

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
CAMPUS GOVERNADOR VALADARES
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA VIDA
CURSO DE FARMÁCIA**

Amanda Ramos de Souza

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM CÂNCER DE
MAMA EM TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO, EM UMA CLÍNICA
ONCOLÓGICA PRIVADA DE GOVERNADOR VALADARES - MINAS GERAIS.**

**Governador Valadares
2018**

Amanda Ramos de Souza

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM CÂNCER DE MAMA EM TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO, EM UMA CLÍNICA ONCOLÓGICA PRIVADA DE GOVERNADOR VALADARES - MINAS GERAIS.

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao departamento de Farmácia do Instituto de Ciências da Vida da Universidade Federal de Juiz de Fora - Campus Governador Valadares como requisito parcial à obtenção do título de bacharel em Farmácia.

Orientadora: Professora Dra. Luciana Souza Guzzo Costa

**Governador Valadares
2018**

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Souza, Amanda Ramos de .

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM CÂNCER DE MAMA EM TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO, EM UMA CLÍNICA ONCOLÓGICA PRIVADA DE GOVERNADOR VALADARES - MINAS GERAIS. / Amanda Ramos de Souza. -- 2018.

76 f.

Orientador: Luciana Souza Guzzo Costa

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Avançado de Governador Valadares, Faculdade de Farmácia e Bioquímica, 2018.

1. : Qualidade de vida. 2. . Câncer de mama. 3. Quimioterapia. I. Costa, Luciana Souza Guzzo , orient. II. Título.

Amanda Ramos de Souza

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM CÂNCER DE MAMA EM TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO, EM UMA CLÍNICA ONCOLÓGICA PRIVADA DE GOVERNADOR VALADARES - MINAS GERAIS.

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao departamento de Farmácia do Instituto de Ciências da Vida da Universidade Federal de Juiz de Fora - Campus Governador Valadares como requisito parcial à obtenção do título de bacharel em Farmácia.

Aprovada em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Luciana Souza Guzzo Costa- Orientadora
Universidade Federal de Juiz de Fora - Campus Governador Valadares

Prof.^a Dr.^a Sandra Bertelli Ribeiro de Castro
Universidade Federal de Juiz de Fora - Campus Governador Valadares

Prof.^a Dr.^a Gabriella Freitas Ferreira
Universidade Federal de Juiz de Fora - Campus Governador Valadares

Dedico esse trabalho a todas as mulheres que ao receberem o diagnóstico do câncer de mama, não deixaram que os sentimentos negativos da doença prevalecessem, mas enfrentaram com bravura a todas as etapas do tratamento, demonstrando de forma incessante e inestimável a força para viver....

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, Autor e Consumador da minha fé, que colocou esse sonho em meu coração e tornou real esta vitória.

Agradeço a minha família pelo apoio, por acreditar nos meus sonhos. Ao meu irmão e ao meu pai por sempre me fazerem querer ser melhor, minha cunhada Gabriela pelas palavras de incentivo e determinação. A minha mãe, a pessoa mais guerreira que conheço, da qual orgulhosamente herdei toda a garra que tenho. Ao meu pequeno Bento, meu sobrinho, que me fez ver a vida com mais amor, ternura e que facilmente me acalma e sempre consegue tirar o sorriso mais sincero do meu rosto. A vocês, devo toda minha gratidão, meu amor, e cada conquista. Nada disso seria possível sem a presença de vocês na minha vida!

À professora Dr^a Sandra Bertelli, uma pessoa brilhante com quem sempre pude contar e confiar. Obrigada por todo o ensino que com muito carinho me mostrou. É uma imensa honra e privilégio estudar ao lado de quem para mim, foi um modelo a seguir.

À Professora Dr^a Luciana Guzzo, pela competência, seriedade profissional e orientação precisa.

Aos meus companheiros Sarah Aline, Joicy Guimarães, Brunna Stefanya, Renan Gonçalves, Ernane Medeiros, Emanuel Moreira e Marcia Vieira, por aguentarem todas as minhas reclamações diárias, por estarem ao meu lado, por serem companheiros de jornada e por serem pessoas que também me fizeram crescer durante a construção desse trabalho.

Aos demais colegas da graduação que fizeram com que os meus dias fossem mais leves e alegres, em especial Ana Carla e Mirian, que juntas participamos um pouco da aflição e tratamento dessas mulheres.

E a todas as mulheres que passaram pela clínica oncológica privada no município de GV, que me permitiram adentrar em seu contexto de vida, e me forneceram seu tempo e seu carinho em um momento crítico de suas vidas. Jamais me esquecerei de cada uma delas e as levarei entre as minhas melhores lembranças!

A todos os excelentes professores da graduação da UFJF *Campus* GV, por todo o aprendizado fornecido. A todos os funcionários da UFJF-GV com quem tive contato e que me auxiliaram durante a graduação de alguma forma. Agradeço a todos que contribuíram direta ou indiretamente para a realização desse sonho, que Deus os abençoe.

“Quem é sábio procura aprender, mas os tolos estão satisfeitos com a sua própria ignorância”

Provérbios 15:14

RESUMO

O câncer de mama é uma das doenças mais temidas entre as mulheres no mundo, possuindo um expressivo impacto em várias dimensões da qualidade de vida da mulher, devido à própria doença, ao tratamento ou à mastectomia. Diante disso, o objetivo desse trabalho foi avaliar características sociodemográficas e clínicas, realização de atividade física, realização de procedimento cirúrgico e verificar o impacto do tratamento quimioterápico na qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres com câncer de mama em tratamento em uma clínica oncológica privada do município de Governador Valadares, Minas Gerais, no período de março a abril de 2018. Trata-se de um estudo de natureza qualitativa descritiva e transversal, realizado com 20 mulheres com câncer de mama. Os dados de qualidade de vida foram obtidos por meio de aplicação do questionário estruturado *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire "Core"* e os demais dados por meio de acesso aos prontuários das pacientes. Para análise dos dados de qualidade de vida foram realizados cálculo dos escores conforme o Manual de Pontuação do questionário e os demais dados foram organizados em variáveis categóricas e numéricas e utilizando-se da frequência e porcentagens (%). Os resultados demonstraram um predomínio das mulheres acima de 50 anos idade (55%), provenientes de Governador Valadares (60%), com nível superior ou médio (85%) e a maioria das pacientes afirmou praticar atividade física (60%). Com relação à lateralidade do tumor, observou-se que a maioria dos tumores acomete a mama esquerda (55%) e que nenhuma paciente apresentou tumor em ambas as mamas. A maioria das pacientes estudadas realizou algum tipo de intervenção cirúrgica (80%), com predomínio de realização de mastectomia (50%). Até o momento da entrevista havia uma maior proporção de pacientes no início (1-6 meses) e com mais de 2 anos de tratamento. Os escores da qualidade de vida da função física (80,0) e funcional (76,8) e dos sintomas dor (18,3), perda de apetite (16,7) e diarreia (18,3) foram classificados como muito bons e os escores das funções emocional (61,7), cognitiva (63,0), social (70,0), sintomas fadiga (31,7), náusea e vômito (30,0), dispneia (30,0), insônia (28,3) e constipação (45,0) e do item dificuldades financeiras (48,3) foram classificados como bons. Pode-se concluir que as pacientes avaliadas no presente trabalho possuem uma qualidade de vida considerada satisfatória.

Palavras-chave: Qualidade de vida. Câncer de mama. Quimioterapia. Neoplasia. Oncologia.

ABSTRACT

Breast cancer is one of the most feared diseases in the female world due to the significant impact on the various dimensions of the woman's quality of life due to the disease itself, treatment or mastectomy. Therefore, the objective of this study was to evaluate sociodemographic and clinical characteristics, physical activity, surgical procedure and to verify the impact of chemotherapy treatment on the quality of life related to the health of women with breast cancer in a treatment in a private oncological clinic of the municipality of Governador Valadares, Minas Gerais, from March to April 2018. This is a descriptive and cross-sectional qualitative study of 20 women with breast cancer. Quality of life data were obtained through the application of the structured questionnaire *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire "Core"* and other data through access to the patients' medical records. For the analysis of the quality of life data, the scores were calculated according to the Manual of Punctuation of the questionnaire and the other data were organized into categorical and numerical variables and using the frequency and percentages (%). The results showed a predominance of women over 50 years (55%), from Governador Valadares (60%), with upper or middle level (85%), and most of the patients reported practicing physical activity (60%). Regarding the laterality of the tumor, it was observed that the majority of the tumors affected the left breast (55%) and that no patient presented tumor in both breasts. Most of the patients studied went through some kind of surgical intervention (80%), with predominance of mastectomy (50%). At the time of the interview there was a higher proportion of patients at the beginning (1-6 months) and with more than 2 years of treatment. The scores of the quality of life of the physical function (80.0) and functional (76.8) and symptoms of pain (18.3), loss of appetite (16.7) and diarrhea (18.3) were classified as very good and the scores of the emotional (61,7), cognitive (63,0) and social functions (70,0) and fatigue (31,7), nausea and vomiting symptoms (30.0), dyspnea (30.0), insomnia (28.3) and constipation (45.0) and the financial difficulties (48.3) were classified as good. It can be concluded that the patients evaluated in the present study have a satisfactory quality of life.

KEYWORDS: Quality of Life. Breast Cancer Chemotherapy Neoplasia Oncology

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Escalas, domínios e questões correspondentes no questionário do EORTC QLQ-C30	31
Tabela 2 - Classificação sugerida por Akhondi-Meybodi et al. (2016) para os escores da escala funcional do questionário EORTC QLQ C30.....	33
Tabela 3 - Classificação sugerida por Akhondi-Meybodi et al.(2016) para os escores da escala sintomática/ítems do questionário EORTC QLQ C30	33
Tabela 4 - Caracterização sociodemográfica das mulheres com câncer de mama submetidas ao tratamento quimioterápico (n=20), em uma clínica privada de Governador Valadares - MG, de março a abril de 2018.	36
Tabela 5 - Distribuição percentual e absoluta de mulheres com câncer de mama em uma clínica privada de Governador Valadares, Minas Gerais, de março a abril de 2018, categorizadas de acordo com a faixa etária.	37
Tabela 6 -Distribuição percentual e absoluta de mulheres com câncer de mama em uma clínica privada de Governador Valadares, Minas Gerais, de março a abril de 2018, categorizadas de acordo com a procedência.....	37
Tabela 7 - Distribuição percentual e absoluta de mulheres com câncer de mama em uma clínica privada de Governador Valadares, Minas Gerais, de março a abril de 2018, categorizadas de acordo com a escolaridade.	38
Tabela 8 - Distribuição percentual e absoluta de mulheres com câncer de mama em uma clínica privada de Governador Valadares, Minas Gerais, de março a abril de 2018, categorizadas quanto à realização de atividade física.	39
Tabela 9 - Distribuição percentual e absoluta de mulheres com câncer de mama em uma clínica privada de Governador Valadares, Minas Gerais, de março a abril de 2018, categorizadas de acordo com os dados clínicos da paciente.	41
Tabela 10 - Distribuição percentual e absoluta de mulheres com câncer de mama em uma clínica privada de Governador Valadares, Minas Gerais, de março a abril de 2018, categorizadas de acordo com a lateralidade do tumor.....	41
Tabela 11 - Distribuição percentual e absoluta de mulheres com câncer de mama em uma clínica privada de Governador Valadares, Minas Gerais, de março a abril de 2018, categorizadas de acordo como procedimento cirúrgico.	43
Tabela 12 - Regime do tratamento antineoplásico das pacientes com câncer de mama submetidas ao tratamento quimioterápico (n=20), em uma clínica privada de Governador Valadares MG, de março a abril de 2018.	44
Tabela 13 - Distribuição percentual e absoluta de mulheres com câncer de mama em uma clínica privada de Governador Valadares, Minas Gerais, de março a abril de 2018, categorizadas de acordo com o tempo de tratamento.....	45

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Resultado e classificação da média dos escores obtidos para os domínios das escalas funcionais do questionário EORTC QLQ C30.....46

Figura 2 - Resultado da média e classificação dos escores obtidos para os domínios das escalas de sintomas do questionário EORTC QLQ C30.....49

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AJCC	American Joint Committee on Cancer
DATASUS	Departamento de informática do Sistema Único de Saúde do Brasil
EC	Estadiamento Clínico
EORTC	European Organization for Research and Treatment of Cancer
EUA	Estados Unidos da América
HER-2	Receptor do fator de crescimento epidermal humano 2
INCA	Instituto Nacional do Câncer
MG	Minas Gerais
OMS	Organização Mundial de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCC	Trabalho De Conclusão De Curso
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
1.1. CARCINOGENESE MAMÁRIA	14
1.2. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS	14
1.3. FATORES DE RISCO PARA O CÂNCER DE MAMA	15
1.4. DIAGNÓSTICO DO CÂNCER DE MAMA.....	17
1.5. ESTADIAMENTO CLÍNICO DO CÂNCER DE MAMA	19
1.6. TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA	21
1.7. CÂNCER DE MAMA E QUALIDADE DE VIDA	24
3. OBJETIVOS	29
3.1. OBJETIVO GERAL.....	29
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	29
4. METODOLOGIA.....	29
4.1. TIPO, LOCAL, PERÍODO E POPULAÇÃO DE ESTUDO	29
4.2. COLETA DOS DADOS.....	30
4.3. PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	31
4.4. ANÁLISE DOS DADOS	32
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	34
6. CONCLUSÃO.....	52
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53
ANEXOS	64
APÊNDICE	76

1. INTRODUÇÃO

1.1. CARCINOGENESE MAMÁRIA

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o câncer pode ser definido como o crescimento descontrolado da célula assim como sua disseminação. O câncer pode afetar qualquer parte do corpo, possui a capacidade de frequentemente invadir os tecidos vizinhos e pode disseminar para locais distantes (metástase) (INCA,2011).

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2007), as causas de câncer são variadas, podendo ser externas ou internas ao organismo, estando ambas inter-relacionadas. As causas externas relacionam-se ao meio ambiente e aos hábitos ou costumes próprios de um ambiente social e cultural. As causas internas são em sua maioria, geneticamente pré-determinadas, ligadas à capacidade do organismo de se defender das agressões externas. Esses fatores causais podem interagir de várias formas, aumentando a probabilidade de transformações malignas nas células normais. Porém, apesar dos diversos estudos sobre a etiologia do câncer ainda há um conhecimento preciso sobre sua origem (BARRETO, 2010).

O câncer de mama é, provavelmente, o tipo de câncer mais temido pelas mulheres, devido à sua alta frequência e, sobretudo, pelos seus efeitos psicológicos, que afetam a percepção de sexualidade e a própria autoimagem (OLIVEIRA, 2010).

O carcinoma invasivo de mama é definido como um grupo de tumores epiteliais malignos caracterizados por invadir o tecido adjacente e ter elevada tendência à metástase (BUITRAGO et al., 2011).

O sintoma mais comum de câncer de mama é o aparecimento de nódulo, geralmente indolor, duro e irregular, mas há tumores que são de consistência branda, globosos e bem definidos. Outros sinais de câncer de mama são edema cutâneo semelhante à casca de laranja, retração cutânea, dor, inversão do mamilo, hiperemia, descamação ou ulceração do mamilo e secreção papilar, geralmente, unilateral, espontânea e transparente, podendo ser rosada ou avermelhada, devido à presença de glóbulos vermelhos. Podem também surgir linfonodos palpáveis na axila (INCA, 2015).

1.2. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

A obtenção de dados sobre a distribuição da incidência e da mortalidade do câncer é essencial para o conhecimento epidemiológico sobre os aspectos determinados desde a origem

da patologia até aos fatores prognósticos envolvidos na neoplasia maligna. Muitas instituições públicas utilizam desses dados como instrumento para formulação de protocolos e melhorias em práticas assistenciais à saúde (ANDRADE et al., 2012).

Em virtude da magnitude do problema, dados demonstram que o câncer de mama é a principal causa de mortalidade no mundo. Cerca de 1,7 milhões de novos casos foram diagnosticados em 2012 (WCRFI, 2015).

Observa-se uma variabilidade na incidência nas diferentes regiões do mundo, com taxas variando de 27,0/100 mil na África Central e Ásia Oriental a 92,0/100 mil na América do Norte. Em virtude da sobrevida mais favorável nas regiões desenvolvidas, as taxas de mortalidade são menores, sendo 6,0/100 mil na Ásia Oriental a 20,0/100 mil na África Ocidental (FERLAY et al., 2013).

No Brasil, conforme dados estatísticos, em 2015, ocorreram 15.403 óbitos por câncer de mama sendo a segunda causa de morte na população, representando, portanto, um grande problema de saúde pública (BRASIL, 2017; RODRIGUES; SILVA; CARDOSO, 2016).

As regiões sul e sudeste representam 70% da ocorrência de novos casos em 2015, sendo que nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul, ocorreram 16.340, 8.050 e 5.110 novos casos, respectivamente (DATASUS, 2017; INCA 2017).

O estado de Minas Gerais aponta uma elevada taxa de incidência, chegando a 48,19 casos para cada grupo de 100 mil mulheres, e a taxa de mortalidade feminina por câncer de mama estimado em 2013 foi de 11,37 óbitos para cada 100 mil mulheres e o estado apresentou 5360 novos casos de câncer de mama em 2016 (DATASUS, 2017).

1.3. FATORES DE RISCO PARA O CÂNCER DE MAMA

A neoplasia mamária é uma doença heterogênea com comportamentos distintos. A heterogeneidade dessa doença pode ser observada pelas variadas manifestações clínicas e diferenças nos padrões genéticos e respostas terapêuticas. É uma doença de etiologia multifatorial, que envolve fatores de risco como idade avançada, menarca precoce, nuliparidade, primeira gestação após os 30 anos, uso de anticoncepcionais orais, obesidade, menopausa tardia, terapia de reposição hormonal, história familiar e fatores ambientais como tabagismo e etilismo (GOMES et al., 2012; INCA, 2018; RODRIGUES; CRUZ; PAIXÃO, 2015; SILVA; RIUL, 2012; VIDOTTI et al., 2013).

Mulheres mais velhas, sobretudo a partir dos 50 anos de idade, têm maior risco de desenvolver câncer de mama. O acúmulo de exposições ao longo da vida e as próprias

alterações biológicas com o envelhecimento aumentam, de modo geral, esse risco (WHO, 2015).

