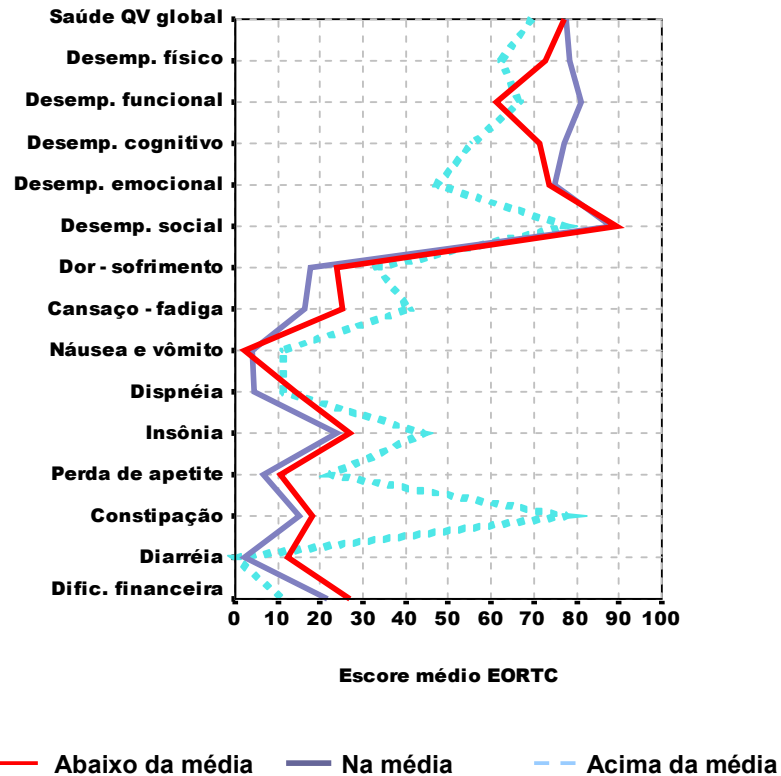


Figura 18: Escores médios do instrumento EORTC QLQ C-30, segundo a classificação da situação financeira

Considerando a comparação dos escores do instrumento WHOQOL-Bref (figura 19), nas comparações em relação a classificação da situação financeira, foram detectadas diferenças estatisticamente significativas, onde no domínio psicológico as pacientes com situação financeira “na média” apresentaram escore

médio significativamente superior ao das pacientes das outras duas categorias ($p < 0,05$). No domínio relações pessoais as pacientes com situação financeira “na média” apresentaram escore médio significativamente superior ao das demais pacientes. Outra diferença que se mostrou relevante ocorreu no domínio meio ambiente onde as pacientes com situação financeira “acima da média” apresentaram escore médio significativamente inferior ao das demais pacientes ($p = 0,051$).

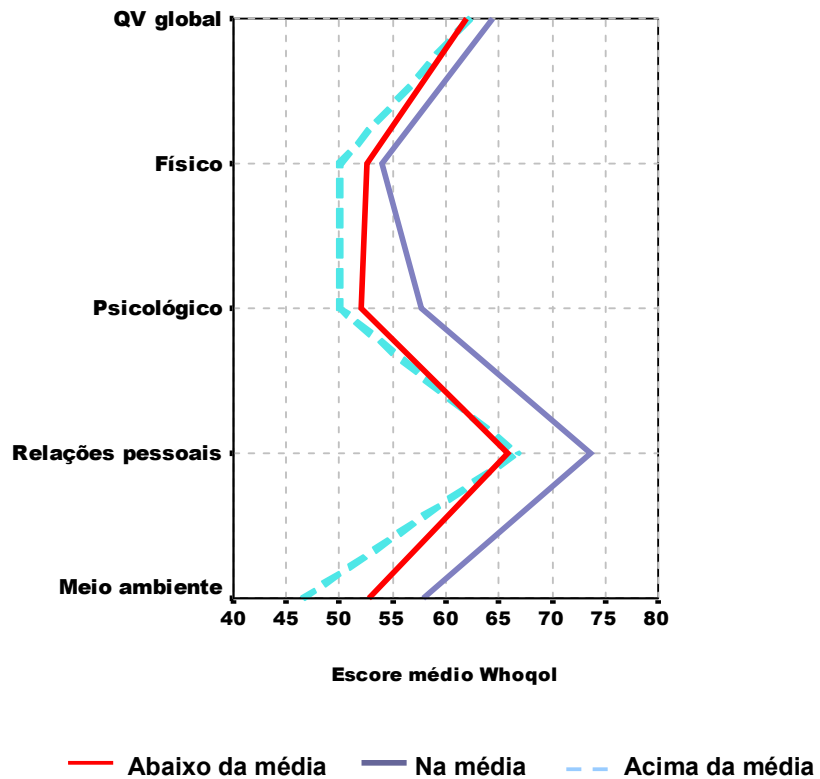


Figura 19: Escores médios do instrumento WHOQOL-Bref, segundo a classificação da situação financeira

Nos resultados obtidos pelo instrumento BR-23 (figura 20), não foram detectadas diferenças significativas entre os escores médios de cada classificação da situação financeira.

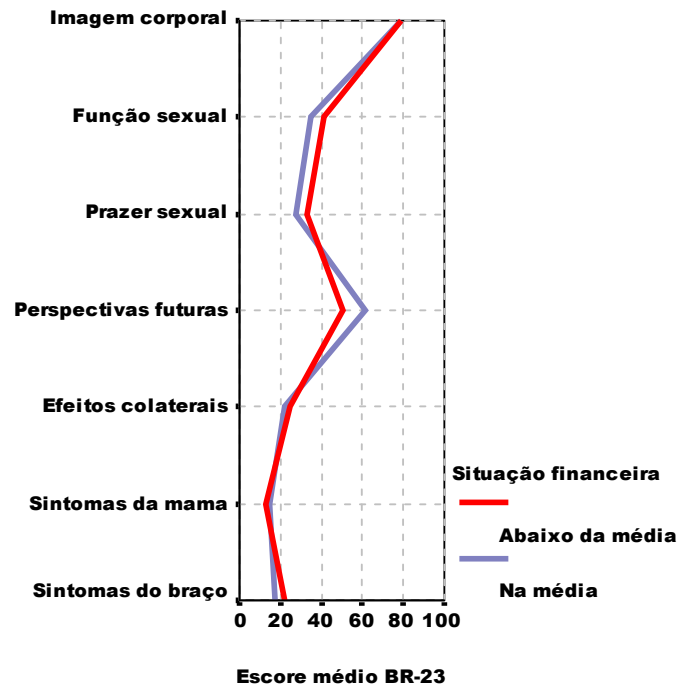


Figura 20: Escores médios do instrumento BR-23, segundo a classificação da situação financeira

6 DISCUSSÃO

Este estudo demonstrou que os instrumentos EORTC QLQ-C30, BR- 23 e WHOQOL-Bref possuem propriedades psicométricas fidedignas para avaliar a QV em mulheres com câncer de mama.

