

Universidade Federal de Juiz de Fora
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Angélica Atala Lombelo Campos

ASSISTÊNCIA ONCOLÓGICA A MULHERES COM CÂNCER DE MAMA:
AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E DOS TEMPOS DE ESPERA PARA
DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Juiz de Fora
2022

Angélica Atala Lombelo Campos

ASSISTÊNCIA ONCOLÓGICA A MULHERES COM CÂNCER DE MAMA:
AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E DOS TEMPOS DE ESPERA PARA
DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva.

Orientador: Professor Dr. Maximiliano Ribeiro Guerra

Coorientadora: Professora Dra. Maria Teresa Bustamante Teixeira

Juiz de Fora

2022

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

Campos, Angélica Atala Lombelo.

Assistência oncológica a mulheres com câncer de mama:
avaliação da qualidade de vida e dos tempos de espera para
diagnóstico e tratamento / Angélica Atala Lombelo Campos. --
2022.

274 f. : il.

Orientador: Maximiliano Ribeiro Guerra

Coorientador: Maria Teresa Bustamante

Teixeira

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Juiz de
Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-
Graduação em Saúde Coletiva, 2022.

1. Neoplasias da mama. 2. Tempo de espera para
diagnóstico e tratamento. 3. Qualidade de vida. 4. Fatores
Sociodemográficos e de estilo de vida. 5. Qualidade, acesso e
avaliação da assistência à saúde. I. Guerra, Maximiliano
Ribeiro, orient. II. Bustamante Teixeira, Maria Teresa,
coorient. III. Título.

Angélica Atala Lombelo Campos

Assistência Oncológica a Mulheres com Câncer de Mama: Avaliação da Qualidade de Vida e dos Tempos de Espera para Diagnóstico e Tratamento

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva. Área de concentração: Saúde Coletiva

Aprovada em 26 de setembro de 2022.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Maximiliano Ribeiro Guerra - Orientador

Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof.^a Dra. Maria Teresa Bustamante Teixeira

Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof. Dr. Dyego Leandro Bezerra de Souza

Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Prof.^a Dra. Maria do Rosário Dias de Oliveira Latorre

Universidade de São Paulo

Prof.^a Dra. Isabel Cristina Gonçalves Leite

Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof. Dr. Mário Círio Nogueira

Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof. Dr. Luiz Cláudio Ribeiro

Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof.ª Dra. Renata Mendes de Freitas

Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof.ª Dra. Jane Rocha Duarte Cintra

Universidade Presidente Antônio Carlos

Prof.ª Dra. Kristiane Dias de Castro Duque

Instituto Federal de Santa Catarina

Juiz de Fora, 02/09/2022.



Documento assinado eletronicamente por **Maximiliano Ribeiro Guerra, Professor(a)**, em 27/09/2022, às 09:53, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Isabel Cristina Goncalves Leite, Professor(a)**, em 27/09/2022, às 10:20, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Mario Cirio Nogueira, Professor(a)**, em 27/09/2022, às 10:34, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Maria do Rosario Dias de Oliveira Latorre, Usuário Externo**, em 27/09/2022, às 12:55, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Dyego Leandro Bezerra de Souza, Usuário Externo**, em 28/09/2022, às 08:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Ufjf (www2.ufjf.br/SEI) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **0933700** e o código CRC **528EB651**.

AGRADECIMENTOS

Aos meus queridos orientadores, **Professor Max e Professora Teita**, agradeço pela orientação singular, incentivo constante, paciência, aprendizado, carinho e preocupação dedicados a mim. Por acalmarem meu coração nos momentos mais difíceis, por terem acreditado na realização desta pesquisa mesmo que algumas vezes eu tenha “extrapolado” os planos. Agradeço por terem confiado em meu potencial e por entenderem e me apoiarem diante do desafio de estudar, pesquisar e trabalhar simultaneamente. Sou grata pela oportunidade de conviver com vocês, por me acolherem e guiar desde início da minha trajetória científica.

À **Dra. Jane Rocha Duarte Cintra** pelo acolhimento, amizade, contribuições, sugestões, receptividade, auxílio em todos os aspectos que permitiram a realização desta pesquisa, em especial, nas questões relativas aos conhecimentos clínicos e no acesso ao serviço de saúde.

Às **mulheres participantes desta pesquisa**, sem as quais o objeto não existiria. Obrigada pela paciência em responder as informações e por acreditarem na credibilidade do trabalho.

À **administração dos Hospitais 9 de Julho e Instituto Oncológico**, pela disponibilidade da estrutura física, recursos humanos e logística para que este trabalho fosse realizado e também pela autorização para utilização dos dados do Registro Hospitalar de Câncer.

A **todos do Hospital Nove de Julho e Instituto Oncológico**, em especial os funcionários do arquivo de prontuários e da secretaria – **Rodrigo, Matheus, Ana Paula, Adkelly, Pâmela e Andressa** pela receptividade, colaboração e auxílio que foram essenciais no processo de coleta dos dados.

Aos **acadêmicos do curso de Medicina** da Universidade Federal de Juiz de Fora – **Igor Brum, Caio Lauer, Iara Renault, Matheus Calábria, Pedro Medeiros, Matheus Pacheco e Camila Damasceno**, que não mediram esforços para auxiliar em toda a execução deste trabalho, em especial, no processo de coleta de dados.

Ao **Dr. Christian Domenge** pela acolhida, por partilhar conhecimentos e pelas reflexões sobre a aplicação dos dados coletados e à **Dra. Ana Paula Rizzo** pelo auxílio nas questões relativas aos conhecimentos clínicos da área e pelo companheirismo.

Aos **Professores** do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva de Universidade Federal de Juiz de Fora que tiveram papel fundamental em minha formação.

Aos **membros da banca examinadora** da qualificação e da defesa pela disponibilidade em avaliar meu trabalho, pelas considerações, recomendações e sugestões que aperfeiçoaram meu trabalho e contribuíram para o meu amadurecimento profissional.

Aos **funcionários do NATES** em especial **Elisângela e Patrícia** pela disposição em nos atender prontamente, ajudar quando precisamos e também por ficar feliz com cada um que ajudam a formar.

À **todos os companheiros do curso de Doutorado** que compartilharam o trilhar de mais esse caminho, contribuindo, direta e indiretamente, para que eu realizasse esta pesquisa, e me deram apoio nos momentos em que mais precisei. Em especial à **Vívian Fayer**, por acompanhar o desenvolvimento deste trabalho desde o início, pelas ricas sugestões e reflexões no grupo de pesquisa, pela amizade, apoio e incentivo constantes. À **Rafaela Russi** por ter me socorrido quando eu mais precisei e ter assumido tarefas que foram indispensáveis para realização deste trabalho. E ao **Felipe Neves** que foi um presente do mestrado e teve papel fundamental nessa conquista, sendo um amigo com quem sempre pude contar.

Aos **meus amigos e à minha família**, pela torcida. Agradeço pela compreensão em decorrência da minha ausência, quando foi necessário nesse período. Em especial, aos meus queridos pais **Denise e Rubens** (*in memoriam*) que, com suas lutas, não mediram esforços para que eu chegasse até aqui. À minha querida irmã **Carol** que sempre foi e sempre será meu maior exemplo e fonte de inspiração. Ao **Rafael** pelo companheirismo e apoio nesse processo.

À **Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Minas Gerais/Gerência Regional de Saúde de São João del Rei**, representada pela diretora Edwalda Maria Carvalho de Assumpção e pela Coordenadora de Atenção à Saúde Tatiana Resende Carvalho por permitirem a flexibilização da minha carga horária de trabalho com compensação das horas que contribuiu para a realização de parte deste trabalho. E a todos os colegas de trabalho, em especial ao Gerciley, Ana Cláudia, Ramon, Chris, Michele e Patrícia Cristina que compreenderam e me apoiaram nesta trajetória.

Agradeço a **Deus** pelas oportunidades apresentadas e pela fé que me fortalece e me mantém confiante diante das incertezas do amanhã e a **todos que me** incentivaram a estudar e a aprender cada vez mais para ser uma profissional melhor.

Meus sinceros agradecimentos!

*“O correr da vida embrulha tudo,
a vida é assim: esquenta e esfria,
aperta e daí afrouxa,
sossega e depois desinquieta.
O que ela quer da gente é coragem.
O que Deus quer é ver a gente
aprendendo a ser capaz
de ficar alegre a mais,
no meio da alegria,
e inda mais alegre
ainda no meio da tristeza!
A vida inventa!
A gente principia as coisas,
no não saber por que,
e desde aí perde o poder de continuação
porque a vida é mutirão de todos,
por todos remexida e temperada.
O mais importante e bonito, do mundo, é isto:
que as pessoas não estão sempre iguais,
ainda não foram terminadas,
mas que elas vão sempre mudando.
Afinam ou desafinam. Verdade maior.
Viver é muito perigoso; e não é não.
Nem sei explicar estas coisas.
Um sentir é o do sentente, mas outro é do sentidor.”*

Guimarães Rosa

RESUMO

Contexto: o tempo de espera prolongado para diagnóstico e início do tratamento do câncer de mama usualmente resulta no diagnóstico da doença em estádios avançados e assim, requer terapêuticas mais agressivas que afetam diretamente a qualidade de vida das pacientes.