A exposição prolongada ao estrogênio associa-se ao maior risco de câncer de mama, enquanto o inverso não constitui um fator de proteção. Diante disso, mulheres que tiveram menarca precoce (antes dos 12 anos) ou menopausa tardia (após 55 anos) têm um risco aumentado de desenvolver câncer de mama (; GOMES, 2012; SILVA et al., 2011).

Os fatores genético-hereditários estão relacionados à presença de mutações em determinados genes, especialmente em BRCA1 e BRCA2. Mulheres que possuem vários casos de câncer de mama e/ou pelo menos um caso de câncer de ovário em parentes consanguíneos, sobretudo em idade jovem, ou câncer de mama em homem também em parente consanguíneo, podem ter predisposição genética e são consideradas de maior risco para a doença. O câncer de mama de caráter hereditário corresponde a apenas 5% a 10% do total de casos (ADAMI, 2008).

Os genes BRCA têm como função impedir a formação de tumores por meio do reparo nas moléculas de DNA alteradas. As proteínas codificadas pelos genes BRCA interagem com inúmeras proteínas para reparar as quebras no DNA, no entanto, quando não realizam o reparo induzem a apoptose celular. Dessa forma, ao atuar no reparo do DNA, desempenham um papel crítico na manutenção da estabilidade de informação genética da célula (LYNCH; SNYDER; CASEY, 2013).

No contexto da história familiar de pacientes com câncer de mama, observou-se a existência de um ou mais parentes de primeiro grau com câncer de mama antes dos 50 anos, um ou mais parentes de primeiro grau com câncer de mama bilateral ou câncer ovariano em qualquer idade, parente com câncer de mama masculina e câncer de mama ou doença mamária benigna prévia (SILVA et al., 2011).

Segundo Matos et al. (2010), o aumento do risco para o desenvolvimento da neoplasia mamária está relacionado a hábitos de vida não saudáveis. Nessa mesma perspectiva, Pereira (2017) afirma que indivíduos obesos, com consumo exagerado de gorduras, álcool, dietas hipercalóricas, que normalmente levam uma vida sedentária são mais propensas ao desenvolvimento de câncer de mama, intestino e próstata (CARVALHO, 2010, PEREIRA et al., 2017).

Um estudo realizado por Picon et al. (2017) mostrou que a obesidade está associada um maior risco de desenvolvimento do câncer de mama, pois o tecido adiposo produz citocinas e mediadores inflamatórios, criando um ambiente que promove a invasão e metástase .

O consumo de bebidas alcoólicas acima de 60 gramas por dia, também é considerado um fator carcinogênico, uma vez que o acetaldeído, metabólito produzido pelo álcool, é estimulador da produção de estrogênio e imunodepressor (PICON et al., 2017).

O principal fator ambiental carcinogênico é a exposição prévia às radiações ionizantes, sendo que o risco de desenvolver o câncer de mama é diretamente proporcional à dosagem da radiação e inversamente proporcional à idade da mulher na época da exposição (SILVA et al., 2011).

1.4. DIAGNÓSTICO DO CÂNCER DE MAMA

A neoplasia mamária, quando identificada na fase inicial da doença, possui maiores chances de cura e possibilidades de terapias mais efetivas e menos agressivas. O diagnóstico precoce da doença está intimamente relacionado com a capacidade da mulher autoconhecer-se. Nesse sentido, o autoexame das mamas é essencial para que ela, em caso de qualquer anormalidade suspeita, busque o serviço de saúde para uma investigação diagnóstica (BRASIL, 2013; INCA, 2018).

O Ministério da Saúde descreve as cinco alterações na mama que servem de alerta: presença de nódulo ou espessamento que pareça diferente do tecido das mamas, mudança no contorno das mamas, desconforto ou dor de forma persistente em uma única mama, alterações no mamilo e surgimento de secreções espontâneas pelo mamilo, principalmente se forem unilaterais. Portanto, a participação da mulher é fundamental para a detecção precoce do câncer de mama (BRASIL, 2013).

A prática do exame físico representa grande importância clínica, pois, mesmo nos países com rastreamento mamográfico, mais de 40% dos cânceres são identificados inicialmente como massa palpável, sendo a maior parte desses casos identificados pelas próprias mulheres (MATHIS et al. 2010, apud, BRASIL, 2013).

A detecção precoce da neoplasia mamária também pode ser feita por meio da mamografia, realizada em mulheres sem sinais ou sintomas da doença. No Brasil, recomenda-se que a mamografia seja ofertada para mulheres entre 50 e 69 anos, a cada dois anos. Em casos de história familiar, o exame deverá ser feito anualmente a partir dos 35 anos. Essa também é a rotina adotada na maioria dos países que implantou o rastreamento do câncer de mama e teve-se impacto na redução da mortalidade por essa doença (INCA, 2018).

A mamografia é um exame capaz de detectar lesões milimétricas ainda em fase inicial, ou seja, as lesões pré-clínicas. O exame é realizado por um mamógrafo (aparelho de raio X),

onde a mama é comprimida em duas placas, de forma a oferecer imagens de alta qualidade para um diagnóstico eficaz (CARDOSO, 2016; PFIZER, 2018).

Além da mamografia, outro meio eficaz para a detecção precoce de câncer mamário é o exame clínico de mamas. O procedimento consiste em avaliar sinais e sintomas manifestados verbalmente pelas pacientes. O exame clínico é parte integrante da investigação de lesões suspeitas de câncer de mama que inclui a inspeção estática, a inspeção dinâmica e a palpação das mamas e das cadeias ganglionares axilares e supraclavicular (BRASIL, 2013).

Para a complementação da mamografia, a utilização da ultrassonografia é considerada obrigatória. Esse método de diagnóstico é amplamente difundido, sendo utilizado como adjuvante à mamografia e também em casos de achados clínicos. A ultrassonografia é o exame de primeira escolha para mulheres com menos de 35 anos de idade, sendo também utilizado em caso de mamas densas, nódulos palpáveis com ou sem mamografia negativa e também em processos inflamatórios nas mulheres grávidas com sintomas mamários e em lactantes (BRASIL, 2013; SILVA et al., 2011).

O diagnóstico final do câncer é feito por meio do achado histopatológico. A biópsia cirúrgica é considerada “padrão ouro”, porém, em contexto de apresentação de câncer de mama em estágios avançados, biópsias minimamente invasivas podem desempenhar um importante papel por fornecer o diagnóstico antes da terapêutica. A escolha do método de biópsia vai depender da classificação radiológica, do tipo e da localização da lesão, da composição e do tamanho da mama da paciente, do material e dos equipamentos disponíveis, dos recursos humanos e das características de cada serviço (BRASIL, 2013).

O uso da Ressonância Magnética das mamas como estadiamento pré-operatório da mama contralateral nas pacientes com câncer de mama comprovado é recomendado tanto pelo Colégio Americano de Radiologia quanto pela Sociedade Europeia de Imagem da Mama (MANN, 2008).

Estudo realizado por França (2017) demonstrou que a ressonância magnética das mamas possui melhor correlação com o tamanho do tumor encontrado na avaliação da peça cirúrgica, quando comparada com a mamografia e a ultrassonografia. Em outro estudo, a ressonância magnética das mamas identificou lesões adicionais em número significativo de pacientes (33,1%), sendo cerca de um terço destas malignas e modificou o planejamento terapêutico em 14,4% dos casos (BATISTON, 2009).

Entre as mulheres brasileiras, aproximadamente 60% das neoplasias malignas da mama são diagnosticadas em EC III e IV. Diferentemente, em países como Estados Unidos da

América (EUA) e Inglaterra, 80% das mulheres recebem o diagnóstico do câncer de mama em EC I e II (BATISTON, 2009).

1.5. ESTADIAMENTO CLÍNICO DO CÂNCER DE MAMA

O estadiamento descreve a gravidade do câncer de um indivíduo com base na magnitude do tumor primário, bem como na extensão em que ocorreu metástase. Conhecer o estágio do câncer auxilia o profissional da saúde no planejamento terapêutico, no real prognóstico evolutivo da doença e na avaliação dos resultados do tratamento (AJCC, 2018).

Atualmente, o câncer de mama é estadiado baseado no Sistema TNM, recomendado pelo *American Joint Committee on Cancer and International Union for Cancer Control* (AJCC- UICC). O sistema de classificação TNM foi desenvolvido como uma ferramenta para os médicos classificarem os diferentes tipos de câncer com base em certos critérios padronizados. O sistema TNM classifica os tumores segundo os atributos histológicos que influenciam diretamente no prognóstico: tamanho do tumor (T), presença e extensão do acometimento linfonodal locorregional (N) e presença ou ausência de metástases (M) (AJCC, 2018; SILVA, 2018).

Dessa forma, tem-se a seguinte classificação geral: TX - tumor primário não pode ser avaliado; T0 - nenhuma evidência de tumor primário; TIS - carcinoma *in situ* (câncer precoce que não se propagou para outros tecidos); T1-T4 - tamanho e/ou extensão do tumor primário; NX - linfonodos regionais não podem ser avaliados; N0 - nenhum envolvimento linfonodal regional; N1-N3 - envolvimento de linfonodos regionais; MX - presença de metástase à distância não pode ser avaliada; M0 - nenhuma metástase à distância; M1 - metástase à distância (AJCC, 2018).

O estadiamento clínico do câncer de mama envolve a avaliação adequada da extensão local e distante da doença e deve ser feito de maneira precisa, a fim de levar a um correto diagnóstico, pois isso determinará a indicação de terapia, seja com quimioterapia neoadjuvante, nos casos de tumores localmente avançados ou com cirurgia primária conservadora ou radical. Sabe-se também que pode existir uma diferença entre o estadiamento clínico realizado na consulta inicial e o estadiamento patológico observado após a ressecção cirúrgica primária, quando comparado os achados do anatomopatológico com a suspeita clínica inicial (ESPINOLA, 2015). O estadiamento do câncer de mama tem papel fundamental em todas as etapas do tratamento e tem por objetivo estratificar os pacientes por

estágios que permite aos profissionais que atuam na área agrupá-los segundo prognóstico (FIGUEIREDO, 2013).

O agrupamento do estadiamento é classificado numa escala de zero a quatro que determina o tipo de tratamento específico baseado no tamanho do tumor, presença e extensão de envolvimento linfático loco regional e presença de metástase (Anexos 1, 2 e 3). Tal procedimento tem por objetivo unificar e padronizar o tratamento (AJCC, 2002; BRASIL, 2004).

Fatores relacionados ao diagnóstico, tais como, acometimento de tecidos adjacentes, resultados anatomopatológicos (biópsia), localização e delimitação do tumor, confirmação de evolução do caso com a presença de metástase, lesões de nervos, vasos e linfonodos ou acometimento periférico e a avaliação dos marcadores tumorais e condições gerais do paciente são determinantes para estadiamento do câncer de mama (INCA, 2015).

O diagnóstico servirá de base para determinar o prognóstico e a expectativa de vida do paciente. Fatores relacionados às condições apresentadas no momento da avaliação clínica determinará a evolução do quadro clínico e definirá a escolha do melhor tratamento para minimizar as complicações decorrentes de agravamento da doença. Diversas são as possibilidades de tratamento e para a melhor escolha precisa-se avaliar a condição imunológica do paciente e fatores hormonais e nutricionais que poderão ser determinantes na evolução ou remissão do quadro (BUITRAGO et al., 2011).

Dentre os principais fatores para prognóstico do câncer de mama estão o estadiamento da doença, tipo e grau histológico, expressão de receptores de estrógeno e progesterona e mais recentemente a superexpressão do receptor do fator de crescimento epidérmico humano (HER-2) (BUITRAGO et al., 2011).

A resposta biológica está condicionada ao funcionamento endócrino e possui grande relevância nas condições patológicas. Dentre os fatores determinantes para o prognóstico do câncer de mama os mais utilizados são os receptores de estrógeno e progesterona. Estudos afirmam que a relação positiva está associada a melhor expectativa de vida, maior intervalo e maior período livre da doença (PACHINI, 2012). Ressalta-se ainda que na ausência dos receptores de estrógeno e progesterona a resposta à terapia hormonal adjuvante perde sua efetividade (ABREU; KOIFMAN, 2002).

Na mesma proporção, à medida que a paciente apresenta maior quantidade HER-2 e elevada cópia de gene mais agressivo será o tumor e pior será o prognóstico, reduzindo em contrapartida a expectativa de vida, possibilidade de tratamento, cura e aumentando a propensão à recidiva e à metástase. As respostas aos agentes quimioterápicos e hormonais

variam de acordo com a quantidade de HER-2 expressa. Quando maior o estímulo hormonal, maior será o crescimento tumoral e a possibilidade de agressividade, atingindo assim os linfonodos axilares. Tal avaliação serve de base para o diagnóstico, tratamento e prognóstico no estadiamento (HADDAD, 2010).

Vale ressaltar que quanto maior o tumor pior será o prognóstico e a presença dos linfonodos em região axilar com metástase serve de base para definir o estadiamento, tratamento e prognóstico. Segundo Buitrago et al. (2011), a presença do tumor menor que 1,0 cm linfonodo negativo aumenta a sobrevida livre da patologia em 90% em 10 anos (BUITRAGO et al., 2011).

A taxa de sobrevida relativa em 5 anos para mulheres com câncer de mama em EC 0 ou EC I é de aproximadamente 100%, enquanto que para mulheres com câncer de mama em EC II e III, a taxa de sobrevida relativa em 5 anos é de 93% e 72%, respectivamente. Os cânceres de mama metastáticos ou em EC IV têm uma taxa de sobrevida relativa de 22% em 5 anos (ONCOGUIA, 2017).

O estabelecimento do estadiamento é um procedimento que tem implicações na complementação terapêutica necessária, e principalmente, na avaliação prognóstica do caso. Segundo Barbosa (2014), a revisão periódica do estadiamento é de suma importância para verificar a eficácia dos programas de detecção precoce, terapêutica e mortalidade, além de ser um preditor de sobrevida do paciente.

1.6. TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA

O tratamento do câncer de mama, conforme prevê a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, deve ser feito por meio das Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) e dos Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), que fazem parte de hospitais de nível terciário. Este nível de atenção deve estar capacitado para realizar o diagnóstico diferencial e definitivo do câncer e determinar sua extensão (estadiamento) e tratamento (cirurgia, radioterapia, oncologia clínica e cuidados paliativos) e para acompanhar e assegurar a qualidade da assistência oncológica (INCA, 2018).

Nos últimos anos ocorreram avanços na terapia da neoplasia mamária, priorizando tratamentos menos invasivos em detrimento das cirurgias e com o respeito à individualização do tratamento que varia de acordo com o avanço da doença e das condições da paciente, como idade, estado menopausal e comorbidades (CARVALHO et al., 2013; INCA 2018).

Os tratamentos utilizados em pacientes com neoplasias mamárias têm por finalidade proporcionar a cura, aumentar a sobrevida e melhorar a qualidade de vida das pacientes. As modalidades de tratamento da neoplasia mamária são divididas em local (cirurgia e radioterapia) e sistêmica (quimioterapia, hormonioterapia e terapia biológica), que são utilizadas em conjunto no tratamento das neoplasias malignas, variando apenas quanto à importância de cada uma e quanto à ordem de sua indicação, pois dificilmente as neoplasias malignas são tratadas apenas com uma modalidade terapêutica (CARVALHO et al., 2013; INCA, 2018; RODRIGUES et al., 2016).

A cirurgia é frequentemente a primeira modalidade do tratamento curativo, quando se trata de tumores relativamente pequenos. O procedimento cirúrgico consiste na remoção do tumor com uma margem de segurança e é classificado em dois tipos: cirurgia conservadora também conhecida como setorectomia e a não conservadora também conhecida como mastectomia (JAGUARÃO, 2013; ONCOGUIA, 2017).

A cirurgia conservadora consiste na retirada do segmento ou setor da mama que contém o tumor, preservando o órgão ao máximo. Para permitir uma setorectomia, em algumas situações, é necessário começar pelo tratamento sistêmico para reduzir o tamanho do tumor (JAGUARÃO, 2013; ONCOGUIA, 2017).

A mastectomia é um procedimento mais invasivo, que consiste na retirada de toda a mama, incluindo todo o tecido mamário e às vezes tecido próximo. Em caso de desejo da paciente, poderá ser realizada uma mastectomia dupla, retirando-se então as duas mamas (ONCOGUIA, 2017).

A radioterapia é a utilização da alta energia dos raios X para destruir as células tumorais e, normalmente, é indicada após a cirurgia conservadora, para minimizar a recidiva, mas também pode ser indicada para tratamento paliativo, em pacientes que a doença não seja mais curável (SILVA et al., 2014).

Silva et al. (2014) ressaltam alguns efeitos colaterais comuns durante o tratamento da radioterapia como a queimadura da pele, fadiga, desconforto na axila e alteração temporária na hematopoiese (anemia, leucopenia e trombocitopenia). Esses efeitos tendem a ser exacerbados nos casos em que a quimioterapia e radioterapia são aplicadas simultaneamente (SILVA et al., 2014).

O termo quimioterapia foi designado por Paul Erlich, no início da década de 1920, para se referir ao uso de substâncias químicas sintéticas utilizadas contra causadores de infecções. Quando utilizada para o tratamento de câncer, denomina-se quimioterapia antineoplásica ou antitumoral (RODRIGUES et al., 2016).

A administração da quimioterapia pode ocorrer de forma neoadjuvante e adjuvante. A quimioterapia neoadjuvante é indicada antes do tratamento principal, sendo rotineiramente utilizada para a diminuição do tumor. Já a quimioterapia adjuvante é utilizada após o procedimento cirúrgico contribuindo para a diminuição do risco de metástases (JAGUARÃO 2013; SILVA, 2018).

A quimioterapia é um tratamento sistêmico que consiste na administração de substâncias citotóxicas, isoladas ou combinadas que atingem indiscriminadamente todas as células do organismo, principalmente células de rápida proliferação. Os quimioterápicos causam muitos efeitos adversos, os quais podem ser divididos em dois grupos: agudos, que ocorrem alguns minutos após a administração dos agentes antineoplásicos e podem persistir por alguns dias, e tardios, que aparecem semanas ou até meses após a infusão dos medicamentos (JAGUARÃO, 2013; RODRIGUES et al., 2016).