Os escores de QV, avaliados pelo instrumento EORTC QLQ-C30, foram de 70,9 (DP=26,1) a 87,8 (DP=15,9) para as escalas funcionais e de 3,8 (DP=9,8) a 26,7 (DP=29,3) para escalas de sintomas. Tanto para o instrumento EORTC QLQ-C-30 quanto para o instrumento BR – 23, altos escores para escala funcional representam melhor qualidade de vida, porém nas escalas de sintomas os escores altos representam pior qualidade de vida.

Em relação à escala funcional do EORTC QLQ C-30, o domínio que se refere ao desempenho social 87,7 (DP=15,9) apresentou maior valor que o desempenho funcional 70,9 (DP=26,1), o qual apresentou menor valor. Portanto podemos dizer que a vida social destas mulheres foi pouco afetada, resultado este já encontrado em outro estudo, segundo Makluf.³² Todavia o resultado relacionado ao desempenho funcional encontrado neste estudo não se confirmou em outra pesquisa semelhante realizada por Franzi e Silva³³, onde os autores referem que as questões referentes aos hábitos cotidianos como trabalho e atividade diárias não interferem na qualidade de vida.

Na escala de sintomas do instrumento QLQ-C30 o maior problema observado foi insônia: 26,7 (DP=29,3), seguido por dificuldades financeiras: 24,4 (DP=25,8) e dor: 22,1 (DP=22,7), resultado semelhante a outro estudo com as mesmas características (LOTTI, 2007).

Em estudo semelhante realizado por Veloso⁴⁷, que pesquisou 92 mulheres, das quais 1/5 se queixou de insônia, 14,8% tinham idade até 60 anos e 29% tinham mais de 60 anos.

No que diz respeito à dificuldade financeira, neste estudo talvez seja por reflexo do perfil destas pacientes, onde a idade foi o fator mais relevante no que diz respeito às atividades de trabalho, visto que 50,3% das mulheres entrevistadas não trabalham.

A dor também se destacou nesta pesquisa com escore de 22,1 (DP= 22,7). Lotti⁵ diz que a dor pode estar associada à radioterapia - em seu estudo 86,4% das

mulheres realizaram RT. Caffo et al⁴⁸ e Ishiyama et al⁴⁹ afirmam que a dor pode ser uma complicação tardia da RT. Também é comprovado em outro estudo, citado por Macdonald et al⁵⁰, uma prevalência alta de dor após anos da mastectomia.

No instrumento específico Br-23 o domínio que apresentou maior escore foi Imagem corporal: 79,1 (DP=23,5), seguido por perspectivas futuras: 57,1 (DP=33,9). O destaque para a escala de sintomas foi queda de cabelo: 38,5 (DP=37,9).

Engeu et al⁵¹ e Shimosuma et al⁵² relatam que a imagem corporal também teve semelhante relevância para o grupo de mulheres que participaram de seu estudo.

Outro estudo onde a imagem corporal obteve maior escore - 79.10 (DP=24,49) - em relação à QV, foi o realizado por Veloso⁴⁷, seguido por prazer sexual: 59.10 (DP=35.54).

O BR-23 ressaltou escore significativo na escala funcional no que diz respeito a perspectivas futuras: 57,1 (DP=33,9), e na escala de sintomas este estudo destacou maior escore para queda de cabelo: 38,5 (DP=37,9), onde Lotti⁵, na mesma escala, destacou sintomas no braço. A autora diz que estes resultados se devem ao fato de que com o passar do tempo a mulheres acreditam mais na sua recuperação e sobrevivência e que os sintomas do braço diminuem com o tempo, assim como o cabelo crescerá novamente.

O instrumento WHOQOL-Bref que mede quatro domínios o que mais se destacou foi o de relações pessoais: 69,1 (DP=9,7). No estudo realizado por Lotti (2007) o destaque foi, na escala funcional do instrumento genérico QLQ-C30, as relações pessoais, semelhante ao WHOQOL-Bref Neste estudo, as mulheres com câncer de mama não tiveram sua vida social afetada, portanto podemos dizer que este escore ocorreu devido ao perfil destas pacientes.

Conforme os resultados obtidos pelos instrumentos EORTC QLQ C-30 e WHOQOL-Bref, verificou-se que nos dois instrumentos o escore médio no grupo de pacientes que não realizaram quimioterapia se mostrou maior. Esta informação sugere que os pacientes que não realizaram quimioterapia sentem-se melhores do que os que realizaram. Isto se justifica, porque, de acordo com Pillot et al⁵³, o tratamento quimioterápico provoca uma série de efeitos colaterais, tais como náuseas, vômitos, diarreia, fadiga, estomatite, mucosite, mielossupressão, etc.

No que se refere à RT, o domínio físico apresentado pelo instrumento EORTC QLQ C-30 mostrou-se superior ao do instrumento WHOQOL-Bref, porém

nos escores médios não houve diferenças estatisticamente significativas. Os efeitos colaterais da RT são agudos e se limitam mais frequentemente às reações cutâneas, porém pneumonite, linfedema e cardite podem ocorrer como reações tardias. A hospitalização é rara para qualquer efeito agudo da RT na mama.⁵³

Para o tratamento de HT os escores médios do domínio físico se mostraram mais relevantes, indicando que mulheres tratadas com HT têm uma melhor qualidade de vida em relação aos outros tratamentos. Conde et al³¹ afirmam que a HT é mais tolerada do que a QT, porém os efeitos adversos não podem ser desconsiderados. O mesmo autor enfatiza que apesar da relação com sintomas do climatério e com outros efeitos adversos, não há evidência de que o uso de HT associe-se à pior QV.