Objetivo: Avaliar a assistência oncológica às mulheres diagnosticadas com câncer de mama a partir da análise da qualidade de vida e do tempo de espera para diagnóstico e início do tratamento, bem como analisar os fatores associados em um Centro de Referência em Oncologia da Zona da Mata Mineira. **Método:** para avaliação do tempo de espera - coorte retrospectiva com 477 mulheres diagnosticadas com câncer de mama entre 2014-2016. As análises foram realizadas pelo método de Kaplan-Meier e pelo modelo de regressão de Cox. Para análise da qualidade de vida e a associação entre o tempo de espera e a qualidade de vida - estudo transversal com 101 mulheres diagnosticadas com câncer de mama entre 2014 e 2016. A qualidade de vida foi avaliada através dos questionários EORTC QLQ-C30 e BR-23. Foram utilizados os testes T de student, U de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis com post-hoc de Dunn.

Resultados: o tempo mediano para diagnóstico foi de 70 dias, sendo menor para mulheres que descobriram a doença por exames de rastreamento e diagnosticadas em estádios iniciais. O tempo mediano para o tratamento foi de 32 dias, sendo menor para as mulheres assistidas pela rede privada, com alta escolaridade e diagnosticadas em estádios iniciais. Em relação à qualidade de vida, no questionário QLQ – C30, observou-se escore mediano na escala de saúde global de 75,0 (IQ=33,33), escore médio na escala funcional de 75,99 (DP=19,26) e escore médio na escala de sintomas de 19,67 (DP=16,91). No questionário QLQ – BR23, foi verificado escore médio na escala funcional de 61,89 (DP=17,21) e escore médio na escala de sintomas de 21,21 (DP=16,94). Identificou-se melhores escores de qualidade de vida entre as mulheres com idade superior a 50 anos, de raça negra, com mais de 8 anos de estudo completos, que viviam com companheiro, que exerciam atividade remunerada, que foram assistidas pela rede privada, com renda per capita acima de meio salário mínimo, das classes econômicas A, B e C, que residiam no município sede do serviço, que referiram fazer algum tipo de atividade física, que não reportaram uso de tabaco, que tinham maior escore na escala de religiosidade, que dispunham de maior apoio social, que não apresentavam sobrepeso, que não possuíam comorbidades e que foram submetidas à setorectomia. Observaram-se maiores níveis de qualidade de vida entre as mulheres que tiveram o diagnóstico e tratamento da doença em menor tempo. **Conclusão:** Constatou-se a relação entre os fatores sociodemográficos, comportamentais e clínicos e o tempo de espera e qualidade de vida de mulheres diagnosticadas

com câncer de mama. Intervenções para promover a saúde e reduzir as iniquidades no acesso aos serviços de saúde podem contribuir para reduzir o tempo de espera para assistência oncológica e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida mesmo após três anos do diagnóstico da doença.

Palavras-chave: Neoplasias da mama. Diagnóstico tardio. Tempo para o tratamento.

Assistência pública. Qualidade, acesso e avaliação da assistência à saúde. Qualidade de vida.

Fatores Sociodemográficos. Estilo de vida.

ABSTRACT

Context: The prolonged waiting time for diagnosis and treatment initiation for breast cancer usually results in the diagnosis of the disease in advanced stages. Thus requires aggressive therapies that affect the patients' quality of life. **Objective:** To evaluate breast cancer care based on the analysis of quality of life and waiting time for diagnosis and treatment initiation, as well as analyze the factors associated in an Oncology Reference Center in Minas Gerais, Brazil. **Method:** to assess waiting time - retrospective cohort with 477 women diagnosed with breast cancer between 2014 and 2016. Analyzes were performed using the Kaplan-Meier method and the Cox regression model. For the analysis of quality of life and the association between waiting time and quality of life - cross-sectional study with 101 women diagnosed with breast cancer between 2014 and 2016. Quality of life was assessed using the EORTC QLQ-C30 and BR-23 questionnaires. Analyzes were performed using the Student's T test, the Mann-Whitney test, the Kruskal-Wallis test and Dunn's post-hoc test. **Results:** the median time to diagnosis was 70 days, being shorter for those who discovered the disease by screening tests and diagnosed in early stages. The median time for treatment was 32 days, being shorter for women assisted by the private network, with high schooling and diagnosed in early stages. Regarding quality of life, in the QLQ – C30 questionnaire, there was a median score on the global health scale of 75.0 (IQ=33.33), a mean score on the functional scale of 75.99 (SD=19, 26) and a mean score on the symptom scale of 19.67 (SD=16.91). In the QLQ – BR23 questionnaire, there was a mean score on the functional scale of 61.89 (SD=17.21), and a mean score on the symptoms scale of 21.21 (SD=16.94). Better quality of life scores were identified among women over 50 years old, black race, with more than 8 years of schooling completed, who lived with a partner, who had a paid job, who were assisted by the private care, with per capita income above half the minimum wage, from economic classes A, B and C, who resided in the municipality where the service was provided, who did some type of physical activity, who did not use tobacco, with a higher score on the scale of religiosity, who had greater social support, who were not overweight, who did not have comorbidities and who underwent sectorectomy. Higher levels of quality of life were observed among women who had the diagnosis and treatment of the disease in a shorter time. **Conclusions:** there is a great influence of sociodemographic, behavioral and clinical factors on the waiting time and quality of life of women diagnosed with breast cancer. Interventions to promote health, reduce inequities in access to health services can contribute to reducing the waiting time for cancer care, and consequently, improve quality of life even three years after diagnosis.

Keywords: Breast cancer. Late diagnosis. Time for treatment. Public assistance. Quality, access and evaluation of health care. Quality of life. Sociodemographic Factors. Lifestyle.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.	História natural do câncer de mama	28
Figura 2.	Estimativas das taxas de incidência por câncer de mama, padronizada por idade, para o ano de 2020, considerando todas as idades	40
Figura 3.	Estimativas das taxas de mortalidade por câncer de mama, padronizada por idade, para o ano de 2020, considerando todas as idades	41
Figura 4.	Representação espacial das taxas ajustadas de incidência do câncer de mama por 100 mil mulheres, estimadas para o ano de 2022, segundo Unidade da Federação.....	42
Figura 5.	Linha de cuidado no câncer de mama	44
Figura 6.	Modelo adaptado da tríade do processo de avaliação da qualidade de saúde segundo Donabedian (1980)	52
Figura 7.	Modelo Geral de Atraso Total do Paciente proposto por Andersen; Cacioppo; Roberts (1995)	55
Figura 8.	Modelo conceitual da avaliação do atraso para acesso à assistência oncológica, adaptado	56
Figura 9.	Diagramação dos aspectos envolvidos na qualidade de vida de pacientes sobreviventes ao câncer	70
Figura 10.	Diagrama de fluxo acerca das etapas para seleção da amostra para análise dos tempos de espera, 2014-2016. Juiz de Fora, MG, Brasil	92
Figura 11.	Representação esquemática dos intervalos de tempo para assistência oncológica	93
Figura 12.	Diagrama de fluxo acerca das etapas para seleção da amostra para análise da qualidade de vida, 2014-2016. Juiz de Fora, MG, Brasil	97
Figura 13.	Diagrama de fluxo acerca das etapas de seleção da amostra para análise da relação entre o tempo de espera e a qualidade de vida, 2014-2016. Juiz de Fora, MG, Brasil	102
Figura 14.	(A) Curvas de Kaplan Meier para o tempo de espera para o diagnóstico, segundo tipo de serviço de assistência à saúde (pública vs. privada) e (B) Curvas de Kaplan Meier para o tempo de espera para o tratamento, segundo tipo de serviço de assistência à saúde (pública vs. privada)	116
Figura 15.	Diagrama de fluxo acerca das etapas para seleção da amostra para análise da qualidade de vida, 2014-2016. Juiz de Fora, MG, Brasil	133