Os efeitos adversos dos quimioterápicos são classificados como toxicidade não hematológica e hematológica. Entre os efeitos adversos que são relatados no grupo de toxicidade não hematológica se destacam as toxicidades gastrointestinais, cardíacas, renais, pulmonares, hepáticas, neurológicas, dermatológicas, alterações metabólicas, disfunções reprodutivas e reações alérgicas. O grupo de toxicidade hematológica engloba a leucopenia, a trombocitopenia e a neutropenia febril (RODRIGUES et al., 2016).

A hormonioterapia tem como principal objetivo evitar que células malignas prossigam recebendo hormônios que estimulam o seu crescimento. Sendo assim, através desse tratamento almeja-se alterar os níveis de hormônios femininos produzidos pelo organismo ou evitar que os mesmos atuem e facilitem o progresso das células cancerígenas (SEARA, 2012).

A escolha desse tratamento tem por finalidade, sobretudo, elevar o intervalo livre da doença e a sobrevivência global. A aplicação da hormonioterapia pode distinguir-se como adjuvante ou como paliativa, em casos da doença em estado avançado (SEARA, 2012).

O tratamento sistêmico será determinado de acordo com o risco de recorrência, idade da paciente, comprometimento linfonodal, tamanho tumoral, grau de diferenciação e características tumorais (BRITO; PORTELA; VASCONCELLOS, 2014).

Ainda segundo Brito, Portela e Vasconcellos (2014), a hormonioterapia pode ser indicada quando os receptores de estrógenos e estrogênios estão inibidos, reduzindo assim o risco de aumento do tumor.

1.7. CÂNCER DE MAMA E QUALIDADE DE VIDA

O termo qualidade de vida tem sido amplamente divulgado na sociedade contemporânea e vem permeando em todas as áreas de conhecimento. Nas ciências humanas, ciências sociais e, principalmente, ciências da saúde o conceito de qualidade de vida é cada vez mais utilizado. Não há um consenso sobre quando a expressão qualidade de vida foi utilizada pela primeira vez, embora, no ano de 1920 o termo tenha sido relacionado com as condições de trabalho e bem-estar dos trabalhadores (COELHO, 2008; SCATTOLIN, 2006).

Após a Segunda Guerra Mundial, as influências da doutrina filosófica baseada em questões da ética e moralidade resultaram em mudanças sociais que passaram a ser formuladas na solidificação de novos paradigmas “bem-estar” e “qualidade de vida”. Nesse mesmo período, ocorreu uma nova visão do processo saúde/doença, que contribuiu para a OMS redefinir um novo conceito de saúde (SCATTOLIN, 2006).

Após os movimentos sociais nos EUA e iniciativas políticas para melhorar as condições de vida dos cidadãos, o conceito sobre a qualidade de vida tornou-se amplamente associado à indicadores sociais como educação, moradia trabalho e lazer. Entretanto, a evolução do conceito demonstrou que esses parâmetros não eram suficientes para mensurar a qualidade de vida dos indivíduos. Dessa maneira, seria necessário avaliar o quanto cada pessoa estava satisfeita ou insatisfeita com sua vida, o que se convencionou chamar de qualidade de vida subjetiva, ou seja, aquela sobre a qual somente a própria pessoa pode fazer um julgamento (SCATTOLIN, 2006).

Atualmente, a OMS (2012) define qualidade de vida como:

“a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto de sua cultura e no sistema de valores em que vive, em relação a suas expectativas, seus padrões e suas preocupações”.

Na área da oncologia a avaliação da qualidade de vida surgiu a partir do momento em que se tornou evidente a existência de doentes crônicos com aumento na sobrevida e também com o aparecimento novos tratamentos eficazes (SCATTOLIN, 2006).

O termo qualidade de vida relacionada à saúde é frequentemente empregado na literatura com objetivos semelhantes ao termo qualidade de vida, implicando em aspectos mais diretamente associados às enfermidades ou às intervenções em saúde, tais como, o estado físico, funcional, psicológico, social e além da sexualidade, que é relevante para algumas patologias como o câncer de mama (ZANDONAI et al., 2010).

As medidas de qualidade de vida relacionada à saúde, especificamente relacionada ao câncer de mama, são definidas como o relato do impacto dessa doença e seu tratamento sobre algum aspecto da função. O que permite avaliar os impactos físico, psicológico e psicossocial da doença, identificar fontes de suportes familiar e social, além de medir a eficácia e os custos do tratamento (LOTTI et al., 2008).

Compreende-se que a qualidade de vida relativa à saúde é um conceito dinâmico alterando-se de acordo com o tempo e as situações vivenciais, das experiências e as vivências que se vão tendo ou adquirindo ao longo do tempo. Dessa forma, o conceito de qualidade de vida relativa à saúde é subjetivo, assim como os sintomas do câncer de mama e as reações adversas às terapias (COELHO, 2008).

Considerar que a qualidade de vida é composta por aspectos objetivos e subjetivos é essencial, pois a subjetividade considera o entendimento do sujeito de sua condição de saúde/doença, sua satisfação com a vida e o seu bem-estar psicológico. Atentar-se com a percepção subjetiva do paciente é um passo importante em direção a uma abordagem mais abrangente e humanista para o tratamento do câncer (AREDES, 2015). Por outro lado, o componente objetivo está relacionado aos indicadores epidemiológicos e clínicos das diferentes populações (CARVALHO, 2012).

Os aspectos objetivos, da qualidade de vida compreendem funcionalidade, competência cognitiva e interação do indivíduo com o meio e os aspectos subjetivos consistem na percepção, por parte de indivíduos ou grupos, da satisfação das suas necessidades e daquilo que não lhes é recusado nas ocasiões propícias à sua realização e à sua felicidade (TORRES, 2009).

Compreendendo a amplitude do conceito de qualidade de vida, que envolve aspectos físicos, sociais e emocionais, é de suma importância entender e considerar o quanto e como cada um desses domínios da qualidade de vida é afetado (TORRES, 2009).

Pacientes com câncer de mama mostram consideráveis mudanças em várias dimensões da qualidade de vida e vivenciam problemas emocionais, físicos, sociais com seus familiares em suas atividades diárias, devido à própria doença e seu tratamento (COELHO, 2008).

Segundo Schlosser et al. (2012), a realização de quimioterapia e radioterapia para tratamento do câncer de mama pode alterar expressivamente o dia-a-dia da paciente e pode repercutir em significativas alterações na sua qualidade de vida, pois ao submeter-se aos diferentes tipos de terapêutica para a doença estará vulnerável a seus respectivos efeitos adversos. Além disso, as consequências da administração dos agentes antineoplásicos podem

persistir por alguns dias, levando ao surgimento de efeitos tardios que aparecem semanas ou meses após sua infusão, como a alopecia e alterações gastrintestinais.

Entre as alterações nos aspectos físicos que acometem pacientes com câncer de mama em tratamento quimioterápico, pode-se citar dor, desconforto, fadiga, redução da libido, dificuldade de locomoção, dependência de substâncias, perda de apetite, náusea, vômito, sono e alterações sensoriais como perda de paladar e olfato (COELHO, 2008; PÚBLIO; SILVA; VIANA, 2014).

A vida social e as relações interpessoais da paciente com câncer de mama são aspectos inerentes à qualidade de vida que sofrem impactos decorrentes do tratamento. Pode-se constatar ainda que, mesmo quando chega ao fim do tratamento quimioterápico com sucesso, é comum que a paciente conviva com o medo da recidiva e das sequelas que advêm de um tratamento oncológico (JORGE, 2010).

A mastectomia resulta em mudanças dolorosas na vivência das mulheres, como modificações da libido, da autoimagem, da autoestima e comprometimento da sexualidade, tendo em vista que a mama é o órgão que representa a sua feminilidade, sexualidade e maternidade. Essa alteração da feminilidade e autoestima ocorre, principalmente, em mulheres mais jovens. As mulheres mastectomizadas sentem dificuldade de visualizar esse novo retrato que afeta a sua feminilidade. O convívio social e a aceitação da mastectomia são complexos, variando entre as mulheres (SILVA, 2018).

A retirada da mama pode causar constrangimento na mulher, trazendo fortes impactos emocionais, além de acarretar sentimentos de vergonha e culpa. Muitas mulheres sentem-se culpadas por acharem que deveriam ter se cuidado mais evitando o desenvolvimento e/ou agravamento da doença (SILVA, 2018).

Angústias, temores, preocupações e ansiedade são sentimentos que acompanham as mulheres com câncer de mama, desde o diagnóstico até o fim do tratamento da doença. Destaca-se aqui, então, a necessidade de apoio psicológico oferecido por toda a equipe multiprofissional, terapias com psicólogos, além do apoio familiar e do parceiro, que tem papel importante para a adaptação dessas pacientes (JORGE, 2010).

No período pré-operatório a mulher é tomada por uma sensação de medo, que pode ser amenizado com o apoio de familiares e a fé religiosa (NASCIMENTO, 2015). Nesse período, todas as orientações cabíveis precisam ser apresentadas à paciente, para que dessa forma proporcione confiança e segurança. Todos os profissionais envolvidos no cuidado à paciente com câncer de mama devem atuar de forma humanizada, proporcionando maior tranquilidade,

e, dessa forma, fazendo com que os pensamentos negativos sejam minimizados (PANCIERI, 2013).

As alterações dos aspectos emocionais da mulher com câncer de mama estão relacionadas com depressão, irritação, nervosismo, preocupação, pensamentos negativos, dificuldade de aprendizagem, perda de concentração e memória, baixa autoestima, alteração da imagem pessoal e muitas se sentem rejeitadas (COELHO, 2008; PÚBLIO; SILVA; VIANA, 2014).

Com relação ao aspecto ambiental, as mulheres com câncer de mama diminuem a intensidade, quantidade e tempo dedicados às atividades antes praticadas, como exposição ao sol, jardinagem e atividades físicas. Isso se dá, principalmente, em pacientes com linfedema, que sentem desconforto e vergonha devido ao aumento do volume do membro. Além disso, diversas mulheres deixam ou diminuem seus trabalhos profissionais, o que acaba influenciando na condição financeira familiar (SIQUEIRA, 2007).

De acordo com Pimentel (2006), um dos obstáculos para medir a qualidade de vida de pacientes com câncer de mama é encontrar instrumentos aferidores válidos e adequados à população alvo. Coelho (2008) acredita que a forma como o doente se sente por vezes difere de como o profissional percebe os sentimentos do paciente. Por isso, deve ser o próprio doente a avaliar a sua qualidade de vida. Portanto, são desenvolvidos questionários com conjunto de itens que agrupam aspectos da qualidade de vida em escala ordinal na frequência e na intensidade.

2. JUSTIFICATIVA DO TRABALHO

A mama representa um órgão de identidade feminina e o diagnóstico de uma neoplasia maligna mamária gera abalos significativos na vida da mulher, em que são comuns a sensação de angústia, sofrimento e ansiedade. Durante o tratamento, a paciente vivencia perdas físicas, emocionais e sociais, o que modifica significativamente a rotina diária dessas pacientes e impacta de forma direta na sua qualidade de vida (VILLA et al., 2017).

Apresenta uma alta incidência, destacando-se como o segundo tipo de câncer mais frequente no mundo e o mais comum entre as mulheres (BUITRAGO et al., 2011).

Segundo Filipova et al. (2014) o câncer de mama é considerado a doença maligna mais comum em mulheres de todo o mundo, sendo que, nos países em desenvolvimento, nos últimos anos a incidência deste tipo de câncer tem aumentado progressivamente.

No Brasil, a neoplasia mamária apresenta alta taxa de incidência e prevalência. No estado de Minas Gerais foi estimado, para o ano de 2018, cerca de 100 mil novos casos de câncer, o que se constitui um problema de saúde pública. Conhecer o novo processo que essas mulheres vivenciam no cotidiano é questão relevante, devido ao fato das pacientes durante a quimioterapia ficarem mais vulneráveis física e emocionalmente, podendo desistir ou interromper o tratamento quimioterápico em virtude das dificuldades encontradas nesse período (CARVALHO, 2012; INCA, 2018).

Tendo em vista o contexto e as circunstâncias do tratamento a que estão submetidas as pacientes, avaliar os aspectos físicos, sociais e emocionais de pacientes com câncer de mama em tratamento quimioterápico constitui uma ferramenta útil na elaboração de estratégias e planos que possam contribuir para a melhoria da qualidade de vida dessas pacientes durante e após as sessões de quimioterapia, bem como reduzir as possíveis evasões durante o tratamento.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GERAL

Avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres com câncer de mama em tratamento em uma clínica oncológica privada do município de Governador Valadares, Minas Gerais, no período de março a abril de 2018.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar, por meio de acesso a prontuários, as características sociodemográficas (procedência e escolaridade) de mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico em uma clínica oncológica privada do município de Governador Valadares, Minas Gerais, no período de março a abril de 2018;
- Avaliar, a frequência de mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico em uma clínica oncológica privada do município de Governador Valadares, Minas Gerais, que realizam atividade física, no período de março a abril de 2018;
- Avaliar, a lateralidade do tumor em mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico em uma clínica oncológica privada do município de Governador Valadares, Minas Gerais, no período de março a abril de 2018;
- Avaliar, o tipo de procedimento cirúrgico realizado em mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico em uma clínica oncológica privada do município de Governador Valadares, Minas Gerais, no período de março a abril de 2018;
- Avaliar, o tempo de tratamento quimioterápico em mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico em uma clínica oncológica privada do município de Governador Valadares, Minas Gerais, no período de março a abril de 2018;
- Avaliar, as funções física, funcional, emocional, cognitiva e social em mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico em uma clínica oncológica privada do município de Governador Valadares, Minas Gerais, no período de março a abril de 2018.

4. METODOLOGIA

4.1. TIPO, LOCAL, PERÍODO E POPULAÇÃO DE ESTUDO

O presente estudo é de natureza descritiva qualitativa transversal, pautado no método de análise de qualidade de vida em saúde de pacientes com câncer de mama em tratamento

quimioterápico, em uma clínica oncológica privada no município de Governador Valadares – MG. A população de estudo foi constituída por 20 mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico, no período de março a abril de 2018.

Foram incluídas no estudo todas as mulheres com diagnóstico de câncer de mama, independente da faixa etária, que tenham sido submetidas pelo menos a um ciclo de quimioterapia, que manifestara estar de acordo com a participação da pesquisa com a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (Anexo 4). Foram excluídas do estudo as pacientes que apresentaram dificuldades de comunicação verbal ou algum déficit cognitivo que comprometeria a compreensão dos questionários propostos, o que não ocorreu na clínica.

4.2. COLETA DOS DADOS

Os dados de características sociodemográficas e clínicas, quanto à realização de atividade física, realização de procedimentos cirúrgicos e tempo de tratamento quimioterápico foram obtidos por meio de acesso a prontuários. Já os dados de qualidade de vida foram obtidos por meio de aplicação do questionário estruturado *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire “Core”* (EORTC-QLQ-C30) adaptado (Anexo 5). O uso deste questionário foi autorizado pela organização que detém os direitos do instrumento e autorizado conforme e-mail (Apêndice 1).

O EORTC-QLQ-C30 é um instrumento validado utilizado na avaliação da qualidade de vida em pacientes com câncer, abrangendo os sintomas peculiares do câncer, tais como, efeitos adversos do tratamento, desempenho físico, psicológico, emocional, social e satisfação com tratamento. Esse instrumento apresenta como vantagem o uso livre para fins acadêmicos, além dos dados serem tratados a partir das análises estatísticas fornecidas pelo criador do instrumento (FAYERS, 2001; PÚBLIO; SILVA; VIANA, 2014).

Esse instrumento é estruturado na forma de um questionário, contendo 30 questões. A maioria das respostas é dada de forma objetiva, como: não (1), pouco (2), moderadamente (3) e muito (4), seguindo a forma de escala Likert (BRABO et al., 2006).

As perguntas podem ser agrupadas em escalas funcionais, sintomáticas e de saúde global. Os domínios associados a cada uma dessas escala estão apresentados na tabela 1.

Tabela 1 - Escalas, domínios e questões correspondentes no questionário do EORTC QLQ-C30

DOMÍNIOS	QUESTÕES
Escalas funcionais	
Função física	1 a 5
Função funcional	6 e 7
Função emocional	21 a 24
Função cognitiva	20 e 25
Função social	26 e 27
Escalas de sintomas/item	
Fadiga	10, 12, 18
Náusea e vômito	14 e 15
Dor	9 e 19
Dispneia	8
Insônia	11
Perda do apetite	13
Constipação	16
Diarreia	17
Dificuldades financeiras	28
Estado Global de Saúde	29,30

Fonte: FAYERS, 2001 (adaptado).

Os dados para todos os domínios podem ser tratados e agrupados em uma escala de pontuação que varia 0 a 100 (escore), utilizando-se dos valores médios para cada pergunta e a equação correspondente a sua escala no Manual de Pontuação do EORTC QLQ-C30. As equações utilizadas nos tratamentos estatísticos encontram-se relacionadas no Manual de Pontuação do EORTC QLQ-C30. Para os domínios associados às escalas funcionais, um escore tendendo a zero representa um pior estado de saúde, enquanto que um valor próximo a 100 representa melhor estado de saúde. Na escala sintomática quanto maior o escore pior é o estado de saúde (FAYERS, 2001).

4.3. PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Para a obtenção dos dados, foi estabelecido contato com a instituição privada anteriormente referida, por meio do envio de Carta de Apresentação e Solicitação de Coleta de Dados, com o projeto a folha de rosto da Plataforma Brasil, para apreciação e autorização destas.

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora com Número do Parecer: 2.360.093, sendo aprovado em 10 de novembro 2017. A coleta de dados foi então iniciada após parecer favorável de todos os envolvidos (Anexo 6).

As pacientes antes de serem entrevistadas, em conformidade com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional da Saúde, efetuaram a leitura do TCLE e assinaram em duas vias ficando com uma das vias e o entrevistador com a outra. Foi garantido às pacientes incluídas no estudo o anonimato e confidencialidade dos dados, bem como a liberdade de desistência da participação da pesquisa em qualquer momento durante a entrevista.

4.4. ANÁLISE DOS DADOS

Para a caracterização sociodemográfica, clínica, realização de atividade física e tempo de tratamento, os dados foram organizados em variáveis categóricas e numéricas e utilizando-se da frequência e porcentagens (%).

Para caracterização da qualidade de vida das mulheres com câncer de mama foi utilizado o questionário EORTC-QLQ-C30 adaptado. O cálculo dos escores para os domínios foi realizado conforme o Manual de Pontuação do EORTC QLQ-C30.