Dentro da escala emocional das pacientes, considerando os instrumentos EORTC QLQ C-30, BR-23 e WHOQOL-Bref, frente ao tratamento quimioterápico, radioterápico e hormonal não foi detectada diferença estatisticamente significativa entre o grupo que realizou e o grupo que não realizou quimioterapia, no entanto foram observadas diferenças expressivas nos escores médios do BR-23, nos domínios função sexual e perspectivas futuras. Nos tratamentos de QT e RT, no domínio função sexual as pacientes mostraram um escore médio expressivamente maior quando realizaram estes tratamentos, enquanto que no tratamento de HT o escore médio se mostrou expressivamente menor nas pacientes deste grupo. Conde et al³¹ afirmam que em seu estudo, apesar da relação com sintomas climatéricos e com outros efeitos adversos, não há evidência de que o uso de HT associe-se à pior QV. Alguns autores relatam que depressão e ansiedade podem aumentar durante a terapia sistêmica; este fato poderia influenciar o estado emocional das pacientes, porém eles tendem a desaparecer com o tempo.

Vale a pena salientar que no instrumento BR-23 o domínio que mais se destacou como melhor QV, segundo as formas de tratamento, foi o de perspectivas futuras. Para Caliri (1998 apud REGIS; SIMÕES³), durante o enfrentamento da doença e seu tratamento, as mulheres procuram ver as coisas do lado positivo para terem esperanças. Algumas iniciativas são tomadas como retorno ao trabalho, dedicação e proximidade da família e a si própria.

Nas comparações dos escores médios para a presença ou ausência do tratamento de QT para as pacientes, houve diferenças expressivas entre os grupos EORTC QLQ C-30 e o WHOQOL-Bref, porém a alta variabilidade e o pequeno

tamanho da amostra no grupo que não realizou QT impossibilitaram a configuração das diferenças significativas, mas vale a pena citar que houve uma significância limítrofe no domínio dor e sofrimento, insônia e constipação. Estes dados estão relacionados aos efeitos colaterais das drogas antineoplásicas que são capazes de desencadear reações diversas nas pessoas.

A mesma comparação foi feita com o instrumento WHOQOL-Bref, o qual mostrou que não houve diferenças significativas, todavia encontraram-se significâncias limítrofes referentes aos domínios físicos e psicológicos, que só faz ressaltar a idéia de que quanto mais doente as pessoas se sentirem ou quanto mais agressivos forem os efeitos colaterais da QT, maior também será o efeito psicológico sobre estas mulheres.

No que diz respeito à RT o EORTC QLQ C-30 destacou uma diferença estatística significativa no domínio desempenho social no grupo das pacientes que realizam RT, e também foi detectada uma significância limítrofe no domínio da dispnéia.

Em contrapartida o instrumento WHOQOL-Bref salientou o domínio relações pessoais para as mulheres que não realizaram RT.

Para investigar o estado geral de saúde das mulheres com câncer de mama, foram utilizados os dois instrumentos o EORTC QLQ C-30 e o WHOQOL-Bref, pois a mesma paciente foi avaliada duas vezes em relação à QV global. De acordo com o resultado da análise, estatisticamente existe uma diferença entre os escores comparados, sendo que os escores médios do EORTC QLQ C-30 foram significativamente superiores aos escores apresentados pelos domínios do instrumento WHOQOL-Bref.

Por se tratarem de instrumentos diferentes, foi realizada uma análise de regressão linear múltipla, destacando as variáveis que mais contribuíram no escore de QV global nestes resultados. Dos quatorze domínios que representam o EORTC QLQ C-30 os que mais se destacaram foram: desempenho social, cansaço e fadiga, insônia, diarreia e dificuldades financeiras.

Um estudo realizado por Gonçalves et al⁵⁴ com 50 pacientes em tratamento de câncer de mama, mostrou que a fadiga é o sintoma mais comumente referido pelas pacientes: 99% das pacientes referiram fadiga durante o tratamento com QT ou RT. Desta forma, observa-se que a fadiga pode acarretar uma queda nos níveis de qualidade de vida nas mulheres com câncer de mama.

Os domínios insônia e dificuldade financeira também foram os mais citados na escala de sintomas do instrumento genérico QLQ- C30 no estudo realizado por Lotti.⁵ Com relação ao desempenho social Lotti⁵, afirma que encontrou em outros estudos dados que mostram que as mulheres retomam às atividades sociais com o tempo.

A diarréia provavelmente é uma conseqüência dos efeitos colaterais do tratamento, e este estudo mostrou que 85,5% dessas pacientes afirmam ter feito QT.

Quanto ao domínio de dificuldades financeiras, este estudo mostrou que 50,3% das mulheres entrevistadas não trabalham e 40,4% são aposentadas. Portanto a situação financeira contribui para uma avaliação negativa da qualidade de vida dessas mulheres.

A análise de regressão múltipla aplicada no instrumento WHOQOL-Bref, destacou dois dos quatro domínios do instrumento, os domínios psicológicos e meio ambiente.

O domínio psicológico é de grande importância para as mulheres com câncer de mama, pois está diretamente relacionado ao tratamento e às perspectivas futuras destas pacientes. Regis e Simões³ referem que a descoberta do câncer desencadeia reações emocionais muito intensas. A palavra câncer é sinônimo de morte, o medo do inesperado causa desequilíbrio à saúde e as repercussões ocasionam comportamento de agitação medo e angústia.

O domínio meio ambiente no instrumento WHOQOL-Bref contempla vários itens: segurança física, ambiente físico, recursos financeiros, oportunidade de adquirir novas informações, oportunidade de recreação e lazer, ambiente do lar, cuidados com a saúde e sociais, acesso e disponibilidade e transporte. Portanto acredita-se que este domínio se destacou justamente pelo perfil das pacientes, as condições sociais e financeiras e a própria idade.

Neste estudo, foram feitas comparações dos escores médios, segundo a realização ou não de cirurgia e conforme o instrumento EORTC QLQ C-30 e WHOQOL-Bref: as mulheres que não fizeram cirurgia, apresentam melhor QV do que as mulheres que fizeram cirurgia, e o domínio que se destacou no instrumento EORTC QLQ C-30 foi o domínio de desempenho funcional, enquanto que no WHOQOL-Bref foi o domínio físico. Conforme os resultados do teste t-Student, não houve diferença estatisticamente significativa entre os escores médios em cada dimensão do EORTC QLQ C-30, com a realização de cirurgia ou não. A maior

variabilidade foi detectada na dimensão dor e sofrimento, o que é perfeitamente compreensível, pois um procedimento cirúrgico, por mais simples que seja, é um procedimento invasivo e pode ocasionar dor. Um estudo realizado por Pimentel, Santos e Gobbi⁵⁵ mostrou que, dependendo da técnica utilizada, poderá haver complicações inerentes ao procedimento, as quais podem ser precoces e tardias. Dentre as complicações tardias, citam-se o linfedema, a dor crônica, as parestesias e a neuralgia do intercostobraquial, caracterizada por dor no braço homolateral à cirurgia.