Figura 16.	Representação gráfica dos escores do questionário QLQ-C30 para avaliação da qualidade de vida de mulheres diagnosticadas com câncer de mama assistidas em dois Centros de Referência em Oncologia, 2014-2016. Juiz de Fora, MG, Brasil	138
Figura 17.	Representação gráfica dos escores do questionário QLQ-BR23 para avaliação da qualidade de vida de mulheres diagnosticadas com câncer de mama assistidas em dois Centros de Referência em Oncologia, 2014-2016. Juiz de Fora, MG, Brasil	139
Figura 18.	Escore médio da qualidade de vida das mulheres participantes do estudo nas escalas dos questionários QLQ-C30 e QLQ-BR23 segundo a faixa etária, 2014-2016. Juiz de Fora, MG, Brasil	142
Figura 19.	Escore médio da qualidade de vida das mulheres participantes do estudo nas escalas dos questionários QLQ-C30 e QLQ-BR23 segundo a raça, 2014-2016. Juiz de Fora, MG, Brasil	142
Figura 20.	Escore médio da qualidade de vida das mulheres participantes do estudo nas escalas dos questionários QLQ-C30 e QLQ-BR23 segundo o grau de instrução, 2014-2016. Juiz de Fora, MG, Brasil	143
Figura 21.	Escore médio da qualidade de vida das mulheres participantes do estudo nas escalas dos questionários QLQ-C30 e QLQ-BR23 segundo a situação conjugal, 2014-2016. Juiz de Fora, MG, Brasil	143
Figura 22.	Escore médio da qualidade de vida das mulheres participantes do estudo nas escalas dos questionários QLQ-C30 e QLQ-BR23 segundo a situação ocupacional, 2014-2016. Juiz de Fora, MG, Brasil	144
Figura 23.	Escore médio da qualidade de vida das mulheres participantes do estudo nas escalas dos questionários QLQ-C30 e QLQ-BR23 segundo a situação ocupacional, 2014-2016. Juiz de Fora, MG, Brasil	144
Figura 24.	Escore médio da qualidade de vida das mulheres participantes do estudo nas escalas dos questionários QLQ-C30 e QLQ-BR23 segundo a renda per capita, 2014-2016. Juiz de Fora, MG, Brasil	145
Figura 25.	Escore médio da qualidade de vida das mulheres participantes do estudo nas escalas dos questionários QLQ-C30 e QLQ-BR23 segundo a classificação econômica pela ABEP, 2014-2016. Juiz de Fora, MG, Brasil	145

Figura 26.	Escore médio da qualidade de vida das mulheres participantes do estudo nas escalas dos questionários QLQ-C30 e QLQ-BR23 segundo o local de residência, 2014-2016. Juiz de Fora, MG, Brasil	146
Figura 27.	Escore médio da qualidade de vida das mulheres participantes do estudo nas escalas dos questionários QLQ-C30 e QLQ-BR23 segundo os hábitos alimentares autorreferidos, 2014-2016. Juiz de Fora, MG, Brasil	150
Figura 28.	Escore médio da qualidade de vida das mulheres participantes do estudo nas escalas dos questionários QLQ-C30 e QLQ-BR23 segundo a prática de atividade física, 2014-2016. Juiz de Fora, MG, Brasil	150
Figura 29.	Escore médio da qualidade de vida das mulheres participantes do estudo nas escalas dos questionários QLQ-C30 e QLQ-BR23 segundo o uso do tabaco, 2014-2016. Juiz de Fora, MG, Brasil	151
Figura 30.	Escore médio da qualidade de vida das mulheres participantes do estudo nas escalas dos questionários QLQ-C30 e QLQ-BR23 segundo o uso do tabaco, 2014-2016. Juiz de Fora, MG, Brasil	151
Figura 31.	Escore médio da qualidade de vida das mulheres participantes do estudo nas escalas dos questionários QLQ-C30 e QLQ-BR23 segundo a pontuação na escala de religiosidade, 2014-2016. Juiz de Fora, MG, Brasil	152
Figura 32.	Escore médio da qualidade de vida das mulheres participantes do estudo nas escalas dos questionários QLQ-C30 e QLQ-BR23 segundo a pontuação na escala de apoio social, 2014-2016. Juiz de Fora, MG, Brasil	152
Figura 33.	Escore médio da qualidade de vida das mulheres participantes do estudo nas escalas dos questionários QLQ-C30 e QLQ-BR23 segundo o estado nutricional, 2014-2016. Juiz de Fora, MG, Brasil	155
Figura 34.	Escore médio da qualidade de vida das mulheres participantes do estudo nas escalas dos questionários QLQ-C30 e QLQ-BR23 segundo a presença de comorbidades, 2014-2016. Juiz de Fora, MG, Brasil	155
Figura 35.	Escore médio da qualidade de vida das mulheres participantes do estudo nas escalas dos questionários QLQ-C30 e QLQ-BR23 segundo a abordagem cirúrgica, 2014-2016. Juiz de Fora, MG, Brasil	156

Figura 36. Escore médio da qualidade de vida das mulheres participantes do estudo nas escalas dos questionários QLQ-C30 e QLQ-BR23 segundo a abordagem cirúrgica, 2014-2016. Juiz de Fora, MG, Brasil 156

LISTA DE QUADROS

Quadro 1.	Diretrizes Brasileiras para detecção precoce do câncer de mama	32
Quadro 2.	Descrição da classificação BI-RADS e condutas recomendadas	35
Quadro 3.	Estadiamento conforme classificação TNM do câncer de mama	36
Quadro 4.	Principais estudos publicados que avaliam os fatores associados ao tempo de espera na assistência do câncer de mama, na população brasileira	59
Quadro 5.	Detalhamento das questões do questionário QLQ-C30 no que diz respeito às escalas obtidas, abordagem, opções de resposta e escore ...	71
Quadro 6.	Detalhamento das questões do questionário QLQ-BR23 no que diz respeito às escalas obtidas, abordagem, opções de resposta e escore ...	72
Quadro 7.	Principais estudos publicados que avaliam a qualidade de vida de mulheres diagnosticadas com câncer de mama, utilizando os questionários EORTC QLQ-C30 e BR23, na população brasileira	74
Quadro 8.	Detalhamento dos intervalos de tempo avaliados no contexto da assistência oncológica	94

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Caracterização das mulheres com câncer de mama assistidas em um Centro de Referência em Oncologia, a partir das informações coletadas nos prontuários	106
Tabela 2.	Distribuição das pacientes segundo os tempos de espera em cada fase do tratamento	107
Tabela 3.	Características sociodemográficas e clínicas das participantes do estudo, no geral e segundo o tipo de serviço de assistência, 2014-2016. Juiz de Fora, MG, Brasil	114
Tabela 4.	Tempo de espera mediano (em dias) entre primeiros sintomas e confirmação diagnóstica, segundo tipo de assistência à saúde, características sociodemográficas e clínicas (n= 360), 2014-2016. Juiz de Fora, MG, Brasil	115
Tabela 5.	Tempo de espera mediano (em dias) entre a confirmação diagnóstica e o início do tratamento das participantes do estudo, segundo tipo de assistência, características sociodemográficas e clínicas (n=457), 2014-2016. Juiz de Fora, MG, Brasil	117
Tabela 6.	Razões de risco brutas e ajustadas das variáveis do modelo final multivariado para (A) o tempo de espera entre primeiros sintomas e a confirmação diagnóstica e para (B) o tempo de espera entre confirmação diagnóstica e início do tratamento, 2014-2016. Juiz de Fora, MG, Brasil	118
Tabela 7.	Caracterização das mulheres com câncer de mama assistidas em um Centro de Referência em Oncologia, a partir das informações coletadas nos prontuários	129
Tabela 8.	Qualidade de vida das mulheres participantes do estudo, 2014-2016. Juiz de Fora, MG, Brasil.....	140
Tabela 9.	Coeficientes de correlação de Spearman entre os valores das escalas dos questionários QLQ-C30 e QLQ-BR23, 2014-2016. Juiz de Fora, MG, Brasil	141

Tabela 10.	Qualidade de vida mulheres com câncer de mama assistidas em um Centro de Referência em Oncologia nas escalas dos questionários QLQ-C30 e QLQ-BR23 segundo as características sociodemográficas, 2014-2016. Juiz de Fora, MG, Brasil	147
Tabela 11.	Qualidade de vida mulheres com câncer de mama assistidas em um Centro de Referência em Oncologia nas escalas dos questionários QLQ-C30 e QLQ-BR23 segundo as características comportamentais, 2014-2016. Juiz de Fora, MG, Brasil	153
Tabela 12	Qualidade de vida mulheres com câncer de mama assistidas em um Centro de Referência em Oncologia nas escalas dos questionários QLQ-C30 e QLQ-BR23 segundo as características clínicas, 2014-2016. Juiz de Fora, MG, Brasil	157
Tabela 13.	Qualidade de vida mulheres com câncer de mama assistidas em dois Centros de Referência em Oncologia, segundo o tempo de espera entre o início dos sintomas e o diagnóstico da doença	170
Tabela 14.	Qualidade de vida mulheres com câncer de mama assistidas em dois Centros de Referência em Oncologia, segundo o tempo de espera entre o diagnóstico e início do tratamento	171