O cálculo do escore foi realizado da seguinte maneira:

- 1) Calculou-se o valor médio para as respostas de acordo com a escala de Likert, (variando de 1 a 4).
- 2) Realizou-se a seleção e cálculo do escore utilizando-se da equação de normalização segundo a escala correspondente a cada domínio, a saber:

Escala funcional: $S = \{1 - (RS - 1) / range\} * 100$

Escala sintomática: $\{1 - (RS - 1) / range\} * 100$

Onde RS= representa o valor médio para cada resposta

Range = faixa maior na escala de Likert.

A avaliação de qualidade de vida foi adaptada para melhor aplicabilidade no estudo sendo utilizadas apenas 28 questões do questionário EORTC QLQ C30. Para fins de comparação as médias de escore foram avaliadas de acordo a classificação sugerida por Akhondi-Meybodi et al. (2016). O valor dos escores na escala funcional (Tabela 2) é diretamente proporcional à qualidade de vida, ou seja, quanto maior o escore, melhor a qualidade de vida das pacientes (FAYERS, 2001).

Tabela 2 - Classificação sugerida por Akhondi-Meybodi et al. (2016) para os escores da escala funcional do questionário EORTC QLQ C30

Escala Funcional	
Média Do Escore	Classificação
Escore de 0 a 25	Muito ruim
Escore de 26 a 50	Ruim
Escore de 51 a 75	Bom
Escore de 76 a 100	Muito bom

Escalas funcionais= (função física, função funcional, função emocional, função cognitiva, função social). Akhondi-Meybodi et al. (2016).

O valor dos escores na escala sintomática/itens (Tabela 3) é inversamente proporcional, ou seja, quanto maior o escore pior a qualidade de vida das pacientes (FAYERS, 2001).

Tabela 3 - Classificação sugerida por Akhondi-Meybodi et al.(2016) para os escores da escala sintomática/itens do questionário EORTC QLQ C30

Escala Sintomática/ Itens	
Média Do Escore	Classificação
Escore de 0 a 25	Muito bom
Escore de 26 a 50	Bom
Escore de 51 a 75	Ruim
Escore de 76 a 100	Muito ruim

Escalas sintomática/itens= (fadiga, náusea e vômito, dor, dispneia, insônia, perda de apetite, constipação, diarreia, dificuldades financeiras) (Akhondi-Meybodi et al., 2016).

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente trabalho de conclusão de curso (TCC) foi realizado em conjunto com duas acadêmicas que avaliaram em seus trabalhos o perfil sociodemográfico (BRUM, 2018) e reações adversas no trato gastrointestinal e no sistema nervoso (MOREIRA, 2018). Os questionários dos três trabalhos foram aplicados, simultaneamente, para o mesmo grupo de mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico. Dessa forma, os dados dos trabalhos de perfil sociodemográfico e de efeitos adversos ao tratamento serão mostrados para fins de enriquecimento da discussão do presente trabalho.

Na tabela 4 são descritos os perfis sociodemográficos e de estilo de vida das pacientes avaliadas demonstrados por Brum (2018). Verificou-se que 70% das pacientes eram de etnia branca, e a maioria era casada (65%). Com relação ao estilo de vida, 60% das mulheres não faziam uso de bebidas alcoólicas e 90% não fumavam.

Em estudos semelhantes Anjos, Alayala e Höfelmann (2012) e Barbosa et al. (2017) mostraram que a maioria das pacientes com câncer de mama se autodeclarou de etnia branca. O predomínio do diagnóstico nessas mulheres pode ser devido à dificuldades na classificação étnico/raciais no Brasil, principalmente por se tratar de uma população miscigenada, uma vez que, o fornecimento de informações torna-se uma variável complexa e autodeclarada nos estudos (PINHEIRO, 2013).

Existem evidências que mostram uma pior sobrevida nas pacientes negras quando comparadas com as brancas e caucasianas. Isso pode estar relacionado com desigualdades no acesso ao atendimento e cuidados com a saúde, além das diferenças nas características tumorais (GUERRA, 2009; SCHNEIDER, 2008; SCHNEIDER; D'ORSI, 2009).

O estado civil apresentou dados próximos de outros estudos realizados em mulheres com câncer de mama. Barros et al. (2018), Epplein et al. (2011) e Lôbo et al. (2014) identificaram 61,5%, 87,3% e 56,6% de mulheres casadas ou que vivem em união estável com câncer de mama, respectivamente. O estado civil pode influenciar na sobrevida das pacientes diagnosticadas com câncer de mama. Segundo Eppelin et al. (2011), após 14 meses do diagnóstico, tanto um casamento como um companheiro estável estão associados a uma redução de 59% a 69% no risco de mortalidade. Além disso, segundo Lannin et al. (1998), mulheres norte-americanas que nunca foram casadas apresentam risco quase três vezes maior de desenvolverem câncer de mama em estágio avançado.

Um aspecto importante no tratamento dessa neoplasia são os relacionamentos interpessoais. A presença de um parceiro íntimo, provavelmente, influencia na qualidade de vida dessas mulheres, incluindo seus sentimentos de feminilidade e atratividade. A existência de um companheiro é um indicador de suporte social que demonstra um papel na qualidade de vida e adaptação à doença. Assim, o cônjuge pode ter influência positiva no estado psicológico e na qualidade da vida dessas pacientes (HANSEN, 2013; WIMBERLY et al., 2008).

É importante ressaltar o impacto do tratamento do câncer de mama na relação conjugal e na qualidade de vida das pacientes. Mulheres diagnosticadas com essa neoplasia afirmam ter medo de serem rejeitadas ou abandonadas pelos seus cônjuges em consequência das modificações corporais, como a alopecia e a secura vaginal, geradas pelo tratamento (RIBEIRO; OLIVEIRA, 2011; VIEIRA, 2014).

Com relação ao estilo de vida, a maioria das mulheres negou o tabagismo (90%) e etilismo (65%). A associação entre o tabagismo e o câncer de mama não é bem compreendida. Um estudo caso-coorte no Canadá com 39.532 mulheres não encontrou associação entre o risco de incidência deste câncer e o tabagismo (CATSBURG et al., 2014). Entretanto, segundo Hirko et al. (2015), o risco de câncer de mama aumenta significativamente com o número de cigarros fumados por dia, com piora do prognóstico com o uso continuado por uma década ou mais. A American Cancer Society (2015) assegura que o tabagismo a longo prazo pode ser um fator de risco no desenvolvimento do câncer de mama, principalmente, em mulheres que iniciaram o uso antes da primeira gravidez.

Com relação ao consumo de bebidas alcoólicas, existem alguns dados na literatura que comprovam a associação da ingestão do álcool com o câncer de mama. Em um estudo de coorte desenvolvido no Hawaí e na Califórnia, com 85.089 mulheres, cujo objetivo era investigar a associação entre o consumo de álcool e o risco de câncer de mama em uma grande população multiétnica, foi encontrada uma associação positiva em quatro dos cinco grupos étnicos estudados (PARK et al., 2014).

Acredita-se que o consumo de álcool pode estar associado ao câncer de mama por aumentar os níveis de estrógeno e que essa associação apresenta efeito dose-reposta, sendo que quanto maior a dose diária ingerida, maior o risco de desenvolver câncer de mama (LUCARELLI; MARTINS; ALDRIGHI, 2015).

Tabela 4 - Caracterização sociodemográfica das mulheres com câncer de mama submetidas ao tratamento quimioterápico (n=20), em uma clínica privada de Governador Valadares - MG, de março a abril de 2018.

Parâmetro	Variável	n	%
Etnia	Negra	3	15
	Branca	14	70
	Parda	3	15
	Não declarado	0	0
Estado civil	Solteiras + Viúvas + Divorciadas	7	35
	Casada	13	65
Etilismo	Sim	7	35
	Não	13	65
Tabagismo	Sim	2	10
	Não	18	90

Dados: Brum (2018).

A frequência da faixa etária das mulheres participantes do estudo foi maior que 50 anos (55%), com média de 52 anos (BRUM, 2018) (Tabela 4). Percebe-se que os resultados são similares aos encontrados na literatura, que demonstram a idade média variando entre 52 a 57 anos (GARCIA et al., 2015; LÔBO et al., 2014; PÚBLIO; SILVA; VIANA, 2014; TEO et al., 2015; VILLAR et al., 2017).

Por outro lado, os trabalhos realizados por Andrade et al. (2013) e Parinyanitikul et al. (2015) demonstraram maiores proporções de casos de câncer de mama em idades menores que 50 anos. Ressalta-se que o câncer de mama em mulheres mais jovens tem uma fisiopatologia mais agressiva, corroborando para estágios mais avançados de diagnóstico, quando comparados aos tumores de mama em mulheres mais velhas (LÔBO et al., 2014). O diagnóstico da neoplasia em mulheres jovens, pode ser justificado pelo fato de menstruarem cada vez mais precocemente, ficando mais expostas às ações hormonais (GONÇALVES, 2017; SILVA et al., 2012).

A idade da mulher no momento do diagnóstico pode influenciar na sua qualidade de vida. Ao serem diagnosticadas com o carcinoma, principalmente, as pacientes mais jovens, apresentam quadros de ansiedade e medo. As queixas mais frequentes estão relacionadas aos impactos estéticos gerados pelo tratamento, que podem influenciar na vida conjugal e nos relacionamentos interpessoais, além do afastamento do trabalho, que geralmente são mais facilmente superados pelas mulheres mais velhas (HOWARD-ANDERSON et al., 2012).

Em contrapartida, o tratamento do câncer de mama é especialmente desafiador em pacientes idosas. Há diversas razões para isso, incluindo uma alta taxa de comorbidades

associadas à doença, pior desempenho no início da terapia e menor expectativa de vida (LEINERT et al., 2017).

Tabela 5 - Distribuição percentual e absoluta de mulheres com câncer de mama em uma clínica privada de Governador Valadares, Minas Gerais, de março a abril de 2018, categorizadas de acordo com a faixa etária.

Faixa etária (n=20)	n	%
Maior que 50 anos	11	55
Menor que 50 anos	9	45

Dados: Brum (2018).

Com relação à procedência das pacientes, o presente estudo mostrou que 60% das pacientes eram de Governador Valadares, 25% de outros municípios de Minas Gerais e 15% de outros estados (Tabela 6).

De acordo com Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), o município de Governador Valadares é o mais populoso da microrregião de Governador Valadares e da mesorregião do Vale do Rio Doce e o nono mais populoso do estado de Minas Gerais representando um importante polo de tratamento e prevenção oncológico para a região. Em 2016, em Governador Valadares foram realizados 7.741 exames de mamografia pelo Centro Estadual de Atendimento Especializado (CEAE, 2017). Assim, é possível compreender a fração de pacientes que realizam tratamento no município de Governador Valadares provenientes de outros municípios.

Tabela 6 -Distribuição percentual e absoluta de mulheres com câncer de mama em uma clínica privada de Governador Valadares, Minas Gerais, de março a abril de 2018, categorizadas de acordo com a procedência.

Procedência (n=20)	n	%
Governador Valadares	12	60
Outro município	5	25
Outro estado	3	15

No que se refere ao grau de escolaridade, 40% das pacientes possuíam ensino médio e 45% nível superior. Destaca-se que apenas 15% das mulheres estudadas tinham somente ensino fundamental (Tabela 7).

A baixa escolaridade limita o acesso aos serviços de saúde, dificultando o conhecimento sobre os fatores de risco e sobre as práticas de detecção precoce com o

autoexame. Consequentemente, pode levar ao diagnóstico em estágios avançados da doença, o que aumenta a mortalidade em pacientes com baixa escolaridade (RASU et al., 2011; WANG et al., 2012). Ressalta-se que o autoexame de mama é uma ferramenta importante no diagnóstico precoce da doença. Logo, existe a necessidade de projetos informativos e educativos que respeitem as limitações das usuárias com baixa escolaridade.

Apesar da relação entre escolaridade e conhecimento acerca da profilaxia do câncer de mama, os estudos de Dugno (2014) e Graells (2018) não mostraram associação entre o nível de escolaridade e o estadiamento da doença.

Tabela 7 - Distribuição percentual e absoluta de mulheres com câncer de mama em uma clínica privada de Governador Valadares, Minas Gerais, de março a abril de 2018, categorizadas de acordo com a escolaridade.

Escolaridade (n=20)	n	%
Ensino fundamental	3	15
Ensino médio	8	40
Ensino superior	9	45

Com relação ao estilo de vida, 60% das mulheres afirmaram praticar atividade física (Tabela 8). As estimativas apontam que 3,2 milhões de pessoas morrem a cada ano devido ao sedentarismo. Observa-se ainda que pessoas que são insuficientemente ativas têm de 20,0 a 30,0% mais risco de morrer por todas as causas de mortalidade. A atividade física impacta diretamente na qualidade de vida, além de reduzir o risco de doença circulatória, hipertensão, diabetes, câncer de mama e de cólon, além de depressão (WHO, 2010).

Além disso, a realização de atividade física melhora a expectativa de recuperação no tratamento. Boing (2016) afirma que durante o tratamento do câncer de mama ocorre comprometimento no organismo das pacientes levando a consequências físicas, psíquicas, sociais e emocionais. Dessa forma, ressalta-se a necessidade de hábitos de vida saudáveis e a prática de atividades físicas, objetivando minimizar as complicações resultantes do tratamento e melhorar a qualidade de vida das pacientes, além de favorecer a integração a grupos de atividades, estimular o condicionamento físico como resposta positiva ao tratamento e diminui-se o risco de mortalidade após o diagnóstico do câncer de mama.

Além desses benefícios, um estudo de coorte realizado nos EUA com uma amostra de 182.862 mulheres que praticavam exercícios de forma regular, mostra que a prática de atividade física é um fator de proteção para o câncer de mama (INUMARU; SILVEIRA;

NAVES, 2011). Outros estudos mostram que atividade física auxilia na recuperação física e emocional das mulheres em tratamento, com conseqüente melhora da sua qualidade de vida (CARAYOL et al., 2013; MACHADO; BERGAMANN, 2012).

Tabela 8 - Distribuição percentual e absoluta de mulheres com câncer de mama em uma clínica privada de Governador Valadares, Minas Gerais, de março a abril de 2018, categorizadas quanto à realização de atividade física.

Realização de atividade física (n=20)	n	%
Sim	12	60
Não	8	40

Na avaliação sobre o estado menopausal das pacientes, observou-se que 45% estavam em menopausa (Tabela 8). Não foi possível avaliar quando precisamente ocorreu a menopausa, pois, nos prontuários não constavam essa informação (BRUM, 2018).

O início tardio da menopausa tem sido atribuído ou associado ao aumento das taxas de incidência do câncer de mama (BRASIL,2010; GLEASON; MDZINARISHVILI; SHERMAN, 2012). A menopausa tardia aumenta a duração da atividade menstrual, elevando o risco de câncer mamário, cuja incidência é duas vezes maior entre as mulheres em que a menopausa natural ocorre após os 55 anos de idade (BATISTON, 2003).

O desenvolvimento do câncer da mama em muitas mulheres parece estar relacionado a fatores hormonais, particularmente os de origem reprodutiva feminina, com diversos estudos epidemiológicos consistentemente identificando o risco de câncer de mama associado ao aumento da exposição á estrogênios endógenos, bem como exógenos. A menarca precoce e a menopausa tardia aumentam os riscos de desenvolver câncer de mama (MAJITHIA; LOPRINZI; RUDDY, 2018).

Com relação à história de câncer na família, Brum (2018) dividiu em grau de parentesco (1º, 2º ou 3º graus) e verificou que a maioria das pacientes entrevistadas (55%) relatou história familiar de câncer de mama, sendo predominantemente em parentes de 2º ou 3º graus (54,55%). Observou-se também que 30% do total das pacientes apresentaram história familiar de outros cânceres (Tabela 9).

Sabe-se que mulheres com história familiar de câncer de mama têm um risco aumentado de desenvolver a doença no futuro (COLDITZ et al., 2012). Segundo o INCA (2016), o histórico familiar de câncer de mama aumenta de 2 a 3 vezes o risco de desenvolver

a doença. Os mecanismos envolvidos para o desenvolvimento da doença, quando tem relatos de casos na família, não estão totalmente elucidados, porém uma das possíveis explicações está relacionada com mutações germinativas em alguns genes supressores de tumor, desencadeando um risco aumentado de câncer de mama. Ressalta que nesses casos o câncer de mama pode ocorrer mais cedo. Em teoria, esses fatores podem afetar a sobrevivência de pacientes com câncer de mama impactando no prognóstico da doença (INCA, 2016; SONG et al., 2017).

Brum (2018) observou que a maioria das pacientes apresentava-se nos EC iniciais 0, I e II (65,0%) (Tabela 9). Em concordância a esse achado Thuler e Mendonça (2005) e Wang et al. (2018), em estudos realizados com pacientes com câncer de mama mostraram que em 53,8% e 68,9% dos casos, respectivamente, o diagnóstico se fez quando a doença encontrava-se nos estágios iniciais.

O diagnóstico cada vez mais precoce sugere um aumento do autocuidado das mulheres. Segundo um levantamento realizado por Santos e Chubaci (2011), nos últimos anos a mídia tem investido no número de matérias relacionadas à detecção precoce do câncer de mama e à importância da realização de exames como mamografia, ultrassonografia e autoexame e como consequência a doença tem sido mais diagnosticada na fase inicial.

Em um estudo realizado com 219 mulheres diagnosticadas com câncer de mama, mostrou que as pacientes que se encontravam no EC I obtiveram melhores escores de qualidade de vida em comparação com aquelas que se encontravam nos EC II e III (SONG, 2015). A identificação do câncer em estágio inicial possibilita um maior controle da doença. Ao passo que, a demora no diagnóstico acarreta em um atraso na iniciação terapêutica e pode ser associada ao crescimento tumoral, com possíveis complicações e impactos diretos na qualidade de vida (BATISTA; MATTOS; SILVA, 2015). Höfelmann, Anjos e Ayala (2013) demonstraram que mulheres diagnosticadas em estágios mais avançados apresentaram risco 17,1 vezes maior de mortalidade comparadas às aquelas em estágios iniciais (BATISTA; MATTOS; SILVA, 2015).

Dessa forma, observa-se que o diagnóstico precoce pode melhorar os escores da qualidade de vida quando comparado ao diagnóstico tardio, o qual está associado à tratamentos mais agressivos com efeitos adversos mais pronunciados.