Foram feitas também comparações do escores médios conforme o tipo de cirurgia, onde, entre o instrumento EORTC QLQ C-30 e o instrumento WHOQOL-Bref, não houve diferença estatística significativa em relação à escala de saúde e QV global. No estudo realizado por Makluf³² 92 pacientes realizaram cirurgias e não houve diferença significativa das médias dos escores em relação ao tipo de cirurgia. Para Lotti⁵, o tipo de cirurgia parece apresentar impacto significativo na QV em longo prazo. Casso, Buist e Taplin (2004 apud LOTTI⁵), Ganz et al⁵⁶, Maluf, Mori e Barros⁵⁷ relatam que mulheres mastectomizadas apresentam pior qualidade de vida que as submetidas a tratamento conservador. Porém outro estudo afirma que mesmo se tratando de cirurgia conservadora onde é retirada apenas uma parte da mama os sentimentos também são negativos em relação à qualidade de vida.¹⁵

Do instrumento genérico EORTC QLQ C-30, o domínio que se destacou como fator relevante e negativo para a QV foi o desempenho cognitivo. No estudo realizado por Lotti⁵ o domínio relevante foi a dispnéia. A autora relata que em outros estudos as mulheres mastectomizadas tiveram problemas com a imagem corporal.

Para Makluf, Dias e Barra⁵⁸, em um estudo de coorte prospectivo, que avaliou a qualidade de vida de 990 mulheres com câncer de mama, as pacientes apresentaram piora não só na imagem corporal, mas também na vida sexual, limitações no trabalho e até mesmo nos hábitos e nas atividades de vida diária.

Neste estudo também foi utilizado o instrumento da EORTC QLQ C-30 para avaliar a QV.

No Instrumento WHOQOL-Bref o domínio em evidência foi o psicológico. Segundo Conde et al³¹, em estudo realizado na Alemanha, as respostas das questões específicas mostraram que mulheres submetidas à mastectomia relataram mais insatisfação com o resultado estético e estresse emocional associado à aparência física.

Para comparar os índices de QV quanto ao perfil dos sujeitos da pesquisa foram abordados neste estudo associações possíveis para cada domínio dos instrumentos investigados.

No que diz respeito à idade e ao número de anos de estudo em relação aos domínios do EORTS QLQ C-30, a idade apresentou correlação significativa e positiva referente ao cansaço–fadiga e perda de apetite. Quanto à idade podemos dizer que quanto mais idosa, mais debilitada a pessoa poderá ficar, a má alimentação contribui para a vulnerabilidade ao tratamento e a desnutrição e, conseqüentemente, para o cansaço-fadiga; neste caso os anos de estudo não têm nenhuma relevância. Também foi detectada correlação significativa e negativa para as escalas de desempenho físico e funcional, onde as pacientes com idade mais baixas apresentaram escores também baixos. Em relação aos anos de estudo, foi detectada correlação significativa e positiva do desempenho físico e emocional. Neste caso, as pacientes que têm mais tempo de estudo talvez estivessem mais preparadas para o enfrentamento da doença, no que diz respeito ao estado emocional, mas quanto ao desempenho físico crê-se que os anos de estudo não tenham nenhuma relevância. Makluf, Dias e Barra⁵⁸ realizaram um estudo onde se constatou que mulheres com maior escolaridade apresentam melhor função física e emocional, menos dor e poucos sintomas na mama em relação às mulheres com baixa escolaridade.

O instrumento WHOQOL-Bref não houve correlação estatisticamente significativa.

O instrumento Br-23 destacou efeitos colaterais da terapia sistêmica, neste caso foi irrelevante se a pessoa estudou ou não; os efeitos colaterais são atribuídos ao tipo de droga antineoplásica utilizada e a cada organismo.

Nos escores médios do instrumento EORTC QLQ C-30, segundo a raça em relação à QV global, as diferenças significativas foram nos domínios do desempenho social, dificuldade financeira e insônia, onde a raça negra apresentou escores maiores que a raça branca.

O instrumento WHOQOL-Bref mostrou neste estudo, que a raça negra apresentou escore médio significativamente superior ao das pacientes da raça branca, também houve diferença significativa nos escores quanto ao domínio físico, onde a raça branca apresentou escores superiores à raça negra.

Quanto ao instrumento Br-23, as diferenças significativas ficaram com o domínio da imagem corporal, onde as pacientes da raça negra apresentaram escores superiores aos das pacientes de raça branca. Em relação a estas informações, não encontramos nenhuma relação com outros estudos para que estes dados fossem melhor esclarecidos; o ideal seria fazer um estudo comparativo entre mulheres brancas e negras.

Em relação ao estado civil das pacientes, predominaram as casadas ou com companheiros (47%); o instrumento EORTC QLQ C-30 destacou uma diferença estatisticamente significativa quanto ao domínio do desempenho funcional, onde as pacientes separadas apresentaram escores inferiores aos das casadas e solteiras. Outro domínio que se destacou foi o domínio emocional, onde as solteiras apresentam escores superiores aos escores das casadas e separadas.

No instrumento WHOQOL-Bref a qualidade de vida se mostrou semelhante para todos os domínios. E no Br -23 as diferenças não se configuraram.

Na literatura, conforme Vieira, Lopes e Shimo⁵⁹, as diferenças sentidas pelas mulheres não são apenas em nível corporal, mas também no convívio social, onde estão inseridos, família, amigos e trabalho. As autoras afirmam que a presença do parceiro neste momento é altamente significativa no que se refere à criação de um ambiente saudável para que a mulher possa se sentir acolhida e integrada no contexto familiar. Portanto é importante que o parceiro esteja apto para oferecer afeto e a paciente possa se sentir mais acolhida e compreendida.