LISTA DE ABREVIATURAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
ACS	<i>American Cancer Society</i>
AJCC	<i>American Joint Committee on Cancer</i>
AEM	Auto-exame das mamas
ASI-R	<i>Appearance Schemas Inventory e Revised</i>
BCS	<i>Body Cathexis Scale</i>
BI-RADS®	<i>Breast Imaging Reporting and Data System</i>
BITS	<i>Breast Impact of Treatment Scale</i>
CACON	Centro de Alta Complexidade em Oncologia
DAS24	<i>Derriford Appearance Scale 24</i>
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DUREL	<i>Duke University Religion Index</i>
ECM	Exame clínico das mamas
EF	Escala funcional
EORTC	<i>European Organization for Research and Treatment of Cancer</i>
EORTC QLQ- BR23	<i>European Organization for Research and Treatment of Cancer Breast Cancer-Specific Quality of Life Questionnaire</i>
EORTC QLQ- C30	<i>European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire</i>
ES	Escala de sintoma
ESG	Escala de saúde global
ESS	<i>Experience of Shame Scale</i>
FACT-B	<i>Functional Assessment of Cancer TherapyBreast</i>
GBD	<i>Global Burden of Disease</i>
GLOBOCAN	<i>Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide</i>
IARC	<i>International Agency for Research on Cancer</i>
INCA	Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
NCCN	<i>National Comprehensive Cancer Network</i>
NCI	<i>National Cancer Institute</i>
NHP	<i>Nottingham Health Profile</i>
NQMBC	<i>National Quality Measures for Breast Centers</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNASM	Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher
Pro-Onco	Programa de Oncologia
QWB	<i>Quality of Well-being</i>
RHC	Registro Hospitalar de Câncer
SABIS	<i>The Sexual Adjustment and Body Image</i>
SBOC	Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SF-36	<i>Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey</i>
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SISMAMA	Sistema de Informação do Câncer de mama
SUS	Sistema Único de Saúde
TNM	Estadiamento tumoral: T (tumor), N (acometimento linfonodal) e M (metástase a distância).
UICC	União Internacional Contra o Câncer

UNACON	Unidades de Assistência de Alta Complexidade
WHO	<i>World Health Organization</i>
WHOQOL	<i>World Health Organization Quality of Life</i>
WHOQOL- BREF	<i>World Health Organization Quality of Life–Brief</i>
YLD	Anos vividos com incapacidade

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO E APRESENTAÇÃO	24
2	JUSTIFICATIVA	26
3	CÂNCER DE MAMA	28
3.1	HISTÓRIA NATURAL DA DOENÇA	28
3.2	FATORES ASSOCIADOS	29
3.3	MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE	31
3.4	DIAGNÓSTICO	34
3.5	ESTADIAMENTO	36
3.6	TRATAMENTO	36
3.7	EPIDEMIOLOGIA	39
3.8	LINHA DE CUIDADO	44
3.9	POLÍTICAS PÚBLICAS	46
4	AVALIAÇÃO EM SAÚDE	51
4.1	TEMPO DE ESPERA PARA ACESSO AO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA	53
4.2	QUALIDADE DE VIDA NO CONTEXTO DO CÂNCER DE MAMA	68
4.3	RELAÇÃO ENTRE O TEMPO DE ESPERA PARA ASSISTÊNCIA ONCOLÓGICA E A QUALIDADE DE VIDA	88
5	OBJETIVOS	90
6	METODOLOGIA	91
6.1	PARA AVALIAÇÃO DOS TEMPOS DE ESPERA PARA O DIAGNÓSTICO E INÍCIO DO TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA, SEGUNDO OS ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS, COMPORTAMENTAIS E CLÍNICOS ...	91
6.2	PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES DIAGNOSTICADAS COM CÂNCER DE MAMA E ANALISÁ-LAS SEGUNDO OS ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS, COMPORTAMENTAIS, CLÍNICOS E TUMORAIS	96
6.3	PARA AVALIAÇÃO DA RELAÇÃO ENTRE O TEMPO DE ESPERA E A QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES DIAGNOSTICADAS COM CÂNCER DE MAMA	101
7	RESULTADOS E DISCUSSÃO	105

7.1	AVALIAÇÃO DOS TEMPOS DE ESPERA PARA O DIAGNÓSTICO E INÍCIO DO TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA, SEGUNDO OS ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS, COMPORTAMENTAIS E CLÍNICOS ...	105
7.2	AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES DIAGNOSTICADAS COM CÂNCER DE MAMA, SEGUNDO OS ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS, COMPORTAMENTAIS E CLÍNICOS ...	128
7.3	AVALIAÇÃO DA RELAÇÃO ENTRE OS TEMPOS DE ESPERA PARA DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO E A QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES DIAGNOSTICADAS COM CÂNCER DE MAMA	170
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	173
9	REFERÊNCIAS	175
	ANEXOS	193
	APÊNDICES	209

1 INTRODUÇÃO E APRESENTAÇÃO

Esta tese é um dos produtos do projeto de pesquisa “Sobrevida e fatores prognósticos para o câncer de mama: estudo de coorte hospitalar de mulheres assistidas em centros de referência da Zona da Mata Mineira”, desenvolvido por pesquisadores do Núcleo de Pesquisa em Câncer do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF).

Este projeto de pesquisa iniciou-se com a tese de doutorado do Prof. Dr. Maximiliano Ribeiro Guerra, que avaliou a sobrevida de cinco anos e fatores prognósticos em mulheres diagnosticadas com câncer de mama entre 1998 e 2000 e assistidas nos serviços de oncologia do município de Juiz de Fora/MG (1ª coorte; n=782). Em seguida, a dissertação de mestrado da Dra. Vívian Assis Fayer deu continuidade à pesquisa, com a análise da sobrevida de 10 anos em mulheres com diagnóstico de câncer de mama entre 2000 e 2001 em um dos centros de referência para a assistência oncológica do município de Juiz de Fora/MG.

Na segunda fase do projeto (2ª coorte; n=563), a pesquisa foi conduzida pela Prof.^a Dra. Jane Rocha Duarte Cintra, que avaliou a sobrevida de cinco anos e fatores associados em mulheres diagnosticadas com câncer de mama entre 2003 e 2005 em um dos centros de referência para a assistência oncológica do município de Juiz de Fora. Em seguida, o banco de dados desta pesquisa foi utilizado para a realização de 3 (três) dissertações de mestrado e 4 (quatro) teses de doutorado, com abordagens que incluíram a análise de tempo de espera, a sobrevida segundo subtipos tumorais e a sobrevida livre de doença.

No ano de 2018, iniciou-se a coleta de dados da terceira fase do referido projeto de pesquisa (3ª coorte; n=522), com o intuito de avaliar as mulheres diagnosticadas com câncer de mama entre 2014 e 2016 no mesmo centro de referência em oncologia em relação à sobrevida e aos tempos de espera para diagnóstico e tratamento, e também considerar aspectos mais subjetivos das pacientes (como qualidade de vida e imagem corporal), por meio da realização de entrevistas face a face, assim como aspectos mais biológicos (como marcadores moleculares e genéticos), através de coleta de material biológico em parceria com a FIOCRUZ - Rio de Janeiro.

Nesse sentido, a presente tese de doutorado, inserida no escopo da linha pesquisa em câncer e como parte integrante do mencionado projeto, teve como objetivo analisar a qualidade de vida e o tempo de espera para diagnóstico e início do tratamento e fatores associados em mulheres diagnosticadas com câncer de mama em um centro de referência em oncologia situado no município de Juiz de Fora.

Esta tese inicia-se com uma contextualização sobre o câncer de mama, incluindo aspectos relativos à conceituação da doença, linha de cuidado, epidemiologia e políticas públicas direcionadas. Posteriormente, é abordada a avaliação em saúde, seguida pela revisão bibliográfica sobre o tempo de espera para diagnóstico e tratamento do câncer de mama e sobre a qualidade de vida dessas pacientes. A seguir, encontra-se pormenorizada a metodologia utilizada para atender cada um dos objetivos do estudo.

Posteriormente, os resultados e a discussão dos achados são apresentados no formato de dois artigos: a) Tempo para diagnóstico e tratamento do câncer de mama na assistência pública e privada e b) Qualidade de vida de mulheres submetidas ao tratamento de câncer de mama segundo características sociodemográficas, comportamentais e clínicas. E, sob a forma de resultados comentados: c) Avaliação da relação entre o tempo de espera e a qualidade de vida de mulheres diagnosticadas com câncer de mama. Ao final, são tecidas as considerações sobre a tese.