Portanto, é importante o planejamento de políticas voltadas à saúde da mulher, como acesso à informação e a realização de procedimentos diagnósticos precoces. Dessa forma, ocorrerá uma identificação prematura da neoplasia mamária que implica na redução de

sofrimentos e óbitos em decorrência da doença, gerando ganhos para a mulher, para o Estado e para a sociedade (BATISTON, 2009; NASCIMENTO; PITTA; RÊGO, 2015).

Tabela 9 - Distribuição percentual e absoluta de mulheres com câncer de mama em uma clínica privada de Governador Valadares, Minas Gerais, de março a abril de 2018, categorizadas de acordo com os dados clínicos da paciente.

Parâmetro	Variável	n	%
Menopausa	Sim	9	45
	Não	11	55
História familiar de câncer	Câncer de mama em parentes 1º grau	5	25
	Câncer de mama em parentes 2º ou 3º graus	6	30
	Outros casos de cânceres na família	9	45
Estadiamento clínico (EC)	EC inicial (EC 0, I e II)	13	65
	EC tardio (EC III e IV)	7	35

Dados: Brum (2018).

A lateralidade do câncer de mama é um fator a ser considerado no cálculo de risco. Mulheres com câncer em uma mama possuem maior risco de vir a desenvolver o câncer na outra mama. Esse risco é cumulativo e estimado em 1% para cada ano de sobrevivência nas mulheres sem história familiar e em 2% ao ano nas pacientes com história familiar. Esse estudo mostra um número maior de tumores diagnosticados na mama esquerda em comparação com a direita (MOURA et al., 2013), o que se assemelha ao presente estudo, no qual foi observado 55% dos tumores na mama esquerda.

Uma possível explicação para essa maior proporção de tumores na mama esquerda, é o fato dessa mama ser ligeiramente maior que a direita (TRICHOPOULOS, 1992). Além disso, o aleitamento materno protege contra o câncer e a mãe tem preferência por realizá-lo na mama direita.

Tabela 10 - Distribuição percentual e absoluta de mulheres com câncer de mama em uma clínica privada de Governador Valadares, Minas Gerais, de março a abril de 2018, categorizadas de acordo com a lateralidade do tumor.

Lateralidade do tumor (n=20)	n	%
Mama esquerda	11	55
Mama direita	9	45
Bilateral	0	0

Os procedimentos cirúrgicos são cada vez mais utilizados na terapêutica do câncer de mama, e que se dividem em duas classificações: cirurgia conservadora e mastectomia. As cirurgias conservadoras retiram apenas parte da glândula mamária que contém o tumor e normalmente não causam prejuízo na sobrevida total, embora possa ocorrer recidiva local do tumor. Por outro lado, a mastectomia consiste na retirada total da mama e de linfonodos axilares, com o objetivo de erradicar o tumor e melhorar a expectativa de vida das mulheres (MAJEWSKI et al., 2012; PAREDES et al., 2013).

No presente trabalho, 80% das mulheres avaliadas realizaram procedimentos cirúrgicos, 50% foram submetidas à retirada total da mama (mastectomia) e 30% a retirada parcial da mama (cirurgia conservadora).

Avaliando outros estudos é possível observar resultados semelhantes. Tonetti et al. (2014), em um estudo com 21 mulheres com câncer de mama, demonstraram que 81% das pacientes realizaram algum procedimento cirúrgico, sendo 35,3% mastectomia total. Resultado semelhante também pode ser observado no trabalho de Pessoa et al. (2015), que mostraram que 70% das pacientes realizaram mastectomia total e 30% conservadora.

Embora seja eficiente a mastectomia, o procedimento desencadeia efeitos secundários na vida da mulher como ansiedade, medo, incertezas e distorção de sua própria imagem. O olhar para o espelho torna-se uma dificuldade, devido à retirada da mama, órgão que representa a feminilidade e a identidade da mulher. Assim esse procedimento cirúrgico pode impactar negativamente na qualidade de vida (BARROS et al., 2018; PAREDES et al., 2013).

Segundo Araújo Neto et al. (2017), os procedimentos cirúrgicos, antes extremamente agressivos, tornaram-se cada vez mais conservadores, devido à melhoria das técnicas, à introdução de novos materiais, à melhor compreensão da carcinogênese e ao conhecimento da evolução das neoplasias. Atualmente, o número de cirurgias conservadoras está cada vez maior (ARAÚJO NETO et al., 2017). Contudo, no presente trabalho ainda houve uma grande proporção de realização de mastectomia (50%).

Segundo Barros et al. (2018), a qualidade de vida das mulheres submetidas à mastectomia é baixa quando comparada com a de mulheres submetidas a tratamento conservador da mama, mesmo realizando a quimioterapia. De forma semelhante, Skrzypulec et al. (2009) ressaltam que as mulheres que passaram pela mastectomia possuíam intensidade significativa de estresse pós-traumático diretamente relacionado à altos níveis de depressão e ansiedade, o que acarretou em pior qualidade de vida quando comparado com mulheres submetidas à cirurgia conservadora.

Tabela 11 - Distribuição percentual e absoluta de mulheres com câncer de mama em uma clínica privada de Governador Valadares, Minas Gerais, de março a abril de 2018, categorizadas de acordo como procedimento cirúrgico.

Procedimento cirúrgico (n=20)	n	%
Cirurgia conservadora	6	30
Mastectomia	10	50
Não fez cirurgia	4	20

Os fármacos utilizados na quimioterapia antineoplásica, geralmente, apresentam altas taxas de efeitos adversos, que podem impactar diretamente na qualidade de vida dos pacientes. Os efeitos adversos mais frequentes são náuseas, vômitos, mucosite, alopecia, diarreia, anorexia, estomatite, desconforto e dor abdominal. Os quimioterápicos não apresentam uma ação específica nas células tumorais, ocasionando efeitos citotóxicos nas células saudáveis. Esses eventos ocorrem, principalmente, nas células que estão em divisão intensa celular, como as do tecido hematopoiético, germinativo, do folículo piloso e do revestimento gastrointestinal (GOZZO et al., 2013; TOMAZ; VERAS; CARVALHO, 2015).

No que se refere aos regimes de tratamentos antineoplásicos, Moreira (2018) mostrou que os mais utilizados foram: doxorrubicina + ciclofosfamida (20%), paclitaxel (20%), seguido do fulvestranto (15%) e o ácido zoledrônico (15%) (Tabela 11).

Os esquemas quimioterápicos de maior uso no tratamento para o câncer de mama são as antraciclinas e taxanos. Horgan et al. (2014) mostram que esses estão entre os antineoplásicos mais eficazes para o tratamento do câncer de mama, sendo utilizados de forma neoadjuvante, adjuvante ou paliativa. No entanto esses fármacos possuem vários efeitos adversos que podem ocorrer logo após a administração intravenosa como, náuseas, vômitos e arritmias cardíacas, além de mielosupressão. Por outro lado, a associação de doxorrubicina com ciclofosfamida, pode duplicar a taxa de resposta patológica (ausência de doença residual), chegando até 30% em pacientes em estágio clínico inicial da doença (ANDRADE et al., 2013; EDWARDSON et al., 2015).

Segundo Vriens et al. (2013), a associação de doxorrubicina e ciclofosfamida em quatro ciclos de quimioterapia com intervalo de 21 dias, seguido de 12 ciclos, tem grande eficácia no tratamento do câncer de mama, demonstrando uma melhora significativa na sobrevida da paciente e redução da possibilidade de recidiva da doença em cinco anos. Os efeitos adversos mais relatados são alopecia, fadiga, diarreia, náusea, trombocitopenia e paroníquia.

O paclitaxel pertence à classe farmacológica dos taxanos e tem sido utilizado no tratamento do câncer de mama em estágio mais avançado ou na fase metastática da doença. Esse fármaco mostra perfis aceitáveis de tolerabilidade podendo ser administrado semanalmente. No entanto, alguns efeitos adversos ocasionados pela administração do fármaco são descritos na literatura, tais como, neutropenia, náuseas, dores musculares, dores articulares e fadiga. Esses efeitos adversos podem também ser observados com o uso do doxetacel (SIBAUD et al., 2016; UENO; MAMONA, 2016; VACLAVIKOVA et al., 2004).

As pacientes apresentam uma boa adesão ao tratamento com fulvestranto, principalmente, as que estão na pós-menopausa. Os efeitos adversos observados pelo uso desse fármaco são náuseas, ondas de calor, dor, cefaleia, constipação, vômitos, dispneia e dor óssea (MISHRA; AMEET, 2016).

O ácido zoledrônico é utilizado no tratamento da metástase óssea e os eventos adversos associados ao uso desse fármaco são náusea, dor abdominal, vômito, diarreia e constipação (AMADORI et al., 2013).

O trastuzumabe é um anticorpo monoclonal eficaz no tratamento do câncer de mama metastático com hiperexpressão de HER2 e apresenta como efeitos adversos mais frequentes náusea, vômito e reações de hipersensibilidade relativa à infusão (PEREZ et al., 2011).

Tabela 12 - Regime do tratamento antineoplásico das pacientes com câncer de mama submetidas ao tratamento quimioterápico (n=20), em uma clínica privada de Governador Valadares MG, de março a abril de 2018.

Regime de tratamento quimioterápico	n	%
Doxorrubicina + Ciclofosfamida	4	20
Paclitaxel	4	20
Fulvestranto	3	15
Ácido Zoledrônico	3	15

*Os regimes quimioterápicos menos utilizados foram: ácido zoledrônico + fulvestranto 5% (n=1); trastuzumabe 5% (n=1); gencitabina + cisplatina 5% (n=1); ciclofosfamida + 5-fluorouracil + metotrexato 5% (n=1); gencitabina + doxetacel 5% (n=1); gencitabina + carboplatina + ácido zoledrônico 5% (n=1).

Dados: Moreira (2018)

Com relação ao tempo de tratamento, o resultado foi bem variado. No momento da entrevista, a maioria das pacientes tinha de 1 a 6 meses (40%) e mais de 2 anos (40%) de tratamento. 10% das pacientes tinham de 7 a 12 meses e 10% de 1 a 2 anos de tratamento. Lustosa et al. (2017) mostraram que pacientes com mais de seis sessões de tratamento apresentaram déficit na função emocional que impactou diretamente na sua qualidade de vida.

Na Inglaterra, um estudo clínico desenvolvido por Hall et al. (2014) comparou mulheres em diferentes regimes quimioterápicos em quanto aos efeitos adversos e o impacto desses na qualidade de vida durante 4 e 8 ciclos de quimioterapia e após o tratamento em diferentes períodos (18 a 24 meses e 6 anos). Os resultados mostraram que os escores da qualidade de vida em saúde variaram de 58,3 a 83,3. Esse resultado ressalta o impacto do tratamento quimioterápico na vida das mulheres e a importância de um profissional da saúde para auxiliar nesse momento tão crítico (HALL et al., 2014).

Tabela 13 - Distribuição percentual e absoluta de mulheres com câncer de mama em uma clínica privada de Governador Valadares, Minas Gerais, de março a abril de 2018, categorizadas de acordo com o tempo de tratamento.

Tempo de Tratamento (n=20)	n	%
1 a 6 meses	8	40
7 a 12 meses	2	10
1 a 2 anos	2	10
Acima de 2 anos	8	40

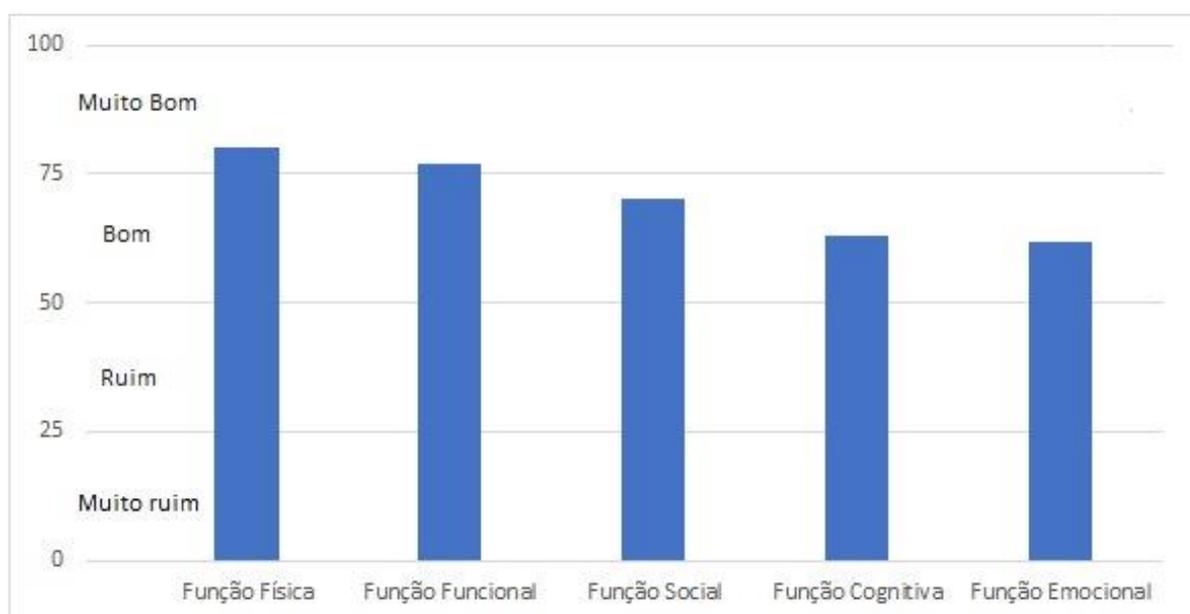


Figura 3 - Resultado e classificação da média dos escores obtidos para os domínios das escalas funcionais do questionário EORTC QLQ C30.

Observa-se que na escala funcional o maior escore obtido é na subescala da função física (80,0), considerado muito bom (Figura 1). Essa subescala avalia se as pacientes possuem dificuldades na realização de atividades diárias que envolvem mobilidade e esforço físico como, carregar sacolas ou malas, passear à pé, comer, tomar banho e se vestir e se precisa ficar na cama ou cadeira durante o dia.

Com relação à capacidade física das pacientes. Alto escores a subescala também foram encontrados no estudo de Lôbo et al. (2014) no Ceará, com média de 70,39. Semelhantemente, no estudo de Silva, Albuquerque e Leite (2010), no Rio de Janeiro, com o objetivo de avaliar o impacto da quimioterapia na qualidade de vida de 21 mulheres portadoras de câncer de mama, o domínio físico apresentou valor médio de 81,19, demonstrando mínimas limitações na execução de atividades pessoais e físicas pesadas.

Segundo Filha et al. (2016), o aumento do domínio da função física reflete em melhorias de algumas capacidades físicas conseguidas por meio do treinamento. A prática regular de atividade física durante a quimioterapia e radioterapia apresenta benefícios positivos na qualidade de vida com melhorias na composição corporal e redução da fadiga. Dessa maneira, no presente trabalho sugere-se que a obtenção de escores satisfatórios na função física, se deve ao fato da maioria das pacientes avaliadas ter o hábito de praticar algum tipo de atividade física (60%).

Com relação à escala social, o resultado foi 70,0, classificado como bom (figura 1). Essa escala reflete como os tratamentos interferem na vida familiar e nas atividades sociais.

De forma semelhante, um estudo realizado na Malásia, obteve valores médios acima de 75 para as funções físicas e sociais, o que caracteriza de maneira positiva a manutenção das condições de vida, das atividades sociais e de lazer entre as mulheres acometidas pelo câncer de mama (YUSUF et al., 2013).

Um estudo realizado por Macêdo et al. (2010) demonstrou que durante a quimioterapia e radioterapia mulheres com câncer de mama que faziam algum tipo de atividade como lazer tiveram um melhor desempenho social e funcional na sua avaliação da qualidade de vida durante o tratamento oncológico. Portanto, o tempo dedicado ao lazer e capacidade de realizar trabalho podem atuar como prediletos na qualidade de vida nas mulheres com câncer de mama.

No presente trabalho, o resultado da subescala funcional foi considerado muito bom 76,8, (figura 1). Esse domínio avalia o comprometimento na realização das atividades diárias, como trabalho e lazer.

A subescala da função cognitiva avalia a capacidade de concentração em atividades como ler, assistir televisão, percepção, memória, juízo e/ou raciocínio. O escore dessa subescala foi 63,0 (figura 1), o que é considerado bom .

Semelhantemente ao nosso trabalho, um estudo descritivo transversal realizado no interior de São Paulo, que também avaliou a qualidade de vida em mulheres com câncer de mama, apresentou um escore de valor médio de 71,26 para a função cognitiva, demonstrando um resultado satisfatório (SAWADA et al., 2009). Hoyer et al. (2011) e Lôbo (2014) também evidenciaram níveis médios elevados para esta função corroborando com os achados do presente trabalho.

Segundo Hutchinson et al. (2012), o comprometimento cognitivo pode não estar diretamente relacionado ao tratamento quimioterápico. O estado psicológico das pacientes diagnosticadas com câncer de mama encontra-se fragilizado, tendo como consequência, sintomas como dificuldades de percepção, atenção e raciocínio que pode ser confundido com o comprometimento cognitivo.

O resultado obtido para função emocional mostrou-se bom 61,7 figura 1, segundo a escala de Akhondi-Meybodi et al. (2016) . Devido à prevalência do câncer de mama nas últimas décadas, torna-se importante focar a saúde física e psicológica das mulheres (SHARIF; AHADZADEH; PERDAMEN, 2017).

Esse resultado positivo no domínio emocional, apresentados no presente trabalho, podem ser consequência do acompanhamento psicológico que estas pacientes recebem na clínica durante todo o tratamento, inclusive durante as sessões de quimioterapia.

Os impactos na vida emocional como fadiga, transtorno de ansiedade e a depressão em pacientes com câncer de mama têm demonstrado um efeito significativo sobre a qualidade de vida (MENDLOWICZ; STEIN, 2014; PARKER et al., 2013). Ao longo do processo da doença, desde o diagnóstico até o tratamento, as mulheres com câncer de mama enfrentam momentos emocionais difíceis, passam a conviver com o estigma social, medo e incertezas com o tratamento e seus efeitos adversos. Além disso, os procedimentos cirúrgicos podem ser traumáticos, com a convivência com um corpo marcado por uma nova imagem (FONTES et al., 2018).