Nas informações referentes ao trabalho, o EORTC QLQ C-30 destacou os domínios de perda de apetite e constipação, onde as pacientes que não trabalham apresentaram escores médios significativamente superiores àquelas que trabalham; no entanto o instrumento WHOQOL-Bref mostrou diferença estatisticamente significativa no domínio das relações pessoais, onde as pacientes que trabalham, apresentam escores significativamente maiores do que as que não trabalham. Já o BR-23 apontou diferenças significativas para os domínios de queda do cabelo e sintomas do braço, onde as pacientes que não trabalham apresentam uma QV melhor do que aquelas que trabalham.

Silva e Aguillar²⁰ em estudo realizado com 45 pacientes sobre a qualidade de vida, depressão e câncer de mama, explica que o fato das pacientes sofrerem alterações psicológicas, sociais e ambientais, não implicou na piora da QV total, mas os domínios que mais contribuíram para uma piora na QV foram os físicos,

influenciando diretamente nas atividades diárias e no trabalho. Portanto qualquer fator que possa afastar a mulher do trabalho, das atividades diárias e do convívio social certamente contribuirá para uma piora na QV.

Outra situação estudada referente ao perfil das pacientes, foi a situação financeira, vista pelos três instrumentos. No EORTC QLQ-C-30 o domínio que se destacou foi o de desempenho funcional, seguido por fadiga, no WHOQOL-Bref foram as relações pessoais e no BR 23 não foram detectadas diferenças significativas.

Avaliando os domínios que se destacaram, conforme a literatura, não foi encontrada nenhuma relação com os mesmos, porém acredito que a situação financeira afeta muito o estado psicológico das pacientes, e que o cansaço e a fadiga possam ser resultados da depressão e da falta de expectativa; desta forma, as relações pessoais estariam diretamente relacionadas ao estado destas pacientes.

7 CONCLUSÃO

Para avaliação da QV global foram utilizados dois instrumentos. O instrumento genérico EORTC QLQ C-30 e o instrumento genérico WHOQOL-Bref, que diferente do QLQ C-30 e também avalia aspectos ambientais; neste instrumento, os escores encontrados, a pesar das diferenças existentes entre eles, sugerem que as pacientes com câncer de mama deste estudo, têm uma boa QV global.

O instrumento genérico BR-23 também foi utilizado para avaliar a QV das pacientes, pois é específico para o câncer de mama e avalia sintomas secundários à terapia, porém ele não contempla o domínio de QV global.

Quanto ao estado geral de saúde, considerando os domínios referentes ao desempenho físico, emocional e social que devem medir - o mesmo desempenho para qualidade de vida - tanto o instrumento EORTC QLQ C-30 quanto o instrumento WHOQOL-Bref mostraram que existe uma diferença significativa onde o EORTC QLQ C-30, mostrou domínios superiores ao WHOQOL-Bref; mesmo assim, a avaliação para a QV foi positiva.

Os domínios que se destacaram no instrumento EORTC QLQ C-30 foram: desempenho social, cansaço-fadiga, insônia, diarreia e dificuldades financeiras; no instrumento WHOQOL-Bref, apareceram os domínios psicológicos e do meio ambiente.

O instrumento EORTC QLQ C-30 apresentou em escore físico de saúde de $74,7 \pm 20,7$, e o instrumento WHOQOL-Bref apresentou um escore inferior ao EORTC QLQ C-30 que foi de $53,0 \pm 8,5$, caracterizando uma pior QV em relação ao estado físico de saúde comparado com o outro instrumento.

Em relação ao estado físico de saúde em relação ao tratamento de QT, no instrumento EORTC QLQ C-30 a escala do domínio desempenho físico foi de $74,7 \pm 20,7$, e do WHOQOL-Bref foi de $53,0 \pm 8,5$, identificando uma tendência de diferença significativa entre os escores médios; portanto quem não realizou QT mostrou estar em melhor estado físico dos que as que realizaram QT.

Em relação à RT as mulheres que não fizeram este tratamento sentem-se melhores fisicamente do que as que fizeram. Ao contrário da resposta anterior, as

mulheres que fizeram HT sentem-se melhores do que as que não fizeram este tipo de tratamento.

No que diz respeito ao estado emocional as mulheres que fizeram QT sentiram-se piores do que as que não fizeram e o domínio que se destacou foi o da imagem corporal, seguido de perspectivas futuras.

Quanto ao tratamento de RT não foram detectadas diferenças significativas, e os domínios que se destacaram foram os domínios da imagem corporal e perspectivas futuras, para aquelas mulheres que não fizeram este tratamento.

No que diz respeito à HT, também não foram detectadas diferenças significativas, entretanto o domínio que se destacou foi o da imagem corporal para as pacientes que fizeram HT.

Em relação à cirurgia tanto o instrumento EORTC QLQ C-30 quanto o WHOQOL-Bref apresentaram escores que sugerem uma melhor QV para as pacientes que não fizeram cirurgia. E a escala de sintomas referente ao tratamento, mensurada através do instrumento Br-23, destacou três domínios importantes: o prazer sexual, a imagem corporal e a queda de cabelo.

Quanto ao tipo de cirurgia, estatisticamente não houve diferença entre os instrumentos QLQ C-30 e o WHOQOL-Bref no que se refere à QV global.

O instrumento QLQ C-30 destacou para as mulheres que fizeram mastectomia uma piora na qualidade de vida no que se refere ao desempenho cognitivo e ao sintoma de constipação. O instrumento genérico WHOQOL-Bref destacou para as pacientes mastectomizadas o domínio psicológico e, finalmente, o instrumento BR-23 evidenciou os domínios de sintomas da mama, queda de cabelo e imagem corporal.

Portanto os domínios evidenciados nos instrumentos que mensuraram a QV das pacientes deste estudo refletem o perfil das mulheres que fizeram parte da pesquisa, onde a média de idade foi de 68 anos, com grau de instrução considerado baixo. Devido ao fator idade, mais de 80% delas já estão fora do mercado de trabalho.

A partir da avaliação dos dados coletados podemos concluir que para as mulheres idosas com câncer de mama deve haver um cuidado muito especial em relação às perspectivas futuras, pois os resultados encontrados neste trabalho não diferem de outros estudos, mesmo se tratando de mulheres idosas, porque a

feminilidade está presente em qualquer faixa etária, independente da raça ou da condição social desta pessoa.