Espera-se que este trabalho possa contribuir para consolidação da linha de pesquisa em câncer do PPGSC/UFJF e também para a ampliação da abordagem do grupo de pesquisa com a avaliação de questões subjetivas no contexto da assistência oncológica do câncer de mama. Além disso, os resultados podem reforçar a importância da busca pelo atendimento médico de forma precoce e a instituição do tratamento em tempo oportuno, considerando que os efeitos do atraso no diagnóstico e tratamento podem afetar a qualidade de vida das pacientes, mesmo após três anos do diagnóstico.

2 JUSTIFICATIVA

Entre as neoplasias malignas que acometem as mulheres, o câncer de mama destaca-se por sua elevada morbimortalidade nos diversos países do mundo. Quando comparado aos países de alta renda, o Brasil ainda apresenta maior taxa de mortalidade por câncer de mama, apesar da menor taxa de incidência (BRAY et al., 2018; FERLAY et al., 2019).

Análises de séries temporais demonstram um aumento da sobrevida das mulheres diagnosticadas com câncer de mama (ALLEMANI et al., 2018), que se deve ao aprimoramento de programas de rastreamento e avanços das terapias (RIEDEL et al., 2018; GEBRUERS et al., 2017; MCDONALD et al., 2016; HENNIGS et al. 2016; PEART, 2015).

Apesar de todas as ações direcionadas ao controle do câncer de mama, estudos recentes demonstram que, no Brasil, a proporção de tumores de mama diagnosticados em estádios avançados ainda é elevada, o que pode sinalizar fragilidades no acesso ao diagnóstico e, consequentemente, no tratamento em tempo oportuno (DOS-SANTOS-SILVA, 2018; RENNA JUNIOR; AZEVEDO SILVA, 2018).

O tempo de espera prolongado para o diagnóstico da doença e início do tratamento geram grandes impactos no prognóstico e sobrevida (NEAL et al., 2015; RAPHAEL et al., 2016; MANGEL et al., 2018), e requer terapêuticas mais agressivas (BRASIL, 2014; HENNIGS et al. 2016; DE LA MARE et al., 2014), que produzem sérias alterações físicas, emocionais, psíquicas e funcionais, que afetam diretamente a qualidade de vida das pacientes (LOVELACE; MCDANIEL; GOLDEN, 2019).

Diante do exposto, torna-se necessária a avaliação das ações direcionadas ao controle dessa neoplasia, visando elucidar as principais barreiras e componentes facilitadores do acesso à assistência oncológica (CONTANDIOPULLOS et al., 1997), considerando a tríade estrutura-processo-resultado (DONABEDIAN, 1980).

Nesse contexto, a avaliação do tempo de espera para diagnóstico e tratamento (indicador de processo), a qualidade de vida (indicador de resultado) constituem critérios indiretos para a avaliação da efetividade e eficiência das ações de controle do câncer de mama.

No Brasil, os estudos de avaliação do tempo de espera para assistência oncológica são crescentes, e, no contexto do câncer de mama, a maior parte dos estudos não considerou o intervalo de tempo de 30 dias para diagnóstico, conforme preconizado pela Lei nº 13.896/2019 (REZENDE et al., 2009; LISBOA et al, 2013; TRALDI et al., 2016; FERREIRA et al., 2017; MEDEIROS et al., 2019a; MEDEIROS et al., 2019b; SANTOS et al., 2020; FERREIRA et al., 2020; BARROS et al., 2020), e procedeu a análise dos dados através do estabelecimento de um ponto de corte para o desfecho (TRUFELLI et al., 2008; REZENDE et al., 2009;

CAVALCANTI et al., 2012; ROSA; RADÜNZ, 2013; BARROS; UEMURA; MACEDO, 2013; LISBOA et al, 2013; SOUZA et al., 2015; MEDEIROS et al., 2015; ROMEIRO-LOPES et al., 2017; FERREIRA et al., 2017; CABRAL et al., 2019; BEZERRA et al., 2019; SOUSA et al., 2019a; MEDEIROS et al., 2019a; MEDEIROS et al., 2019b; BARROS et al., 2020; FERREIRA et al., 2020). Nesse sentido, propõe-se a avaliação do tempo de espera para assistência oncológica norteada pelos intervalos preconizados pela normativa vigente, utilizando uma metodologia específica para avaliação do intervalo de tempo (BUSTAMANTE-TEIXEIRA; FAERSTEIN; LATORRE, 2002), como utilizado em estudos internacionais.

A avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde é utilizada no âmbito da saúde coletiva como indicador do impacto da doença e do tratamento instituído no estado de saúde do(a) paciente (FERRELL; DOW; GRANT; 1995). O questionário EORTC QLQ-BR23 é específico para avaliação da qualidade de vida de mulheres diagnosticadas com câncer de mama, e foi validado no Brasil no ano de 2013 (MICHELS; LATORRE; MACIEL, 2013). A partir de então, a publicação de trabalhos brasileiros direcionados à essa temática é crescente e, em sua maioria, consistem em estudos de intervenção ou que comparam abordagens cirúrgicas e usualmente avaliam o paciente durante a realização do tratamento (BOING et al., 2018; BACCARIN et al., 2019; PAULO et al., 2019; GUERRA et al., 2020b; OLIVEIRA-JUNIOR et al., 2020; SILVA et al., 2021). Assim, propõe-se a avaliação de forma abrangente, a qualidade de vida relacionada à saúde em mulheres sobreviventes, investigadas a partir do terceiro ano do diagnóstico da doença.

A relação entre o tempo de espera para a assistência oncológica e a qualidade de vida foi demonstrada em um trabalho internacional que identificou qualidade de vida relativamente maior em mulheres com câncer de mama que consultaram o médico o mais cedo possível após descobrirem os sintomas da doença e para aquelas cujo tempo de espera pelo tratamento foi menor. Dessa forma, recomenda-se que o tempo de espera para o diagnóstico deve ser reduzido ao máximo e o tratamento do câncer de mama iniciado de forma oportuna. (KONIECZNY et al., 2020). Contudo, ainda não foram identificados estudos nacionais que contemplem essa relação, que será abordada na presente investigação.

3 CÂNCER DE MAMA

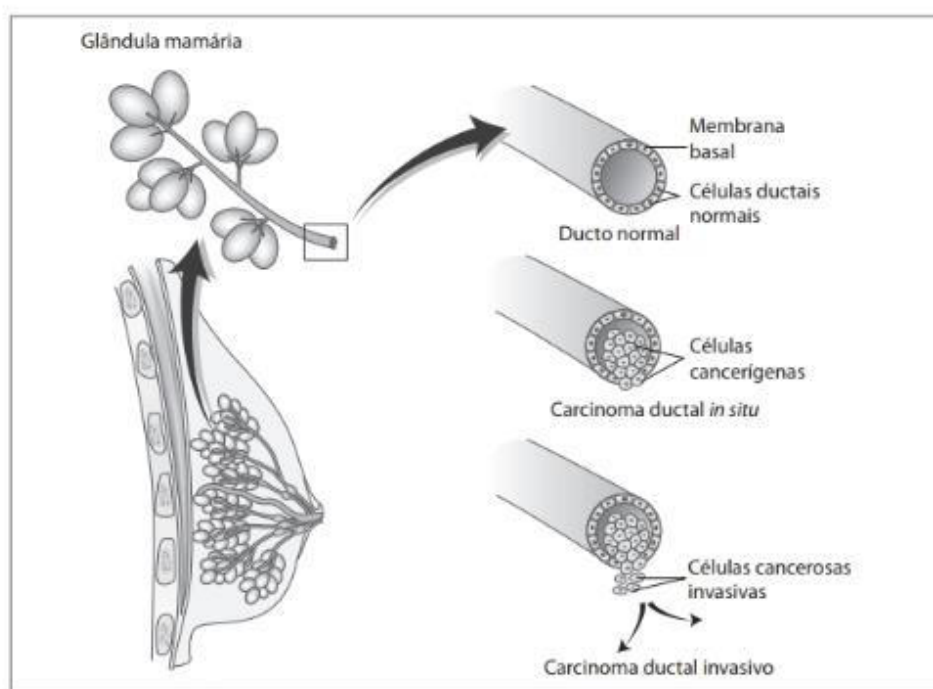
O câncer de mama se desenvolve a partir da replicação desordenada de células do tecido mamário, que surgem em função de alterações genéticas combinadas à exposição a fatores ambientais ou fisiológicos (BRASIL, 2013a; IARC; 2014; ACS, 2020a).

3.1 História natural da doença

A história natural do câncer de mama perpassa pela fase pré-clínica, que constitui o intervalo de tempo entre o surgimento da primeira célula maligna e o desenvolvimento do tumor impalpável, evoluindo para a fase clínica, que se inicia quando o tumor apresenta condições de ser diagnosticado clinicamente (BRASIL, 2013a).