Semelhantemente ao presente trabalho, no estudo de Hoyer et al. (2011), na Suécia, a função emocional das mulheres pós-diagnóstico de câncer de mama mostrou-se muito boa (72,3). No estudo de Yusuf et al. (2013), na Malásia, essa função também apresentou-se satisfatória, com médias de 65,80 e 76,11 para as Malaias e Chinesas, respectivamente. Estes estudos revelam que as mulheres conseguiram enfrentar de forma positiva o diagnóstico de câncer de mama, com manutenção das atividades funcionais e bom desempenho emocional.

Diferentemente do presente trabalho, Hagen et al. (2016) avaliaram 196 pacientes de um a dois anos após o tratamento e descobriram que 76% das pacientes relataram a ocorrência de fadiga, irritabilidade, ansiedade e depressão em comparação com mulheres sem histórico de câncer de mama.

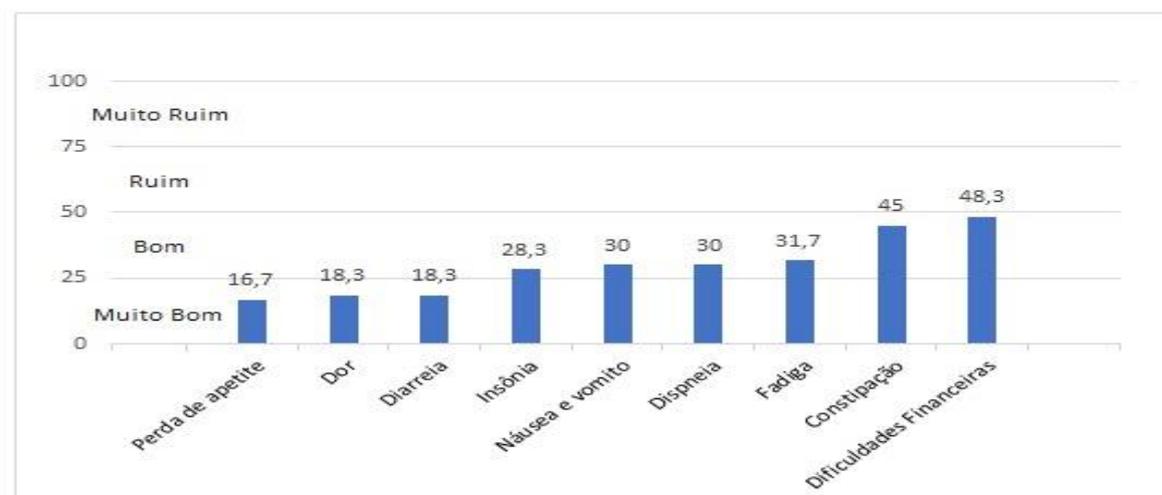


Figura 4 - Resultado da média e classificação dos escores obtidos para os domínios das escalas de sintomas do questionário EORTC QLQ C30.

A subescala fadiga avalia sintomas como fraqueza, cansaço e necessidade de repousar-se. O resultado para essa subescala foi em média 31,7, sendo considerado bom (figura 2).

A fadiga, é um sintoma multifatorial e subjetivo, com definição e compreensão complexas, envolve aspectos biológicos, cognitivos e psicológicos dos pacientes. É descrita muitas vezes como cansaço, exaustão, astenia, letargia, sensação de fraqueza e falta de motivação. A fadiga é relatada pelos pacientes com câncer, em todas as fases da doença, como um dos sintomas mais frequentes, principalmente nos casos de pacientes que apresentam metástase (DIETRICH et al., 2005). Em um estudo descritivo transversal com 163 mulheres com câncer de mama, 32% das mulheres que estavam em tratamento quimioterápico apresentaram algum grau de fadiga (LAMINO et al., 2015).

A fadiga relacionada ao câncer é o sintoma mais comum em pacientes com câncer de mama durante e após o tratamento quimioterápico. As pacientes com câncer de mama relatam sintomas de fadiga durante meses ou anos após o tratamento (MORTIMER et al., 2010).

Uma das formas para minimizar a fadiga durante o tratamento quimioterápico é praticando exercícios físicos. Meneses-Echávez et al. (2015), em um estudo de revisão sistemática e meta-análise, evidenciaram os benefícios da atividade física no manejo da fadiga em pacientes com câncer durante o tratamento. Dessa forma, no presente trabalho sugere-se que a obtenção de um escore classificado como bom na subescala fadiga, esteja relacionada com a realização de atividade física pela maioria das pacientes (60%).

A subescala náusea e vômito está relacionada à intensidade de náuseas e êmese que as pacientes apresentaram durante a quimioterapia. O resultado para esse domínio foi em média 30,0, mostrando-se bom (figura 2).

Em um estudo realizado por Moreira (2018) demonstrou que, em relação ao trato gastrointestinal a reação adversa mais relatada pelas 20 pacientes foi o episódio de náusea e vômito, apresentado em 10 e 4 pacientes, respectivamente.

A incidência de náuseas e vômitos está relacionada primariamente com o potencial emético dos fármacos que varia desde muito alto, quando provocam vômitos em mais de 90% dos pacientes, até potencialmente baixo, que ocasionam em menos de 10% dos pacientes (GOZZO et al., 2013). Além disso, as náuseas e os vômitos também estão associados à fatores como sexo, idade, ansiedade e consumo de álcool. Fatores relacionados ao quimioterápico que podem influenciar na ocorrência destes eventos são o próprio fármaco utilizado, a dose, a combinação de fármacos, a via, a velocidade de administração e o número de ciclos quimioterápicos recebidos (JAKOBSEN, 2009; PIRRI, 2012).

Segundo Gozzo et al. (2014), quando os fármacos antieméticos são utilizados de modo apropriado, os episódios de náuseas e vômitos podem ser reduzidos consideravelmente.

Na escala de sintomas, as pacientes foram avaliadas quanto à presença de dor e se essa dor interferiu na realização das atividades diárias. O resultado da subescala dor foi em média 18,3 mostrando-se muito boa (figura 2).

Conforme Castro et al. (2016), dependendo da intensidade da dor, ela é descrita como um fator limitante para várias atividades diárias. A dor é resultado da própria patologia, dos procedimentos e do tratamento. Na maioria das ocorrências, mesmo a doença já não existindo, deixa sequelas, tornando-se essas dores persistentes. O tratamento analgésico é o tratamento mais eficaz para o alívio da dor.

Com relação à subescala insônia, obteve-se em média 28,3, classificada como boa (figura 2). A insônia é diagnosticada pela dificuldade em iniciar o sono, despertares frequentes e incapacidade de retornar ao sono, o que leva à deficiências na realização das atividades diurnas. Para sobreviventes de câncer, a insônia representa uma preocupação significativa de saúde pública. Aproximadamente 30% dos sobreviventes de câncer de mama preenchem os critérios diagnósticos para insônia, uma taxa de prevalência quase duas vezes maior que a da população em geral (SAVARD et al., 2011).

Em um estudo realizado por Villar et al. (2017), observou-se uma melhora na insônia das pacientes com câncer de mama com o passar do tempo de tratamento. Uma das

explicações é o fato das mulheres ficarem aliviadas e ter uma perspectiva futura mais positiva e também por se adaptar em sua nova condição.

Com relação aos sintomas falta de apetite e diarreia obteve-se os valores 16,7 e 18,3, respectivamente, o que é considerado muito bom. O domínio constipação foi em média 45,0, sendo considerado bom (figura 2).

Com relação ao domínio dispneia a média do escore foi 30,0, demonstrando um resultado bom. Durante o tratamento quimioterápico, as pacientes com câncer de mama podem ter falta de ar, principalmente em EC avançados ou em progressão da doença (BONASA; GATO, 2012). Contudo, pode-se inferir que essa sintomatologia não apresentou significância ou maior intensidade nesta pesquisa, em decorrência dos EC encontrados, pois apenas 35% das pacientes encontram-se em EC avançados.

O item dificuldades financeira foi considerado bom com média 42,5. Resultados semelhantes foram encontrados nos estudos de Jassim e Whitford (2013) e Yusuf et al. (2013).

Carvalho et al. (2013) ressaltam em seu estudo, que as mulheres preferem priorizar conforto aos filhos e familiares e usufruir de boa saúde do que se preocupar com as condições financeiras.

O resultado da classificação, considerada boa ou muita boa para todas as subescalas da escala funcional (funções física, social, funcional, cognitiva e emocional) e sintomas (fadiga, náusea, vômitos, dor, dispneia, insônia, perda de apetite, constipação e diarreia) avaliados no presente trabalho, sugerem que as pacientes possuem uma qualidade de vida considerada satisfatória e que os sintomas avaliados, bem como o item dificuldades financeiras, não ocasionam impactos significativos na qualidade de vida das pacientes. Essas classificações sugerem ainda, que há uma avaliação clínica satisfatória e individualizada das pacientes por parte da equipe multidisciplinar em saúde na clínica.

A classificação satisfatória, para as funções avaliadas podem ser também pelo fato da maioria das pacientes, no presente estudo, ser casada, praticar atividade física e encontrar-se em EC iniciais. Estudos mostram que a presença de um parceiro (HANSEN, 2013; WIMBERLY et al., 2008), a prática de atividade física (CARAYOL et al., 2013; MACHADO; BERGAMANN, 2012) e o diagnóstico do câncer de mama em EC iniciais (BATISTA; MATTOS; SILVA, 2015; SONG, 2015) são fatores que influenciam de maneira positiva na qualidade de vida das pacientes.

6. CONCLUSÃO

As mulheres com câncer de mama atendidas em uma clínica oncológica privada de Governador Valadares - MG, no período de março a abril de 2018, apresentaram-se em sua maioria com mais de 50 anos e tinham nível elevado de escolaridade. Houve um predomínio de pacientes que residiam em Governador Valadares.

Com relação à lateralidade do tumor, observou-se que a maioria dos tumores acometia a mama esquerda e que nenhuma paciente apresentou tumor em ambas as mamas. A maioria das pacientes estudadas realizou algum tipo de intervenção cirúrgica, com predomínio de realização de mastectomia. Até o momento da entrevista havia uma maior proporção de pacientes no início (1-6 meses) e com mais de 2 anos de tratamento.

Os escores da qualidade de vida da função física e funcional e dos sintomas dor, perda de apetite e diarreia foram classificados como muito bons e os escores das funções emocional, cognitiva e social e dos sintomas fadiga, náusea e vômito, dispneia, insônia e constipação e do item dificuldades financeiras foram classificados como bons. Pode-se concluir que as pacientes avaliadas no presente trabalho possuem uma qualidade de vida considerada satisfatória.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, E.; KOIFMAN, S. Fatores prognósticos no câncer da mama feminina. **Rev Bras Cancerol**, v. 48, n. 1, p. 113-310, 2002.

ADAMI, H.; HUNTER, D.; TRICHOPOULOS, D. (Ed.). **Textbook of Cancer Epidemiology**. 2. ed. Oxford: Oxford University Press, p. 728, 2008.

AJCC. American joint Committee on Cancer. Sistema de estadiamento do câncer 2018. Disponível em < <https://cancerstaging.org/references-tools/Pages/What-is-Cancer-Staging.aspx> > Acesso em 24 de agosto de 2018.

M, AKHONDI-MEYBODI et al. Qualidade de vida em pacientes com câncer colorretal no Irã. **Arab J Gastroenterol.**, Irã, v. 3, n. 17, p.127-130, set. 2016.

AMADORI, D. et al. Efficacy and safety of 12-weekly versus 4-weekly zoledronic acid for prolonged treatment of patients with bone metastases from breast cancer (ZOOM): a phase 3, open-label, randomised, non-inferiority trial. **The Lancet Oncology**, v. 14, n. 7, p. 663-670, 2013.

AMERICAN CANCER SOCIETY. **Cancer Facts & Figures 2015**. Atlanta: American Cancer Society, 2015. Disponível em < <https://www.cancer.org/research/cancer-facts-statistics/all-cancer-facts-figures/cancer-facts-figures-2015.html> > Acesso em 26 de novembro 2018.

ANDRADE, C.T. et al. A importância de uma base de dados na gestão de serviços de saúde. **Einstein**, v. 10, n. 3, p. 360-365, 2012.

ANDRADE, D.A.P. et al. Quimioterapia neoadjuvante e resposta patológica: coorte retrospectiva. **Einstein**, v. 4, n. 11, p. 446-450, 2013.

ANJOS, J.C.; ALAYALA, A.; HÖFELMANN, D.A. Fatores associados ao câncer de mama em mulheres de uma cidade do Sul do Brasil: estudo caso-controle. **Cad. Saúde Cole**, v. 3, n. 20, p. 341-350, 2012.

ARAÚJO NETO, E. A. et al. Qualidade de vida de mulheres pós mastectomias residentes em região semi-árida do Brasil. v. 6, n. 14, p. 601-602, 2017.

ARÊDES, T.B. et al. Nível de informação e qualidade de vida em mulheres após o câncer de mama. **SALUSVITA**, v. 34, n. 2, p. 291-306, 2015.

BARBOSA, P.A. et al. Qualidade de vida em mulheres com câncer de mama pós-intervenção cirúrgica em uma cidade da zona da mata de Minas Gerais, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant**, v. 17, n. 2, p. 385-399, 2017.

BARRETO, T.S; AMORIM, R.C. A família frente ao adoecer e ao tratamento de um familiar com câncer. **Rev. Enferm**, v. 3, n. 18, p. 462-467, 2010.

BARROS, A.E.S. et al. Sentimentos vivenciados por mulheres ao receberem o diagnóstico de câncer de mama. **Revista de Enfermagem Ufpe On Line**, v. 1, n. 12, p. 102-111, 2018.

BATISTA, D.R.; MATTOS, M.; SILVA, S.F. Convivendo com o câncer: do diagnóstico ao tratamento. **Rev.enfermagem Ufsm**, v. 3, n. 5, p. 499-510, 2015.

BATISTON, A.P. Avaliação epidemiológica das pacientes com câncer de mama submetidas a tratamento fisioterapêutico no Hospital Universitário da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul. 89 p. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

BATISTON, A.P. Método de detecção do câncer de mama e suas implicações. **Cogitare Enferm**, v. 1, n. 14, p. 59-64, 2009.

BOING, L. et al. Atividade física após o diagnóstico do câncer de mama: Revisão sistemática. **Motri**. v. 12, n. 2, p. 155-166, 2016.

BONASSA, E.M.A.; GATO, M.I.R. Terapêutica oncológica para Enfermeiros e Farmacêuticos. 4. ed. São Paulo: Editora Atheneu, p. 650, 2012.

BUITRAGO, F.; UEMURA, G.; SENA, M. C. F. Fatores prognósticos em câncer de mama. **Com. Ciências Saúde** - 22 Sup 1:S69-S82, 2011.

BRABO, E.P. et al. Brazilian version of the QLQ-LC13 lung cancer module of the European Organization for Research and Treatment of Cancer: preliminary reliability and validity report. **QualityOf Life Research**, v. 15, n. 9, p. 1519-1524, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer - INCA. **Atlas de Mortalidade por Câncer**, 2010. Disponível em: <<http://mortalidade.inca.gov.br/Mortalidade>>. Acesso em 13 de novembro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013. 124 p. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/control_canceres_colo_uterio_2013.pdf>. Acesso em 22 de agosto de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas em Oncologia/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, p. 339, 2014.

BRITO, C.; PORTELA, M.C.; VASCONCELLOS, M.T.L. Fatores associados à persistência à terapia hormonal em mulheres com câncer de mama. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 2, p. 284-295, 2014.

BRUM, M.M. **Análise do Perfil Sociodemográfico e Clínico e Conhecimento Sobre Serviços Farmacêuticos em Oncologia de Mulheres com Câncer de Mama em uma Clínica Oncológica Privada de Governador Valadares, Minas Gerais**. 60 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Farmácia)- Universidade Federal Juiz de Fora- Campus Governador Valadares, Governador Valadares, 2018.

CARAYOL, M. et al. Psychological effect of exercise in women with breast cancer receiving adjuvant therapy: what is the optimal dose needed? **Ann. oncol.**, v. 24, p. 291-300, 2013.

CARVALHO, M. et al. Câncer de mama: tratamento quimioterápico e quimiopreventivo. **Anais V Simpac**. Viçosa-MG, p. 277-280, 2013.

CARVALHO, P.L. et al. Qualidade de vida de mulheres em tratamento de câncer de mama. **J. Health Sci. Inst.**, v. 31, n. 2, p. 187-192, 2013.

CASTRO, S. et al. Qualidade de Vida e bem estar psicológico e auto eficácia mulheres jovens com cancer de mama. **Rev Interam Psicol**, v. 1, n. 4, p.96-106, 2016.

CATSBURG, C. et al. Active cigarette smoking and the risk of breast cancer: a cohort study. **Cancer epidemiol.**, v. 38, n. 4, p. 376-381, 2014.

CEAE, Centro Estadual de Atendimento Especializado, 2017. Disponível em:<<http://www.valadares.mg.gov.br/detalhe-da-materia/info/cuide-se-faca-os-exames-de-mamografia-no-ceae/85325>> Acesso em 13 de novembro de 2018.

COELHO, C.M.C. **Mulheres com Cancro da Mama em Tratamento com Quimioterapia: Contributos para a Compreensão da sua Qualidade de Vida**. 2008. 168 p. Dissertação (Mestrado) - Curso de Medicina, Oncologia, Porto, 2008.

COLDITZ, G.A. et al. História familiar e risco de câncer de mama: estudo de saúde de enfermeiros. **Câncer de Mama Res Treat.**, n. 133, v. 3, p. 1097-1099, 2012.

DIETRICH, S.H.C. et al. Efeitos de um programa sobre os níveis de fadiga com câncer de mama. **R Bras. Ci e Mov**, v. 13, n. 4, p. 33-40, 2005.

DUGNO, M.G. et al. Perfil do câncer de mama e relação entre fatores de risco e estadiamento clínico em hospital do Sul do Brasil: Breast cancer profile and association between risk factors and clinical staging in a hospital in the South of Brazil. **Revista Bras Oncologia Clinica**, v. 10, n. 36, p. 60-66, 2014.

EDWARDSON, D.W. et al. Papel do Metabolismo de Drogas na Citotoxicidade e na Eficácia Clínica das Antraciclinas. **Curr Drug Metab**, v. 6, n. 16, p. 412-426, 2015.