As famílias e a sociedade devem estar atentas para acolher e proporcionar a estas mulheres uma QV melhor. As instituições de saúde devem possibilitar um atendimento humanizado e multiprofissional para atender a todas as necessidades físicas e psicológicas destas pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Boff RA, Wisintainer F. O que as mulheres querem saber sobre câncer de mama: as 100 perguntas mais freqüentes. 2. ed. Caxias do Sul: Mesa Redonda; 2005.
2. Venâncio JL. Importância da atuação do psicólogo no tratamento de mulheres com câncer de mama. Rev. bras. Cancerol. 2004;50(1):55-63.
3. Regis MF, Simões MFS. Diagnóstico de câncer de mama, sentimentos, comportamentos e expectativas de mulheres. Rev. eletrônica enfermagem. [periódico online] 2005;7(1):81-86. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br>.
4. Bergamasco RB, Ângelo MO. O sofrimento de descobrir-se com câncer de mama: como o diagnóstico é experimentado pela mulher. Rev. bras. Cancerol. 2001;47:277-82.
5. Lotti RCB. Qualidade de vida de mulheres submetidas ao tratamento de câncer de mama. [Dissertação]. Belo Horizonte (MG): Instituto de Previdência dos Senhores do Estado de Minas Gerais; 2007.
6. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". Rev. saúde pública. 2000;34(2):178-83.
7. Yaar M, Gilcheresr BA. Ageing and photoageing of keratinocytes and melanocytes. Clin Exp Dermatol. 2001;26(7):583-91.
8. Neves NMS. Nutrição e doença cardiovascular. Rio Janeiro: Guanabara Koogan; 1997.
9. Hayflick L. Como e por que envelhecemos. New York: Campos; 1997.
10. Esteves BO. Brasil de cabelos brancos. Ciênc hoje. 1998;23(137):18-21.
11. Cançado FX. Noções práticas de geriatria. Belo Horizonte: Coopmed; 1994.
12. INCA - Instituto Nacional do Câncer. O câncer no Brasil. [capturado 2006 Apr 20]; Disponível em: www.inca.org.br/cancer/epidemiologia/cancer_nobrasil.html.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino. 2. ed. Rio de Janeiro: INCA; 2002.
14. Michelone APC, Santos VLCCG. Qualidade de vida de adultos com câncer colorretal com e sem ostomia. Rev. latinoam. enfermagem. 2004;12(6):875-83.

15. Almeida AM, Mamede MV, Panobianco MS, Prado MAS, Clapis MJ. Construindo o significado da recorrência da doença: a experiência de mulheres com câncer de mama. *Rev. latinoam. enfermagem*. 2001;9(5):63-9.
16. Smeltzer SC, Bare GB. Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. v. 2
17. Chantler ML. Câncer de mama In: Chantler ML. Hematologia e oncologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004
18. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. [capturado 2006 Apr 22]; Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/divulga/noticias/2004/141004_3.htm
19. Bonassa EMA. Enfermagem em terapêutica oncológica. 2. ed. São Paulo: Atheneu; 2000.
20. Silva SR, Aguillar OM. Assistência de enfermagem e acompanhamento domiciliar em quimioterapia antineoplásica. *Rev. bras. enfermagem*. 2002;55(2):123-27.
21. Borghi MS, Corbelinni VL. Percepção dos acompanhantes a paciente em tratamento quimioterápico. *Rev. enfermagem atual*. 2004;4(22):27-31.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativas 2005. Incidência de Câncer no Brasil. Brasília: INCA; 2005.
23. Vila VSC, Rossi LA. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: muito falado e pouco vivido. *Rev. latinoam. enfermagem*. 2002;10(2):137-44.
24. Melo IA, Cortez MSMA. Importância da família no dia de paciente/equipe. *Rev. enfermagem*. 1996;2(5):33-35.
25. Anjos CY, Zago MMF. O impacto da quimioterapia na vida dos pacientes e cuidadores. *Rev. latinoam. enfermagem*. 2006;(14):33-40.
26. França ACL et al. O impacto psicológico da equipe de enfermagem no cuidado ao paciente oncológico: um relato de experiência. *Rev. bras. Cancerol*. 2004;1(43):21-44.
27. Ferreira MLMS, Mamede MV. Representação do corpo na relação consigo mesma após mastectomia. *Rev. bras. enfermagem*. 2003;11(3):121-24.
28. Ramos AS, Patrão I. Imagem corporal da mulher com cancro de mama: Impacto na qualidade do relacionamento conjugal e na satisfação sexual. *Rev. Análise Psicológica*. 2005;3(XXII):295-304.
29. Melo AS, Carvalho EC, Pelá NTR. A sexualidade do paciente portador de doenças onco-Hematológicas. *Rev. latinoam. enfermagem*. 2006;(14):2.

30. Vasconcellos D, Novo RF, Castro OP, Dury KV, Ruchel A, Couto MCPP, Colomby P, Giami A. A sexualidade no processo do envelhecimento: novas perspectivas – comparação transcultural. *Estud. psicol.* 2004;9(3):413-9
31. Conde DM, Pinto Neto AM, Freiras Junior R, Aldrighi JM. Qualidade de vida de mulheres com câncer de mama. *Rev. Bras. de ginecol e obstet.* 2006;28(3):195-204
32. Makluf ASD. Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer da mama. *Rev. bras. cancerol.* 2005;52(2):49-53.
33. Franzi AS, Silva PG. Avaliação da qualidade de vida em pacientes submetidos à quimioterapia ambulatorial no Hospital Heliópolis. *Rev. bras. Cancerol.* 2003;49(3):153-8.
34. Thomas CL. *Dicionário Médico Enciclopédico Taber.* Barueri: Manole; 2000. p. 1482.
35. Sales CACC, Paiva L, Scanduzzi D, Anjos ACY. Qualidade de vida de mulheres tratadas de câncer de mama: funcionamento social. *Rev. bras. cancerol.* 2001;47(3):263-72.
36. Seidl EMF, Zannon, CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad. saúde pública.* 2004;20(2):580-88.
37. BUSS, PM. *Promoção da Saúde e Qualidade de Vida.* Ciênc. saúde colet. 2000;5(1):163-77.
38. WHOQOL GROUP. *What quality of life? World Health Forum.* Geneva; 1996.17:354-6.
39. Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady DG, Newman TB. *Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica.* 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.
40. Chizzott A. *Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais.* Petrópolis: Vozes; 2006.
41. Goldim JR. *Manual de iniciação a pesquisa em saúde.* Porto Alegre: Dacasa; 2000.
42. Bullinger M, Anderson R, Cella D, Aaronson N. Developing and evaluating cross-cultural instruments from minimum requirements to optimal models. *Qual life res.* 1993;2(6):451-9.
43. EORTC. *Scoring Manual.* 3. ed. Brussels: European Organisation for Research and Treatment of Cancer; 2001
44. Sprangers MA, Groenvold M, Arraras JI, Franklin J, te Velde A, Muller M, et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer breast cancer-specific quality-of-life questionnaire module: first results from a three-country field study. *J Clin Oncol.* 1996;14(10):2756-68.