Acredita-se que o carcinoma *in situ* (com membrana basal preservada), evolui para a forma invasiva, quando ocorre a ruptura dessa membrana (carcinoma infiltrante), conforme ilustrado na figura 1 (BRASIL, 2013a; IARC; 2014; MORAES; CUNHA, 2016).

Figura 1: História natural do câncer de mama



Fonte: MORAES; CUNHA (2016).

O carcinoma invasor pode permanecer por tempo variável como doença local, ou seja, limitada à mama, podendo evoluir com propagação regional e disseminação à distância (BRASIL, 2013a; IARC; 2014; MORAES; CUNHA, 2016). Usualmente, o câncer da mama

crece lentamente, porém, em alguns casos, apresenta crescimento rápido e maior possibilidade de disseminação (BRASIL, 2013a; IARC; 2014).

O comportamento heterogêneo da doença está relacionado às variações morfológicas, histopatológicas, fenotípicas e genéticas, que resultam em características próprias do tumor, tais como o grau de diferenciação histológica e a presença de receptores moleculares, que determinam sua velocidade de crescimento e potencial de originar metástases, podendo ainda ser influenciado por outros fatores, como a exposição a estímulos hormonais, a resposta imune e o estado nutricional (BRASIL, 2013a; IARC; 2014; BRASIL, 2014).

No carcinoma da mama, a disseminação à distância ocorre principalmente a partir da via linfática e raramente por via hematogênica. Os principais sítios de metástases do câncer de mama são ossos, pulmões e pleura, fígado e com menor frequência cérebro, ovário e pele (BRASIL, 2013a; IARC; 2014; ACS, 2020a).

3.2 FATORES ASSOCIADOS

Apesar das inúmeras pesquisas conduzidas sobre o câncer de mama, ainda não está totalmente esclarecida sua etiologia, sendo atribuída a uma interação de fatores genéticos, endócrinos, comportamentais e ambientais (BRASIL, 2013a; IARC, 2014; INCA, 2019).

A) Fatores genéticos

Acredita-se que as mutações nos genes BRCA1 e 2, comumente encontradas em mulheres com história familiar de câncer de mama e diagnosticadas com a doença antes dos 50 anos, são responsáveis por cerca de 5 a 10% do total de casos de câncer de mama. Os genes CHEK2, PTEN, TP53, ATM, STK11 / LKB1, CDH1, também podem contribuir para o desenvolvimento do câncer de mama, embora nenhum deles seja comparável em frequência e importância clínica como o BRCA1 e 2 (BRASIL, 2013a; IARC; 2014; INCA, 2019; ACS, 2020a; ACS, 2020c).

B) Fatores endócrinos

Estão relacionados principalmente ao estímulo estrogênico, seja endógeno ou exógeno, com risco proporcional ao tempo de exposição. O aumento de estrogênio circulante induz a proliferação mamária, e, conseqüentemente aumenta o risco para o desenvolvimento da neoplasia. Nesse sentido, as mulheres com história de menarca precoce (idade da primeira menstruação menor que 12 anos), menopausa tardia (instalada após os 50 anos de idade), primeira gravidez após os 30 anos, nulíparas, que realizaram terapia de reposição hormonal pós-menopausa ou fizeram uso de contraceptivos orais por tempo prolongado (mais de cinco

anos), apresentam maior risco para desenvolvimento da doença (BRASIL, 2013a; IARC; 2014; ACS, 2020c).

C) Fatores comportamentais e ambientais

A exposição a radiações ionizantes, a ingestão regular de álcool, a obesidade (principalmente quando o aumento de peso se dá após a menopausa) e o sedentarismo constituem fatores de risco para o câncer de mama. Além disso, alguns estudos demonstram que o uso prolongado do tabaco, especialmente antes da primeira gravidez, também aumenta o risco para a doença (BRASIL, 2013a; IARC; 2014; INCA, 2019; ACS, 2020c).

Em contrapartida, a alimentação saudável, a manutenção do peso corporal em parâmetros saudáveis e a prática regular de atividade física constituem fatores de proteção para todos os tipos de cânceres. Em específico para o câncer de mama, evidências demonstram que a amamentação produz uma diminuição do risco para a doença (BRASIL, 2013a; IARC; 2014; ACS, 2020c).

A maior parte das neoplasias da mama (70 – 80%) são diagnosticadas a partir dos 50 anos de idade. Contudo, o diagnóstico da doença abaixo de 50 anos apresenta pior prognóstico, visto que, em mulheres jovens, os tumores são mais agressivos, o que leva ao diagnóstico da doença em estádios avançados (BRASIL, 2013a; IARC; 2014; INCA, 2015).

D) Fatores sociais e de oferta de serviços de saúde

Estudos demonstram grande impacto dos fatores sociais no rastreamento, incidência, estadiamento, prognóstico e sobrevida do câncer de mama, dentre os quais: o local de residência, o grau de escolaridade, a renda, a cor da pele/raça/etnia e o acesso aos serviços de saúde e aos cuidados preventivos (WÜNSCH FILHO et al. 2008; COUGHLIN, 2019).

A incidência do câncer de mama usualmente está associada ao maior nível socioeconômico. Por outro lado, mulheres com baixo nível socioeconômico diagnosticadas com câncer de mama tendem a apresentar tumores mais agressivos, cânceres de mama na pré-menopausa, diagnóstico em estágio avançado, pior sobrevida e acesso precário aos serviços de saúde (COUGHLIN, 2019).

No Brasil, tem sido demonstrado maior incidência do câncer nas regiões Sudeste e Sul, regiões com melhores indicadores socioeconômicos, maior oferta de serviços de saúde e mais industrializadas, ao passo que as regiões Norte e Nordeste, apresentam menor incidência e também apresentam menor concentração de serviços e profissionais de saúde e piores indicadores socioeconômicos. Contudo, o inverso ocorre em relação à mortalidade e, conseqüentemente à sobrevida. As regiões com menor desenvolvimento socioeconômico

apresentam maiores taxas de mortalidade e menor sobrevida (WÜNSCH FILHO et al. 2008; GUERRA et al., 2020a).

Nesse contexto, a garantia de acesso aos serviços de saúde de forma equânime é essencial para reduzir as disparidades sociais em relação ao câncer de mama. Assim, fazem-se necessárias intervenções que considerem o contexto sociocultural dos pacientes e os fatores determinantes e condicionantes da saúde e que incluam ações de promoção da saúde, prevenção primária, rastreamento, diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação (WÜNSCH FILHO et al. 2008; COUGHLIN, 2019).

3.3 MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE

A prevenção primária do câncer de mama está relacionada ao controle dos fatores de risco, embora alguns fatores hereditários e os fatores relacionados ao ciclo reprodutivo da mulher não sejam passíveis de intervenção (BRASIL, 2013a).

As medidas de prevenção secundária são adotadas quando a neoplasia maligna de mama já iniciou seu processo biológico, tendo como finalidade modificar o desenvolvimento da doença através de ações que possibilitem a identificação e o tratamento precoce (THULER, 2003; WHO, 2002). As principais estratégias para a detecção precoce constituem o rastreamento populacional (realizado em mulheres assintomáticas) e o diagnóstico precoce (abordagem de pessoas com sinais e/ou sintomas iniciais da doença) (INCA, 2015; WHO, 2017).

A) Rastreamento

O rastreamento com o exame de mamografia é a estratégia de saúde pública que tem sido adotada em contextos onde a incidência e a mortalidade por câncer de mama são elevadas. A implantação de programas efetivos de rastreamento, produzem grande impacto na redução da mortalidade por essa neoplasia (BRASIL, 2013a; IARC, 2014; INCA, 2015).

Nesse sentido, as Diretrizes Brasileiras para rastreamento do câncer de mama (INCA, 2015), recomendam o rastreamento bianual para mulheres entre 50 e 69 anos, com risco habitual de desenvolver câncer de mama, conforme detalhado no quadro 1:

Quadro 1 – Diretrizes Brasileiras para detecção precoce do câncer de mama

Faixa etária	Recomendação
< de 50 anos	O Ministério da Saúde recomenda contra o rastreamento com mamografia em mulheres com menos de 50 anos (recomendação contrária forte: os possíveis danos claramente superam os possíveis benefícios).
De 50 a 59 anos	O Ministério da Saúde recomenda o rastreamento com mamografia em mulheres com idades entre 50 e 59 anos (recomendação favorável fraca: os possíveis benefícios e danos provavelmente são semelhantes).
De 60 a 69 anos	O Ministério da Saúde recomenda o rastreamento com mamografia em mulheres com idades entre 60 e 69 anos (recomendação favorável fraca: os possíveis benefícios provavelmente superam os possíveis danos).
De 70 a 74 anos	O Ministério da Saúde recomenda contra o rastreamento com mamografia em mulheres com idades entre 70 e 74 anos (recomendação contrária fraca: o balanço entre possíveis danos e benefícios é incerto).
75 anos ou mais	O Ministério da Saúde recomenda contra o rastreamento com mamografia em mulheres com 75 anos ou mais (recomendação contrária forte: os possíveis danos provavelmente superam os possíveis benefícios).
Periodicidade	
O Ministério da Saúde recomenda que a periodicidade do rastreamento com mamografia, nas faixas etárias recomendadas, seja bienal (recomendação favorável forte: os possíveis benefícios provavelmente superam os possíveis danos quando comparada às periodicidades menores).	