ESPINOLA, J, P. **Concordância entre estadiamento clínico e estadiamento patológico em função dos diferentes subtipos moleculares de câncer de mama**. 2015. 67 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestre em Saúde, Tocoginecologia, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas SP, 2015.

EPPLEIN, M, et al. Quality of Life After Breast Cancer Diagnosis and Survival. **Journal of Clinical Oncology**, v. 9, n. 4, p. 406-412, 2011.

FAYERS, P.M. et al. **The EORTC QLQ-C30 Scoring Manual**. Ed. European Organisation for Research and Treatment of Cancer, 3rd edition, Bruxelas, Bélgica, 2001.

FERLAY, J. et al. GLOBOCAN: Cancer incidence and mortality worldwide. IARC CancerBase No. 11. **Lyon: International Agency for Research on Cancer, 2013.**

FILHA, J,G, L, C et al. Influências do exercício físico na qualidade de vida em dois grupos de pacientes com câncer de mama. **Rev Bras Ciênc Esporte**, v. 2, n. 38, p. 107-114, 2016.

FILIPOVA, A. et al. Breast cancer and cancer stem cells: a mini-review. **Tumori**, v. 100, n. 4, p. 363-369, 2014.

FONTES, K. et al. Physical Activity, Functional Ability, and Quality of Life after Breast Cancer Surgery. **Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery**, 2018.

FRANÇA, L.K. et al. Role of magnetic resonance imaging in the planning of breast cancer treatment strategies: comparison with conventional imaging techniques. **Radiologia Brasileira**, v. 50, n. 2, p. 76-81, 2017.

GARCIA, S.N. et al. Os domínios afetados na qualidade de vida de mulheres com neoplasia mamária. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 2, n. 36, p. 89-96, 2015.

GLEASON, M.X.; MDZINARISHVILI, T.; SHERMAN, S. Breast cancer incidence in black and white women stratified by estrogen and progesterone receptor statuses. **PLoS ONE**, v.7, n. 11, p. 49359, 2012.

GOMES, N.S; SILVA, S. Avaliação da autoestima de mulheres submetidas à cirurgia oncológica mamária. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 2, n. 22, p. 509-516, 2012.

GONÇALVES, C.V. et al. O conhecimento de mulheres sobre os métodos para prevenção secundária do câncer de mama. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 2, p. 4073-4081, 2017.

GOZZO, T.O. et al. Náuseas, vômitos e qualidade de vida de mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 3, n. 34, p. 110-116, 2013.

GOZZO, T.O. et al. Ocorrência e manejo de náusea e vômito no tratamento quimioterápico em mulheres com câncer de mama. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 3, n. 35, p. 117-123, 2014.

A.GRAELLS-SANS, et al. Social inequalities in quality of life in a cohort of women diagnosed with breast cancer in Barcelona (DAMA Cohort). **Cancer Epidemiology**, v. 54, p. 38-47, 2018.

GUERRA, M.R. et al. Sobrevida de Cinco Anos e Fatores Prognósticos em Coorte de Pacientes com Câncer de Mama Assistidas em Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 11, p. 2455-2466, 2009.

HADDAD, C. F. Trastuzumab no câncer de mama. Revisão Sistematizada. **Rev. FEMINA**, v. 38, n. 2, p. 74-78, 2010.

HALL, E. et al. Comparison of patient reported quality of life and impact of treatment side effects experienced whith a taxane-containing regimen and standard anthracycline based

chemotherapy for early breast cancer: 6 year results from the UK TACT trial (CRUK/01/001). **Eur. J. Cancer**, v. 50, n. 14, p. 2375-2389, 2014.

HANSEN, D. Qualidade de vida de idosas submetidas ao tratamento de câncer de mama. **Fisisenectus**, v. 1, n. 1, p. 13-24, 2013.

HIRKO, K, A. et al. Alcohol consumption and risk of breast cancer by molecular subtype: Prospective analysis of the nurses' health study after 26 years of follow-up. **International Journal Of Cancer**, v. 138, n. 5, p. 1094-1101, 2015.

HÖFELMANN, D.A.; ANJOS, J.C.; AYALA, A.L. Sobrevida em dez anos e fatores prognósticos em mulheres com câncer de mama em Joinville, Santa Catarina, Brasil. **Ciencia & Saúde Coletiva**, v. 3, n. 5, p. 499-510, 2013.

HORGAN, A.M. et al. Tolerability and efficacy of docetaxel in older men with metastatic castrateresistant prostate cancer (mCRPC) in the TAX 327 trial. **J Geriatr Oncol**, v. 5, n. 2, p. 119-126, 2014.

HOWARD-ANDERSON, J. et al. Quality of life, fertility concerns, and behavioral health outcomes in younger breast cancer survivors: a systematic review. **Journal of the National Cancer Institute**, v. 104, n. 5, p. 386-405, 2012.

HOYER, M. et al. Health-related quality of life among women with breast cancer – a population-based study. **Acta oncol.**, v. 50, p. 1015-1026, 2011.

HUTCHINSON, S.A et al. (2012) Tbl3 regulates cell cycle length during zebrafish development. **Developmental Biology**. v. 368, n. 2, p. 261-272, 2012.

INCA- Instituto Nacional de Câncer Jose Alencar Gomes da Silva. ABC do câncer. Disponível em < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abc_do_cancer.pdf>. Acesso em 24 agosto 2018.

INCA- Instituto Nacional de Câncer Jose Alencar Gomes da Silva. Detecção Precoce Rio de Janeiro. INCA 2018. Disponível em http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama/deteccao_precoce >. Acesso em 22 de agosto de 2018.

INCA. Instituto Nacional de Câncer Jose Alencar Gomes da Silva. Fatores de risco Rio de Janeiro. INCA 2018. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama/fatores_de_risco_1>. Acesso em 22 de agosto de 2018.

INCA. Instituto Nacional de Câncer Jose Alencar Gomes da Silva. Incidência de câncer no Brasil Rio de Janeiro. INCA 2018. Disponível em < <http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/index.asp> > Acesso em 26 de agosto de 2018.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. Estimativa de incidência e mortalidade por câncer no Brasil. Disponível em:< <http://www.inca.org.br>> Acesso em 26 agosto de 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Censo 2010**. Disponível em: < <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/governador-valadares/panorama> >. Acesso em 22 de novembro de 2018.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Atlas da Mortalidade. Disponível em: <<http://mortalidade.inca.gov.br/Mortalidade/>>. Acesso em 30 de agosto de 2018.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSE ALENCAR GOMES DA SILVA. Controle do câncer de mama. INCA 2018. Disponível em<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_mama/tratamento> Acesso em 25 de agosto de 2018.

INUMARU, L.E.; SILVEIRA, E.A.; NAVES, M.M. V. Fatores de risco e de proteção para câncer de mama: uma revisão sistemática. **Cad. saúde Pública**, v. 27, n. 7, p. 1259-1270, 2011.

JAGUARÃO, C. V. Câmara de Vereadores de Jaguarão. 64p: Disponível em: <<https://www.undacaoulysses.org.br/wp-content/uploads/img-pdf/1397141709-1389293704-miolo-cancer-de-mama.pdf> >. Acesso em 26 de agosto de 2018.

JAKOBSEN, J.N.; HERRSTEDT, J. Prevention of chemotherapy-induced nausea and vomiting in elderly cancer patients. **Crit Rev Oncol Hematol**, v. 71, p. 214–21, 2009.

JASSIM, G.A.; WHITFORD, D. Quality of life of Bahraini women with breast cancer: a cross sectional study. **BMC Cancer**, v. 13, n. 212, p.386, 2013.

JORGE, L.S et al. Avaliação da qualidade de vida de portadoras de câncer ginecológico, submetidas à quimioterapia antineoplásica. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 5, n. 18, p. 1-7, 2010.

LAMINO, D.A. et al. Fadiga clinicamente relevante em mulheres com câncer de mama: prevalência e fatores associados. **Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo**, Pontificia Universidad Javeriana Bogotá, Colombia, v. 17, n. 1, p. 65-76, 2015.

LANNIN, D.R. et al. Influence of socioeconomic and cultural factors on racial differences in late-stage presentation of breast cancer. **JAMA**, v. 279, p. 1801-1807, 1998.

LEINERT, E. et al. O impacto da idade na qualidade de vida em pacientes com câncer de mama que recebem quimioterapia adjuvante: uma análise comparativa do estudo prospectivo multicêntrico randomizado ADEBAR. **The Breast Cancer**, v. 17, n. 2, p. 100-106, 2017.

LÔBO, S.A. et al. Qualidade de vida em mulheres com neoplasias de mama em quimioterapia. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 27, n. 6, p. 554-559, 2014.

LOTTI, R.C.B. et al. Impacto do tratamento de Câncer de mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 4, n. 54, p. 367-371, 2008.

LUCARELLI, A.P.; MARTINS, M.M.;ALDRIGHI, J.M. Fatores de risco controversos no câncer de mama . **Rev. bras. med**, v. 72, n. 6, p. 249-253, 2015.

LUSTOSA , C. E. S et al. Quality of life of women with breast cancer undergoing chemotherapy. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 5, n. 18, p. 679-686, 2017.

LYNCH, H.T.; SNYDER, C.; CASEY, M.J. Hereditary ovarian and breast cancer: what have we learned? **Annals of Oncology**, v. 24, n. 8, p. 1-2, 2013.

MACÊDO, D.G. et al. Influência do Estilo de Vida na Qualidade de Vida de Mulheres com Câncer de Mama. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 14, n. 4, p. 13-18, 2010.

MACHADO, S.M.B.; BERGMANN, P.A. Qualidade de vida de mulheres brasileiras com câncer de mama: revisão sistemática da literatura. **Corpus et Scientia**, v. 8, n. 3, p. 139-53, 2012.

MAJEWSKI, J.M. et al. Qualidade de vida em mulheres submetidas à mastectomia comparada com aquelas que se submeteram à cirurgia conservadora: uma revisão de literatura. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 3, n. 1, p. 707-716, 2012.

MAJITHIA, N; LOPRINZI, C.L.; RUDDY, K.J. Management of Menopause in the Breast Cancer Patient. **Mayo Clinic**, p. 1024-1030, 2018.

MANN, R. et al. RM de mama: diretrizes da Sociedade Europeia de Imagem de Mama. **Eur Radiol**, v. 7, n. 18, p. 1307-1318, 2008.

MANSANO-SCHLOSSER, T.C.; CEOLIM, M.F. Quality of life of cancer patients during the chemotherapy period. **Text Context Nursing**, v. 3, n. 21, p. 600-607, 2012.

MATOS, J.C.; PELLOSO S, J; CARVALHO, M.D.B. Prevalence of risk factors for breast neoplasm in the city of Maringá, Paraná state, Brazil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 352-359, 2010.

MENESES-ECHAVEZ, et al . Efectividad del ejercicio físico en la fatiga de pacientes con cáncer durante el tratamiento activo: revisión sistemática y metaanálisis. **Cad. Saúde Pública**, v. 31, n. 4, p. 667-681, 2015.

MISHRA, A.K. O fulvestrant inibe o crescimento do câncer de mama triplo negativo e sinergiza com o tamoxifeno no câncer de mama ER α positivo, aumentando a regulação do ER β . **Oncotarget**, v. 7, n. 35, p. 56876-56888, 2016.

MOREIRA, A.C.S.. **Reações adversas no trato gastrointestinal e Sistema Nervoso Observadas por Mulheres com Câncer de Mama Realizando Tratamento Quimioterápico em Clínica Oncológica Privada na Região Leste de Minas Gerais**. 68 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Farmácia), Universidade Federal Juiz de Fora- Campus Governador Valadares, Governador Valadares, 2018.

MORTIMER, P.S. The pathophysiology of lymphedema. **Cancer**, v. 83 n. 12, p. 2798-2802, 1998.

MOURA, J.R. et al. 559 casos de neoplasia maligna de mama do Serviço da Universidade Federal de Viçosa e Instituto da Mama de Ubá. **Moreira Jr Editora**, Ubá -MG, v. 71, n. 10, p.369-373, 2013.

MENDLOWICZ, B.S. Qualidade de vida em indivíduos com transtornos de ansiedade **American Journal of Psychiatry**, v. 5, n. 157, p. 669-704, 2014.

NAROD, S.A., RODRIGUEZ, A.A. Genetic predisposition for breast cancer: BRCA1 and BRCA2 genes. **Salud Publica Mex**, v. 53, n. 5, p. 420-419, 2011.

NASCIMENTO, F.B; PITTA, M.G.R; RÊGO, M.J. Análise dos principais métodos de diagnóstico de câncer de mama como propulsores no processo inovativo. **Arquivos de Medicina**, v. 29, n. 6, p. 153-159, 2015.

OLIVEIRA, S.K. et al. Sistematização da assistência de enfermagem às mulheres mastectomizadas. **Cogitare Enferm**, v. 2, n. 15, p. 319-326, 2010.

ONCOGUIA. Instituto Oncoguia. Cirurgia para câncer de mama . 2017. Disponível em: <<http://www.oncoguia.org.br/conteudo/cirurgia-para-cancer-de-mama/1397/265/>. Acesso em: 28 de agosto de 2018.

PANCIERI A, P. et al. Checklist de cirurgia segura: análise da segurança e comunicação das equipes de um hospital escola. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 34, p. 71-78, 2013.

PAREDES, C.G. et al. Impacto da reconstrução mamária na qualidade de vida de pacientes mastectomizadas atendidas no Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Universitário Walter Cantídio: I. **Rev. Bras. Cirurgia Plástica**, v. 1, n. 28, p. 100-104, 2013.

PARINYANITIKUL,N. et al. Mudança de status do receptor do câncer de mama primário para residual após quimioterapia neoadjuvante e análise dos resultados de sobrevida. **Clinical Breast Cancer**, v. 15 n. 2, p. 153-160, 2015.

PARK, S. et al. Alcohol consumption and breast cancer risk among women from five ethnic groups with light to moderate intakes: the Multiethnic Cohort Study. **Int. J. Cancer**, v. 134, n. 6, p. 1504-10, 2014.

PARKER, B. M. et al. Incerteza doença e qualidade de vida de pacientes com pequenos tumores renais submetidos à espera vigilante: Um estudo prospectivo de 2 anos. **Urologia Europeia**, v. 63, n. 6, p. 1122-1127, 2013.

PÚBLIO, G.B.; SILVA, K.O.; VIANA, G.F.S. Qualidade de vida de pacientes oncológicos submetidos à quimioterapia. **Revista Ciência e Desenvolvimento**, v. 7, n. 2, p. 244-257, 2014.

PEREIRA, G.B. et al . Impacto do tratamento do câncer de mama na autoimagem e nos relacionamentos afetivos de mulheres mastectomizadas. **Lifestyle Journal**, p. 99-119, v. 11, n.6, 2017.

PERES, V.C. et al. Breast Cancer in Women: Recurrence and Survival at five Years. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 24, n. 3, p. 740-747, 2015.

PESSOA, J.M. et al. Avaliação do seguimento oncológico de mulheres abaixo de 40 anos portadoras de câncer de mama em um hospital de referência da Amazônia. **Rev Bras Mastologia**, v. 25, n. 1, p. 8-15, 2015.

PFIZER. A importância da mamografia 2018. Disponível em <<https://www.pfizer.com.br/noticias/Importancia-da-mamografia> > Acesso em 22 de agosto de 2018.

PICON, R.M. et al. Obesity and adverse breast cancer risk and out come: Mechanistic insights and strategies for intervention. **Cancer J Clin**, v. 5, n. 67, p. 378-397, 2017.

PIMENTEL, F.L. Qualidade de vida em oncologia. **Permanyer**, v. 13, n. 20, p. 47-60, 2006.

PINHEIRO, et al. Câncer de Mama em Mulheres Jovens: Análise de 12.689 Casos. **Revista Brasileira de Cancerologia** v. 59 , n. 3, p. 351-359, 2013.

PIRRI, C. et al. Nausea still the poor relation in antiemetic therapy? The impact on cancer patients' quality of life and psychological adjustment of nausea, vomiting and appetite loss, individually and concurrently as part of a symptom cluster. **Support Care Cancer**, v. 21, n. 3, p. 735-748, 2012.

RASU, R.S. et al. Effect of Educational Level on Knowledge and Use of Breast Cancer Screening Practices in Bangladeshi Women. **Health Care for Women International**, v. 32, n. 3, p. 177-189, 2011.

RIBEIRO, S.T.M.; OLIVEIRA, G.F. Sentimento da mulher após diagnóstico de câncer de mama: uma revisão integrativa da literatura. **Caderno de Ciências da Saúde**, v. 2, n. 3, p. 68-81, 2011.

SANTOS, G.D. et al. O conhecimento sobre o câncer de mama e a mamografia das mulheres idosas frequentadoras de centros de convivência em São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 5, p. 2533-2540, 2011.

SAVARD, J. et al, Curso natural de insônia comorbidade com câncer: um estudo longitudinal de 18 meses. **Journal of Clinical Oncology**, v. 29, p. 3580-3586, 2011.

SAWADA, N.O. et al. Avaliação da qualidade de vida de pacientes com câncer submetidos a quimioterapia. **Rev esc enferm USP**, v. 43, n. 3, p. 581-587, 2009.

SEARA, M. L. P.S. **Imagem corporal e função sexual das mulheres mastectomizadas**. 2012. 376 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Medicina, Sexualidade Humana, Universidade de Lisboa, Lisboa, 2012.

SCATTOLIN, F.A. et al. Qualidade de vida a evolução do conceito e os instrumentos de medida. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, v. 8, n. 4, p. 1-5, 2006.

SCHNEIDER, I.J.C. Estudo de Sobrevida em Mulheres com Câncer de Mama em Santa Catarina. 2008. 153 f. Dissertação (Mestrado), Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

SCHNEIDER, I.J.C; D'Orsi, E. Sobrevida em Cinco Anos e Fatores Prognósticos em Mulheres com Câncer de Mama em Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 6, p. 1285-1296, 2009.

SHARIF, S.P.; AHADZADEH, A.; PERDAMEN, H.K. Uncertainty and quality of life of Malaysian women with breast cancer: Mediating role of coping styles and mood states. **Applied Nursing Research**, v. 38, p. 88-94, 2017.

SIBAUD, et al. Dermatological adverse events with taxane chemotherapy. **European Journal of Dermatology**, v. 26, n. 5, p. 427-443, 2016.

SILVA, P.A. Câncer de mama: fatores de risco e detecção precoce **Rev Bras Enferm.**, v. 64, n. 6, p.1016-1021, 2011.