45. Hair JF, Anderson RE, Tatham RL, Black WC. Multivariate data analysis. New York: Macmillan; 1998.
46. Litwin MS. How to measure survey reliability and validity. Thousand Oaks: Sage; 1995.
47. Veloso MMX. Qualidade de vida subsequente ao tratamento para o câncer de mama. [Dissertação]. Belém (PA): Universidade Federal do Pará; 2001.
48. Caffo O, Amichetti M, Ferro A, Lucenti A, Valduga F, Galligioni E. Pain and quality of life after surgery for breast cancer. *Breast Cancer Res Treat.* 2003 Jul;80(1):39-48.
49. Ishiyama H, Niino K, Hosoya T, Hayakawa K. Results of a questionnaire survey for symptom of late complications caused by radiotherapy in breast conserving therapy. *Breast Cancer.* 2006;13(2):197-201
50. Macdonald L, Bruce J, Scott NW, Smith WC, Chambers WA. Long-term follow-up of breast cancer survivors with post-mastectomy pain syndrome. *Br J Cancer.* 2005 Jan 31;92(2):225-30.
51. Engel J, Kerr J, Schlesinger-Raab A, Sauer H, Hölzel D. Quality of life following breast-conserving therapy or mastectomy: results of a 5-year prospective study. *Breast J.* 2004;10(3):223-31.
52. Shimozuma K, Ganz PA, Petersen L, Hirji K. Quality of life in the first year after breast cancer surgery: rehabilitation needs and patterns of recovery. *Breast Cancer Res Treat.* 1999 Jul;56(1):45-57.
53. Pillot G. The Washington Manual. Serie consultas. Hematologia e oncologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005
54. Gonçalves MS, Novai MAB, Glasberg J, Chicoli FA, Canavezzi AZ, Xavier WC, et al. Fadiga, depressão e qualidade de vida em pacientes com câncer de mama submetidas à radioterapia. [artigo online] 2004. Disponível em: <http://www.saudebrasilnet.com.br/premios/oncologia/premio2/trabalhos/saude008.pdf>.
55. Gobbi H, Pimentel MD, Santos LC. Avaliação clínica da dor e sensibilidade cutânea de pacientes submetidas a dissecação axilar com preservação do nervo intercostobraquial para tratamento cirúrgico do câncer de mama. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2007; 29:291-6.
56. Ganz PA, Desmond KA, Leedham B, Rowland JH, Meyerowitz BE, Belin TR. Quality of life in long-term, disease-free survivors of breast cancer: a follow-up study. *J Natl Cancer Inst.* 2002;94(1):39-49.
57. Maluf, MFM, Mori LJ, Barros ACSC. O impacto psicológico do câncer de mama. *Rev. bras. Cancerol.* 2005;51(2):149-54.

58. Makluf ASD, Dias RC, Barra AA. Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer da mama. Rev. bras. Cancerol. 2006;52(1):49-58.
59. Viera CP, Lopes MHBM, Shimo AKK. Sentimentos e experiências na vida das mulheres com câncer de mama. Rev Esc Enferm USP. 2007;41(2):311-6.

APENDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisa: Avaliação da Qualidade de vida em mulheres idosas com câncer de mama

Estamos realizando um trabalho de pesquisa sobre qualidade de vida, onde serão avaliados os seguintes aspectos: psicológicos, relações sociais, meio-ambiente, depressão, memória, ansiedade, perspectivas futuras, funcionamento sexual, imagem corporal, avaliação geral de saúde e sintomas secundários à terapia sistêmica. Estas informações são necessárias para que possamos conhecer os principais fatores que interferem na qualidade de vida de mulheres idosas com câncer de mama, independente do tipo de tratamento. Para isto, gostaríamos de contar com a sua colaboração durante alguns minutos para responder a três questionários, que serão apresentados e esclarecidos no momento do preenchimento.

A participação nesta pesquisa não traz complicações legais, talvez apenas a lembrança de alguns eventos diante das temáticas que serão abordadas. Nenhum dos procedimentos utilizados oferece risco à sua dignidade.

Gostaríamos de deixar claro que a senhora tem toda a liberdade para interromper o questionário se desejar ou negar-se a responder, caso a senhora não esteja de acordo em participar. Asseguramos que todas as informações prestadas pela senhora são sigilosas e serão utilizadas somente para esta pesquisa. A divulgação das informações será anônima e em conjunto com as respostas de um grupo de 100 pessoas.

Se você tiver alguma pergunta a fazer antes de decidir, sinta-se à vontade para fazê-la.

Eu,.....fui informada dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada. Recebi informação a respeito do procedimento da pesquisa e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações ou modificar minha decisão se assim eu o desejar. Da mesma forma também estou ciente de que, caso exista algum dano a minha saúde, tanto físico quanto psíquica, por consequência desta pesquisa, terei direito a tratamento médico, psicológico e indenização conforme prevê a lei. A Enfermeira Julcinéia Miguel

Dalamaria certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais e que terei liberdade de retirar meu consentimento de participação na pesquisa.

Caso tiverem novas perguntas sobre este estudo, posso chamar a Enfermeira Julcinéia Miguel Dalamaria no telefone (51) 96269134 para qualquer pergunta sobre os meus direitos como participante deste estudo ou se penso que fui prejudicada pela minha participação, posso chamar o Dr. Antonio Luiz Frasson no telefone (51) 33392709, ou entrar em contato com o Comitê de Ética e Pesquisa da PUC pelo fone: 33203345

Declaro que recebi cópia do presente Termo de Compromisso.

Data: ____/____/2007.