Fonte: INCA (2015).

Para os grupos populacionais com risco muito elevado para o desenvolvimento do câncer de mama (1% da população), a recomendação para rastreamento deve ser discutida com o médico assistente, conforme perfil de cada paciente (IARC, 2014; BRASIL, 2014; INCA, 2015).

No Brasil, o rastreamento do câncer de mama ocorre de forma oportunística, ou seja, o exame de rastreio é ofertado às mulheres que oportunamente chegam às unidades de saúde. No modelo de rastreamento organizado, as mulheres na faixa etária alvo são formalmente convidadas para realizar os exames periódicos (BRASIL, 2010). A experiência internacional demonstra que o modelo organizado apresenta melhores resultados e menores custos (IARC, 2014; INCA, 2015).

É importante ressaltar os exames de rastreamento podem resultar em testes inconclusivos ou falsos-positivo e assim, demandam a realização de testes diagnósticos confirmatórios – por vezes invasivos, além de outras intervenções terapêuticas para a

continuidade do cuidado em saúde. Entretanto, em alguns casos, tais procedimentos adicionais são realizados em pessoas não doentes (exames com resultados falso-positivos) ou com a doença assintomática que poderia não evoluir, acarretando sobrediagnóstico e, conseqüentemente, sobretratamento (GRAY, 2004; INCA, 2015), o que reforça a necessidade de priorizar a utilização de testes diagnóstico com a melhor validade possível e de considerar as particularidades/especificidades de cada indivíduo.

Deve-se considerar também, no contexto dos exames de rastreamento, o efeito do viés de antecipação (*lead time bias*), que consiste no tempo em que o diagnóstico é antecipado pelo rastreamento em relação à detecção sintomática de uma doença, e do viés duração da doença (*length time bias*), que ocorre em decorrência dos tumores de crescimento mais lento apresentarem um período de detecção potencialmente mais longo e por isso terem maior probabilidade de serem detectados ainda em fase assintomática. Assim, tais exames podem apenas aumentar o tempo de convivência com o diagnóstico da doença, e suas conseqüências físicas e psicológicas, sem, no entanto, evitar/adiar o óbito (WELCH; BLACK, 2010; INCA, 2021).

Assim, do ponto de vista da Saúde Coletiva, ressalta-se a importância do cumprimento dos protocolos assistenciais em relação à população alvo e à periodicidade da realização dos exames de mamografia, assegurando que os benefícios do rastreamento superarão os malefícios, uma vez que um resultado falso-positivo pode implicar na exposição a procedimentos e tratamentos desnecessários e muitas vezes dolorosos (MIGOWSKI et al., 2018; NELSON et al., 2016).

B) Diagnóstico precoce

A detecção precoce possibilita que o tratamento da doença seja instituído em tempo oportuno. Quando a doença é identificada precocemente o tratamento é mais efetivo, menos complexo e caro, possibilita o melhor prognóstico e a redução da mortalidade (BRASIL, 2013a; WHO, 2015; WHO, 2017; ACS, 2017).

Nesse contexto, diante da identificação de alterações em exames de rastreamento ou aparecimento de qualquer sintoma sugestivo de câncer de mama (aparecimento de um nódulo, presença de secreção no mamilo, coloração avermelhada da pele da mama, edema cutâneo semelhante à casca de laranja, retração cutânea, dor ou inversão no mamilo, descamação ou ulceração do mamilo, surgimento de linfonodos palpáveis na axila), faz-se necessária a garantia do acesso a investigação diagnóstica e ao tratamento efetivo, quando indicado (BRASIL, 2013a, WHO, 2015; INCA, 2015).

3.4 DIAGNÓSTICO

O diagnóstico do câncer de mama é ancorado em um tripé: exame clínico, exame de imagem e análise histopatológica.

A) Exame clínico

O exame clínico das mamas (ECM) é indicado para avaliar sinais e sintomas referidos a fim de realizar o diagnóstico diferencial entre alterações suspeitas de câncer e aquelas relacionadas a condições benignas. Deve ser realizado por profissional de saúde treinado. Contudo, não é indicado para o rastreamento do câncer de mama (BRASIL, 2013a; INCA, 2015).

B) Exame de imagem

Vale reforçar que a mamografia ainda é o principal exame de imagem a ser utilizado para rastreamento do câncer de mama e elucidação diagnóstica. Já a ultrassonografia é indicada no rastreamento do câncer de mama em mulheres jovens ou com mamas densas. Também pode ser útil para realizar o diagnóstico diferencial nos casos de mamografia negativa ou inconclusiva, na avaliação das pacientes jovens com lesão palpável e nas alterações do exame clínico no ciclo grávido-puerperal (BRASIL, 2013a).

A ressonância magnética tem papel importante nos casos não conclusivos pelos métodos tradicionais ou quando há suspeita de carcinoma oculto. E também pode ser utilizada para o planejamento terapêutico, para a avaliação de resposta à quimioterapia neoadjuvante e avaliação de suspeita de recidiva e das complicações dos implantes secundários (BRASIL, 2013a).

Os resultados dos exames mamográficos, ultrassonográficos e da ressonância magnética são classificados de acordo com o *Breast Imaging Reporting and Data System* (BI-RADS®), publicado pelo Colégio Americano de Radiologia (ACR) e traduzido pelo Colégio Brasileiro de Radiologia (D'ORSI et al., 2013). Esse sistema utiliza categorias de 0 a 6 para descrever os achados do exame e prevê recomendações de conduta (INCA, 2015), conforme detalhado no quadro 2:

Quadro 2: Descrição da classificação BI-RADS e condutas recomendadas

Categoria	Interpretação	Risco de câncer	Recomendação de conduta
0	Exame inconclusivo	Indeterminado	Avaliação adicional com incidências e manobras; correlação com outros métodos de imagem; comparação com mamografia feita no ano anterior
1	Exame negativo	Excepcional	Rotina de rastreamento conforme a faixa etária ou prosseguimento da investigação, se o ECM for alterado
2	Exame com achado tipicamente benigno	Excepcional	Rotina de rastreamento conforme a faixa etária.
3	Exame com achado provavelmente benigno	< 2%	Controle radiológico por três anos, com repetição do exame a cada seis meses no primeiro ano e anual nos dois anos seguintes
4	Exame com achado suspeito	2% a 95%, a depender do grau de suspeição	Avaliação por exame de cito ou histopatológico.
5	Exame com achado altamente suspeito	> 95%	Avaliação por exame de cito ou histopatológico.
6	Exame com achados cuja malignidade já está comprovada	100%	Terapêutica específica em Unidade de Tratamento de Câncer.

Fonte: INCA (2015).

C) Análise histopatológica

A confirmação diagnóstica do câncer de mama é feita por meio do exame histopatológico de um fragmento da mama alterada, retirado através da biópsia. A escolha do método de biópsia (biópsia cirúrgica, biópsia percutânea com agulha grossa, punção por agulha fina ou biópsia percutânea a vácuo) depende da classificação radiológica, do tipo e da localização da lesão, da composição e do tamanho da mama da paciente, dos materiais, dos equipamentos disponíveis, dos recursos humanos e das características de cada serviço (BRASIL, 2013a; ACS, 2020b).

3.5 ESTADIAMENTO

O prognóstico e manejo clínico do câncer de mama depende diretamente do tamanho tumor, do comprometimento linfonodal e da presença de metástases (BRASIL, 2014; IARC, 2015; INCA, 2020). O sistema de estadiamento do câncer de mama desenvolvido pela União Internacional Contra o Câncer (UICC) é o mais comumente utilizado, e objetiva classificar a doença de acordo com sua extensão locorregional e a distância, utilizando as categorias T (tumor), N (acometimento linfonodal) e M (metástase a distância), chamada simplificada de TNM (UICC, 2012), conforme descrito no quadro 3:

Quadro 3: Estadimento conforme classificação TNM do câncer de mama.

Estágio 0	(TisN0M0);
Estágio IA	(T1N0M0);
Estágio IB	T0N1miM0, T1N1mi M0
Estágio IIA	T0N1M0, T1N1M0, T2N0M0
Estágio IIB	T2N1M0, T3N0M0
Estágio IIIA	T0N2M0, T1N2M0, T2N2M0, T3N1M0, T3N2M0
Estágio IIIB	T4N0M0, T4N1M0, T4N2M0
Estágio IIIC	Qualquer T N3M0
Estágio IV	Qualquer T Qualquer N M1

Fonte: UICC (2012).