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

SILVA, E.C et. al. Câncer de mama e qualidade de vida durante o tratamento radioterápico. **Ciências Biol da Saúde**, v. 1, n. 3, p. 85-93, 2014.

SIQUEIRA, K.M; BARBOSA, M.A; BOEMER, M.R. O vivenciar a situação de ser com câncer: alguns dê-velamentos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 15, n. 4, p. 605-611, 2007.

SKRZYPULEC, V. et al. Funcionamento biopsicossocial de mulheres após mastectomia. **J Clin Nurs**, v. 4, n. 18, p. 613-629, 2009.

SONG, J-L et al. Family history of cancer other than breast or ovarian cancer in first-degree relatives is associated with poor breast cancer prognosis. **The Breast**, v. 32, p. 130-134, 2017.

SONG, S. et al. Aderência às Diretrizes para Sobreviventes de Câncer e Qualidade de Vida Relacionada à Saúde entre Sobreviventes de Câncer de Mama Coreanas. **Nutrients**. v. 7, n. 12, p. 10307-10309, 2015.

TEO, I. et al. Examining pain, body image, and depressive symptoms in patients with lymphedema secondary to breast cancer. **Psychooncology**, v. 24 n. 11, p.1377-1383, v. 24,n. 11, 2015.

TOMAZ, L.A.; VERAS J.E.F.; CARVALHO, P.M.G. Enfrentamento e resiliência de pacientes com câncer submetidos a tratamento quimioterápico. **Revista Interdisciplinar**, v. 2, n. 8, p. 195-201, 2015.

TONETI, B.F. et al. Qualidade de vida relacionada à saúde de idosos com câncer em tratamento adjuvante. **Rev Rene**, v.15, n. 6, p. 1030-1038, 2014.

TRICHOPOULOS D.L.R.D. Massa da glândula mamária e risco de câncer de mama. **Epidemiologia**, v. 3, p. 523-526, 1992.

UENO, N.T.; MAMOUNAS, E.P. Neoadjuvante nab-paclitaxel no tratamento do cancro da mama. **Câncer de Mama Res Treat**, v. 156, n. 3, p. 427-440, 2016.

VACLAVILOVA, R. et al. Different in vitro metabolism of paclitaxel and docetaxel in humans, rats, pigs, and minipigs. **Drug Metabolism and Disposition**, v. 32, n. 6, p. 666-674, 2004.

VIEIRA, E.M. et al. Vivência da sexualidade após o câncer de mama: estudo qualitativo com mulheres em reabilitação. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 3, n. 22, p. 408-414, 2014.

VILLAR, R.R. et al. Qualidade de vida e ansiedade em mulheres com câncer de mama antes e depois do tratamento. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 25, n. 2958, p.1-13, 2017.

WANG, L. et al. Health-related quality of life and utility scores of patients with breast neoplasms in China: A multicenter cross-sectional survey. **The Breast**, v. 39, p. 53-62, 2018.

WIMBERLY, S. R. et al. Efeitos do otimismo, relações interpessoais e angústia no bem-estar psicossocial entre mulheres com câncer de mama em estágio inicial. **Psychology & health**, v. 23, n. 1, p. 57-72, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global estimate of the burden of disease from second-hand smoke**. Geneva: World Health Organization; 2010. Disponível <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44426/9789241564076_eng.pdf;jsessionid=91B94AC12543F68093A9A74B856759CD?sequence=1> Acesso em 26 agosto 2018.

WCRFI. World Cancer Research Fund International. **Breast cancer statistics**. Disponível em: <<https://www.wcrf.org/int/cancer-facts-figures/data-specific-cancers/breast-cancer-statistics>> . Acessado em: 18 de agosto de 2018.

YUSUF, A. et al. Quality of life in Malay and Chinese women newly diagnosed with breast cancer in Kelantan, Malaysia. **Asian Pac. J. Cancer Prev.**, v. 14, p. 435-40, 2013.

ZANDONAI, A. P. et al. Qualidade de vida nos pacientes oncológicos: revisão integrativa da literatura latino-americana. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 3, n. 10, p. 61-554, 2010.

ANEXOS

ANEXO 1

**TABELA TNM – CLASSIFICAÇÃO DE TUMORES MALIGNOS
TUMORES DA MAMA - RESUMO ESQUEMÁTICO. BRASIL, 2004.**

Mama			
Tis	Carcinoma <i>in situ</i>		
T1	≤ 2 cm		
T1mic	≤ 0,1 cm		
T1a	> 0,1 cm até 0,5 cm		
T1b	> 0,5 cm até 1 cm		
T1c	> 1 cm até 2 cm		
T2	> 2 cm até 5 cm		
T3	> 5 cm		
T4	Parede torácica/pele		
T4a	Parede torácica		
T4b	Edema/ulceração cutânea, nódulos cutâneos satélites		
T4c	Ambos T4a e T4b		
T4d	Carcinoma inflamatório		
N1	Linfonodos axilares móveis	pN1mi	Micrometástase, > 0,2 mm ≤ 2mm
		pN1a	1-3 linfonodos axilares
		pN1b	Linfonodos mamários Internos com metástase Microscópica por biopsia de linfonodo sentinela, mas não clinicamente aparente
		pN1c	1-3 linfonodos axilares e mamários internos com metástase microscópica por biopsia de linfonodo sentinela, mas não clinicamente aparente

ANEXO 2**TABELA TNM – CLASSIFICAÇÃO DE TUMORES MALIGNOS
TUMORES DA MAMA - RESUMO ESQUEMÁTICO. BRASIL, 2004.**

Mama (continuação)			
N2a	Linfonodos axilares fixos	pN2a	4-9 linfonodos axilares
N2b	Linfonodos mamários internos, clinicamente aparentes	pN2b	Linfonodos mamários internos, clinicamente aparentes, sem linfonodos axilares
N3a	Linfonodos infra-claviculares	pN3a	≥ 10 linfonodos axilares ou infra-claviculares
N3b	Linfonodos mamários internos e axilares	pN3b	Linfonodos mamários internos, clinicamente aparentes, com linfonodo(s) axilar(es) ou > 3 linfonodos axilares e mamários internos com metástase microscópica por biopsia de linfonodos sentinela, mas não clinicamente aparente
N3c	Linfonodos supra-claviculares	pN3c	Linfonodos supra-claviculares

ANEXO 3**TABELA TNM – CLASSIFICAÇÃO DE TUMORES MALIGNOS
TUMORES DA MAMA – GRUPAMENTO POR ESTÁDIOS. BRASIL, 2004.****Grupamento por Estádios**

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

ANEXO 4

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa "Análise do perfil sócio-demográfico, das reações adversas, da qualidade de vida e conhecimento sobre serviços farmacêuticos de mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico em uma clínica oncológica privada na região leste de Minas Gerais". Nesta pesquisa pretendemos recolher informações das características das mulheres acometidas com câncer de mama nesta clínica, como por exemplo, idade, estado civil escolaridade, naturalidade, tempo de tratamento. Pretendemos ainda buscar informações de como o câncer vem afetando sua vida e como a senhora vem sentindo em relação ao uso da medicação e além disso, queremos saber se a senhora conhece o trabalho do farmacêutico no seu tratamento. O motivo do desenvolvimento deste estudo é o fato do número de casos de câncer de mama atingir muitas mulheres, existindo uma preocupação em relação ao tratamento e as complicações que surgem no decorrer deste tratamento. Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: O Sr. (a) "A senhora responderá a alguns questionamentos sobre dados pessoais, sobre o seus hábitos de vida e sobre os medicamentos que você faz uso, com duração máxima de 30 minutos. Ao respondê-las, é muito importante que suas respostas sejam sinceras. Caso alguma pergunta lhe provoque constrangimento, você não precisará responder. Peça ao entrevistador para passar para a próxima pergunta." Os riscos envolvidos na pesquisa consistem em "possibilidade que a senhora se sinta constrangida ao responder o questionário; desconforto ou cansaço ao responder às perguntas e perda de confidencialidade, ou seja, outras pessoas terem acesso aos seus dados". No objetivo de minimizar o constrangimento e a perda de confidencialidade, os questionários serão aplicados em ambiente restrito com a presença somente da senhora e da pessoa que irá entrevista-la. Em qualquer sinal de constrangimento o entrevistador passará para próxima questão. Além disso, para minimizar o risco da perda de confidencialidade, somente os pesquisadores (o entrevistador e a professora responsável) terão acesso aos dados dos questionários durante a digitação e análise dos dados e o nome da senhora não aparecerá em nenhuma publicação. Para minimizar o desconforto ou cansaço a senhora permanecerá sentada durante a entrevista e o entrevistador deverá interromper as perguntas caso a senhora apresente qualquer incomodo, continuando em momento posterior. A pesquisa contribuirá para "obtenção de dados em relação às reações adversas relacionadas aos tratamentos realizados pelas pacientes com câncer de mama e mostrar como estas reações podem afetar diretamente as atividades diárias desenvolvidas e convívio familiar, ou seja, a qualidade de vida".

Para participar deste estudo o Sr (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o Sr.(a) tem assegurado o direito a indenização. O Sr. (a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr. (a) é atendido (a). O pesquisador tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

O (A) Sr (a) não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, na "Clínica oncológica privada na região leste de Minas Gerais" e a outra será fornecida ao Sr. (a). Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - UFJF

Campus Universitário da UFJF

Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa

CEP: 36036-900

Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propesq@uff.edu.br



responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução N° 406/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa "Análise do perfil sócio-demográfico, das reações adversas, da qualidade de vida e conhecimento sobre serviços farmacêuticos de mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico em uma clínica oncológica privada na região leste de Minas Gerais.", de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Governador Valadares, 07 de julho de 2017.

Assinatura do Participante

Assinatura do (a) Pesquisador (a)

Nome do Pesquisador Responsável:

Sandra Bertelli Ribeiro de Castro

Instituto de Ciências da Vida. Universidade Federal de Juiz de Fora. Campus Governador Valadares

Endereço: Rua Israel Pinheiro, 2000. Bairro Universitário

CEP: 35020-220 /Governador Valadares-- MG

Fone: (33) 3301-1000 (ramal: 1570)

E-mail: bertelli.ribeiro@ufjf.br

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - UFJF

Campus Universitário da UFJF

Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa

CEP: 36036-900

Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

ANEXO 5

QUESTIONÁRIO
EUROPEAN ORGANIZATION FOR RESEARCH AND TREATMENT OF CANCER
QUALITY OF LIFE QUESTIONNAIRE “CORE” (EORTCQLQ-C30).

PORTUGUESE (PORTUGAL)

**EORTC QLQ-C30 (version 3)**

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

Escreva as iniciais do seu nome:

--	--	--	--	--

A data de nascimento (dia, mês, ano):

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

A data de hoje (dia, mês, ano):

31

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

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

Por favor, passe à página seguinte

ANEXO 6

PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Análise do perfil sócio-demográfico, das reações adversas, da qualidade de vida e conhecimento sobre serviços farmacêuticos de mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico em uma clínica oncológica privada na região leste de Minas Gerais.

Pesquisador: Sandra Bertelli Ribeiro de Castro

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 70890717.4.0000.5147

Instituição Proponente: Universidade Federal de Juiz de Fora - ICB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.376.110

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa descritiva e transversal, pautado no método de análise e coleta de dados primários sobre o perfil sócio-demográfico e o conhecimento sobre os serviços farmacêuticos em oncologia, reações adversas e qualidade de vida das pacientes com câncer de mama em tratamento quimioterápico, em uma clínica oncológica privada na região leste de Minas Gerais. A descrição do estudo envolverá quesitos mensuráveis e predominantes, nos quais a coleta de dados será uma amostra por conveniência, realizada por graduandas do curso de farmácia, utilizando questionários estruturados. A população de estudo será composta por mulheres com câncer de mama em tratamento com quimioterápicos endovenosos, em uma clínica oncológica da região leste de Minas Gerais. Apresentação do projeto está clara, detalhada de forma objetiva, descreve as bases científicas que justificam o estudo, estando de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, item III.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar o perfil sócio-demográfico, as reações adversas, a qualidade de vida e o conhecimento sobre serviços farmacêuticos de mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico, em uma clínica oncológica privada na região leste de Minas Gerais.

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N	CEP: 36.036-900
Bairro: SAO PEDRO	
UF: MG	Município: JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788	Fax: (32)1102-3788
E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br	



Continuação do Parecer: 2.376.110

Objetivo Secundário:

Realizar um levantamento de dados sócio-demográficos de pacientes com de câncer de mama em tratamento quimioterápico em uma clínica oncológica privada na região leste de Minas Gerais.

- Verificar o conhecimento das pacientes com de câncer de mama em tratamento quimioterápico em uma clínica oncológica privada na região leste de Minas Gerais, sobre serviços farmacêuticos em oncologia.
- Obter dados sobre reações adversas de pacientes com de câncer de mama em tratamento quimioterápico em uma clínica oncológica privada na região leste de Minas Gerais.
- Avaliar a qualidade de vida das pacientes com câncer de mama em tratamento quimioterápico em uma clínica oncológica privada na região leste de Minas Gerais.

Os Objetivos da pesquisa estão claros bem delineados, apresenta clareza e compatibilidade com a proposta, tendo adequação da metodologia aos objetivos pretendido, de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013, item 3.4.1 - 4.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Possibilidade de constrangimento da paciente ao responder o questionário; perda de confidencialidade; desconforto ou cansaço ao responder às perguntas. Com o objetivo de minimizar o constrangimento do paciente e a perda de confidencialidade, os questionários serão aplicados em ambiente restrito com a presença somente do entrevistador e do paciente. Em qualquer sinal de constrangimento o entrevistador passará para próxima questão. Além disso, para minimizar o risco da perda de confidencialidade, somente os pesquisadores terão acesso aos dados dos questionários durante a digitação e análise dos dados e os nomes dos participantes não aparecerão em nenhuma publicação. Para minimizar o desconforto ou cansaço o paciente e entrevistador permanecerão sentados durante a entrevista e o entrevistador deverá interromper a entrevista caso o paciente apresente

qualquer incômodo, continuando em momento posterior. Como benefício pretende-se contribuir para o conhecimento das características sócio-demográficas e reações adversas, relacionadas ao tratamento quimioterápico e desta forma, mostrar o quanto essas reações podem afetar diretamente a qualidade de vida de mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico em uma clínica oncológica privada na região leste de Minas Gerais.

O conhecimento do perfil sócio-demográfico e das reações adversas, poderá ser utilizado como instrumento de comparação com outros estudos e possivelmente, contribuir para o estabelecimento de políticas públicas de saúde. Riscos e benefícios descritos em conformidade com a natureza e propósitos da pesquisa. O risco que o projeto apresenta é caracterizado como

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 2.376.110

risco mínimo e benefícios esperados estão adequadamente descritos. A avaliação dos Riscos e Benefícios está de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, itens III; III.2 e V.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo de pesquisa está em configuração adequada, apresenta FOLHA DE ROSTO devidamente preenchida, com o título em português, identifica o patrocinador pela pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra a; e 3.4.1 item 16. Apresenta o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO em linguagem clara para compreensão dos participantes, apresenta justificativa e objetivo, campo para identificação do participante, descreve de forma suficiente os procedimentos, informa que uma das vias do TCLE será entregue aos participantes, assegura a liberdade do participante recusar ou retirar o consentimento sem penalidades, garante sigilo e anonimato, explicita riscos e desconfortos esperados, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, contato do pesquisador e do CEP e informa que os dados da pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador pelo período de cinco anos, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens: IV letra b; IV.3 letras a, b, d, e, f, g e h; IV. 5 letra d e XI.2 letra f. Apresenta o INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS de forma pertinente aos objetivos delineados e preserva os participantes da pesquisa. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas no Manual Operacional para CPes. Apresenta DECLARAÇÃO de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra h.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: Junho de 2018.

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 2.376.110

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional Nº001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_921386.pdf	01/11/2017 23:40:56		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_921386.pdf	01/11/2017 23:36:03		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_921386.pdf	01/11/2017 23:32:57		Aceito
Outros	QUESTIONARIOS.pdf	01/11/2017 23:31:30	Sandra Bertelli Ribeiro de Castro	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	01/11/2017 23:26:31	Sandra Bertelli Ribeiro de Castro	Aceito
Outros	Resposta.pdf	01/11/2017 23:24:49	Sandra Bertelli Ribeiro de Castro	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Sigilo.pdf	30/09/2017 16:16:17	Sandra Bertelli Ribeiro de Castro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	30/09/2017 16:08:46	Sandra Bertelli Ribeiro de Castro	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderostonova.pdf	31/07/2017 17:22:26	Sandra Bertelli Ribeiro de Castro	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao.pdf	15/05/2017 11:58:02	Sandra Bertelli Ribeiro de Castro	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 2.376.110

Não

JUIZ DE FORA, 10 de Novembro de 2017

Assinado por:
Patrícia Aparecida Fontes Vieira
(Coordenador)

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br

APÊNDICE

APÊNDICE 1
E-MAIL DE AUTORIZAÇÃO DO USO DO EORTC QLQ-C30

RE: Research on quality of life with women breast cancer

QLQC30 Download requests <qlqc30@eortc.org>
Qua 25/07/2018, 09:45
Você

Dear Amanda

Thank you for your message.

Here is the procedure to access the scoring to be able to calculate the score:
Enter a download request from our website <http://groups.eortc.be/qol/why-do-we-need-modules> by clicking on "ACADEMIC ONLY Download" at the bottom of the page. Note that after fulfilling the download form a new screen opens where the scoring manual is already selected (please check if the box is tick to be sure, if not just tick the box for the scoring you need).

Once submitted the request you will receive the scoring instructions you request by email.

If you have any further questions please do not hesitate to contact me.

Kind regards,
Mélodie

From: Amanda Ramos <amanda_rssouza@hotmail.com>
Sent: Tuesday, 24 July 2018 13:58
To: QLQC30 Download requests <qlqc30@eortc.org>
Subject: Research on quality of life with women breast cancer

Hello
Sir, I am a student of the pharmacy course of the Federal University of Juiz de Fora, Campus Governador Valadares, and I have been requesting authorization to use the QLQ-C30 Quality of Life Questionnaire-Core30 for a course completion work. If possible, how can I measure quality of life using this instrument?
Thank you very much in advance
Yours sincerely: Amanda Ramos de Souza