Nome da Entrevistada: _____

Assinatura: _____

Data: ____/____/2007

Nome da Pesquisadora: Julcinéia Miguel Dalamaria

Assinatura: _____

APENDICE B - INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

Nº _____

INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

Nome: _____

1 Idade: _____

2 Estado civil atual:

- 1. Solteira (nunca casou)
- 2. Casada ou com companheiro
- 3. Separada/Divorciada (sem companheiro atual)
- 4. Viúva

3 Mais alto nível de escolaridade alcançado:

- 1. Ensino fundamental incompleto
- 2. Ensino fundamental completo
- 3. Ensino médio incompleto
- 4. Ensino médio completo
- 6. Curso superior incompleto
- 7. Curso superior completo
- 8. Pós-Graduação
- 9. Outra: Por favor, especifique

4 Número de anos de escolaridade: _____

6 Qual é a sua ocupação ?

7 Por favor, assinale qualquer das alternativas abaixo que melhor se aplica a você.

- 1. Está empregada em tempo integral
- 2. Está empregada em tempo parcial (um turno)
- 3. Está eventualmente empregada
- 4. É trabalhadora autônoma
- 5. Está aposentada
- 6. É do lar
- 7. Realiza trabalho voluntário

8 Em comparação a outras pessoas da sua idade, como você classificaria a sua situação financeira e bens (posses)?

- 1. Bem acima da média
- 2. Levemente acima da média
- 3. Na média
- 4. Levemente abaixo da média
- 5. Bem abaixo da média

9 Quantos filhos você tem? _____

10 Raça

- 1. Branco
- 2. Pardo
- 3. Negro

11 Há quanto tempo está em tratamento

- 1. Seis meses a onze meses
- 2. Um ano a dois anos
- 3. Mais de dois anos

12 Grau do Câncer

- 1. Grau I
- 2. Grau II
- 3. Grau III
- 4. Grau IV
- 5. Grau V

13 Tratamento Instituído

Data : _____

Cirurgia: Sim Não Qual : _____

Quimioterapia: Sim Não Quantos ciclos: _____

Hormônio terapia: Sim Não

Radioterapia: Sim Não Quantas sessões: _____

ANEXO A - WHOQOL-BREF

WHOQOL - ABREVIADO

Versão em Português

PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
GENEBRA

Coordenação do GRUPO WHOQOL no Brasil

Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck

Professor Adjunto

Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Porto Alegre – RS – Brasil

WHOQOL-ABREVIADO

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que freqüência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	freqüentemente	muito freqüentemente	sempre
26	Com que freqüência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO B - EORTC QLQ - BR 23

**EORTC QLQ - BR23**

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

Durante a última semana:	Não	Pouco	Moderadamente	Muito
31. Sentiu a boca seca?	1	2	3	4
32. O que comeu e bebeu teve um sabor diferente do normal?	1	2	3	4
33. Sentiu os olhos doridos, irritados ou lacrimejantes?	1	2	3	4
34. Teve queda de cabelo?	1	2	3	4
35. Responda a esta pergunta apenas se teve queda de cabelo: A queda de cabelo perturbou você?	1	2	3	4
36. Sentiu-se doente ou indisposta?	1	2	3	4
37. Sentiu arrepios de calor?	1	2	3	4
38. Sentiu dor de cabeça?	1	2	3	4
39. Você se sentiu menos bonita devido à sua doença ou tratamento?	1	2	3	4
40. Você se sentiu menos mulher como resultado de sua doença ou tratamento?	1	2	3	4
41. Achou difícil observar-se nua?	1	2	3	4
42. Sentiu-se insatisfeito(a) com seu corpo?	1	2	3	4
43. Sentiu-se preocupado(a) com sua saúde futura?	1	2	3	4
Durante as últimas <u>quatro</u> semanas:	Não	Pouco	Moderadamente	Muito
44. Até que ponto sentiu desejo sexual?	1	2	3	4
45. Com que frequência foi sexualmente ativa (teve relações sexuais) / (com ou sem relação sexual)	1	2	3	4
46. Responda a esta pergunta apenas se tiver sido sexualmente ativa: Até que ponto o sexo foi satisfatório para você?	1	2	3	4

Por favor, continue na folha seguinte

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

ANEXO C – EORTCQLQ - C 30 (VERSION 3.0.)



EORTC QLQ-C30 (version 3.0.)

Nós estamos interessados em alguns dados sobre você e sua saúde. Responda, por favor, a todas as perguntas fazendo um círculo no número que melhor se aplica a você. Não há respostas certas ou erradas. A informação que você fornecer permanecerá estritamente confidencial.

Por favor, preencha suas iniciais:

--	--	--	--	--

Sua data de nascimento (dia, mês, ano):

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

Data de hoje (dia, mês, ano):

31

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

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

Durante a última semana:

	Não	Pouco	Modera- damente	Muito
6. Tem sido difícil fazer suas atividades diárias?	1	2	3	4
7. Tem sido difícil ter atividades de divertimento ou lazer?	1	2	3	4
8. Você teve falta de ar?	1	2	3	4
9. Você tem tido dor?	1	2	3	4
10. Você precisou repousar?	1	2	3	4
11. Você tem tido problemas para dormir?	1	2	3	4
12. Você tem se sentido fraco/a?	1	2	3	4
13. Você tem tido falta de apetite?	1	2	3	4
14. Você tem se sentido enjoado/a?	1	2	3	4
15. Você tem vomitado?	1	2	3	4

Por favor, passe à página seguinte

Durante a última semana:	Não	Pouco	Moderadamente	Muito
16. Você tem tido prisão de ventre?	1	2	3	4
17. Você tem tido diarreia?	1	2	3	4
18. Você esteve cansado/a?	1	2	3	4
19. A dor interferiu em suas atividades diárias?	1	2	3	4
20. Você tem tido dificuldade para se concentrar em coisas, como ler jornal ou ver televisão?	1	2	3	4
21. Você se sentiu nervoso/a?	1	2	3	4
22. Você esteve preocupado/a?	1	2	3	4
23. Você se sentiu irritado/a facilmente?	1	2	3	4
24. Você se sentiu deprimido/a?	1	2	3	4
25. Você tem tido dificuldade de se lembrar das coisas?	1	2	3	4
26. A sua condição física ou o tratamento médico tem interferido em sua vida <u>familiar</u> ?	1	2	3	4
27. A sua condição física ou o tratamento médico tem interferido em suas atividades <u>sociais</u> ?	1	2	3	4
28. A sua condição física ou o tratamento médico tem lhe trazido dificuldades financeiras?	1	2	3	4

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

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

1 2 3 4 5 6 7

Péssima

Ótima

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

1 2 3 4 5 6 7

Péssima

Ótima