A classificação TNM foi atualizada no ano de 2017 e atualmente, considera as características anatômicas, patológicas e clínico-prognósticas (AJCC, 2017). Contudo, as discussões aqui apresentadas serão norteadas pela antiga classificação TNM, uma vez que a amostra é constituída por mulheres com diagnóstico de câncer de mama em 2014-2015-2016.

3.6 TRATAMENTO

O tratamento do câncer, deve ser realizado em Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon) e/ou Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon), responsáveis por determinar o estadiamento, tratar e assegurar a qualidade da assistência oncológica (BRASIL, 2013a; INCA, 2020).

O tratamento do câncer de mama usualmente inclui a cirurgia, quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia (BRASIL, 2018; SBOC, 2020; NCCN, 2019; NCI, 2019; ACS, 2020d).

A) Cirurgia

Durante muitos anos o tratamento cirúrgico do câncer da mama teve como única opção a retirada total da mama – mastectomia. A partir da década de 1980, estudos randomizados demonstraram que a mastectomia radical apresentava resultados semelhantes à cirurgia conservadora na sobrevida. Dessa forma, em 1990, surgiram as primeiras recomendações da cirurgia conservadora como opção de tratamento (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2018).

O tratamento conservador consiste na retirada do segmento ou setor mamário onde se localiza o tumor com margens de tecido mamário microscopicamente sadio. E, por isso, tal modalidade cirúrgica tem a tendência de preservar o máximo de tecido mamário, limitando-se apenas às áreas tumorais (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2018; NCCN, 2019; ACS, 2020d).

A recomendação da cirurgia conservadora deve levar em conta a possibilidade de controle da doença com bom resultado estético. É usualmente indicada para tumores pequenos, sem evidência de multicentricidade e sem metástases à distância (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2018; NCCN, 2019; ACS, 2020d).

Para as pacientes submetidas à cirurgia conservadora, a radioterapia complementar pós ou pré-operatória é recomendada no intuito de eliminar lesões microscópicas eventualmente não retiradas na cirurgia, e assim, reduzir o risco de recidiva local (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2018; NCCN, 2019; ACS, 2020d).

Nos casos de estadiamento avançado, com tumores maiores que 3cm de diâmetro, usualmente, as cirurgias radicais são mais indicadas, com variação entre a mastectomia simples e radical (BARROS; BUZAID, 2007; BRASIL, 2013a; BRASIL, 2018; NCCN, 2019; ACS, 2020d).

Conforme exposto, a escolha da abordagem cirúrgica, depende do tamanho e localização do tumor (NCCN, 2019; ACS, 2020d). Contudo, salienta-se que o tratamento cirúrgico para o câncer de mama pode gerar alterações de ordem física, psicológica e social no cotidiano das pacientes, de forma que técnicas mais invasivas tendem a um maior comprometimento da autoimagem e da estética (SANTOS; VIEIRA, 2011; BRASIL, 2014; KOŁODZIEJCZYK; PAWŁOWSKI, 2019).

Nesse contexto, a reconstrução da mama surge como alternativa benéfica na dimensão dos aspectos psicológicos e físicos da mulher, estando relacionada a maior satisfação da paciente (SANTOS; VIEIRA, 2011). Essa variante cirúrgica pode ser realizada imediatamente após o procedimento cirúrgico da mastectomia ou de modo tardio, após o término do tratamento, especialmente nos casos de tumores avançados com comprometimento de pele (BRASIL, 2014; NCCN, 2019; ACS, 2020d).

Por fim, a cirurgia também constitui o momento oportuno para exérese dos linfonodos axilares para avaliação patológica. Esse procedimento é fundamental para a determinação do estadiamento, do prognóstico e das opções terapêuticas. Pode ser realizado por esvaziamento axilar ou pela biópsia do linfonodo sentinela. A biópsia do linfonodo sentinela vem sendo mais utilizado por se tratar de um procedimento menos invasivo, que diminui a probabilidade do surgimento de linfedema (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2018; NCCN, 2019; ACS, 2020d).

B) Quimioterapia

O tratamento medicamentoso sistêmico (quimioterapia) pode ser realizado antes da cirurgia (tratamento neoadjuvante) ou após a cirurgia (tratamento adjuvante) (BRASIL, 2013a). A terapia adjuvante é indicada para eliminar as células cancerosas remanescentes após a cirurgia, que, a longo prazo, se não eliminadas, podem gerar um novo tumor. A terapia neoadjuvante usualmente é utilizada em tumores localmente avançados e objetiva reduzir o tamanho do tumor para realização de uma cirurgia menos extensa e também permite avaliar a resposta do tumor frente ao tratamento (BRASIL, 2018; NCCN, 2019; ACS, 2020d).

O esquema terapêutico é determinado de acordo com as características tumorais, perfil da paciente e risco de recorrência da doença (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2014; BRASIL, 2018; NCCN, 2019; ACS, 2020d).

A maior parte dos quimioterápicos atua tanto nas células neoplásicas quanto nos tecidos normais. Nesse sentido, os efeitos adversos da terapêutica geralmente são vivenciados com angústia e estresse pela mulher em tratamento, uma vez que há uma série de alterações físicas importantes como náusea, diarreia, vômito, fadiga, menopausa induzida, ganho ou perda de peso e queda dos cabelos, gerando grandes impactos na imagem corporal e na qualidade de vida dessas pacientes (SANTOS; VIEIRA, 2011; BRASIL, 2014; KOŁODZIEJCZYK; PAWŁOWSKI, 2019).

C) Radioterapia

A radioterapia consiste na aplicação da radiação ionizante para destruir as células cancerígenas, indicada principalmente, como terapia complementar à cirurgia ou quimioterapia, com o principal objetivo de reduzir a possibilidade de recidiva da doença, especialmente em tumores maiores que 5 cm, se houverem linfonodos comprometidos ou se as margens cirúrgicas, pele ou músculo estiverem comprometidos (BRASIL, 2018; NCCN, 2019; ACS, 2020d).

A radioterapia também pode ser utilizada em tumores metastáticos, principalmente quando há disseminação para o osso e cérebro. Do mesmo modo, pode ser realizada em tumores

não operáveis ou sem indicação/resposta à terapia sistêmica ou com o objetivo de diminuir a dor ou estancar o sangramento (BRASIL, 2018; NCCN, 2019; ACS, 2020d).

O número de sessões, local de aplicação e dose serão determinados de acordo com as características tumorais, perfil da paciente e risco de recorrência da doença (BRASIL, 2018; NCCN, 2019; ACS, 2020d).

Vale ressaltar que o tratamento radioterápico pode causar alterações na consistência, formato e aspecto da mama, e assim, gerar impactos transitórios ou duradouros na imagem corporal e na qualidade de vida das pacientes submetidas a esse tratamento (SANTOS; VIEIRA, 2011; NCCN, 2019; KOŁODZIEJCZYK; PAWŁOWSKI, 2019; ACS, 2020d).

D) Hormonioterapia

Alguns tipos de tumores mamários possuem receptores de estrogênio e progesterona, que, em contato com esses hormônios, propiciam o crescimento tumoral. A hormonioterapia consiste na administração de medicamentos que reduzem os níveis de estrogênio ou impedem que o estrogênio atue nas células cancerígenas ou impedem a ligação desses hormônios aos receptores (BRASIL, 2018; NCCN, 2019; ACS, 2020d).

A terapia hormonal é frequentemente usada após a cirurgia (como terapia adjuvante), com o objetivo de reduzir o risco de recidiva da doença, sendo recomendado o uso por 5 a 10 anos. Essa modalidade terapêutica também pode ser indicada para alguns casos de recidiva ou em alguns casos de doença metastática (BRASIL, 2018; NCCN, 2019; ACS, 2020d).

Os efeitos adversos e colaterais da terapia hormonal incluem o espessamento endometrial, agravamento dos sinais e sintomas menopausais ou indução à menopausa, ocasionando a diminuição da lubrificação vaginal, fogachos, diminuição da libido, alterações no humor, dentre outros (BRASIL, 2018; NCCN, 2019; ACS, 2020d). Tais alterações podem persistir durante toda a terapia hormonal e impactar diretamente no cotidiano das mulheres, fazendo com que se sintam mais velhas, socialmente e fisicamente menos atraentes, mais frustradas e deprimidas (KOŁODZIEJCZYK; PAWŁOWSKI, 2019).

O tratamento do câncer de mama é prolongado e é vivenciado por sentimentos conflitivos, pois, ao mesmo tempo que representa temor, restrições e desconforto físico e psicológico, por outro lado, representa a possibilidade de cura (ALVES et al., 2012) e assim, deve ser instituído quando os benefícios superam os malefícios.

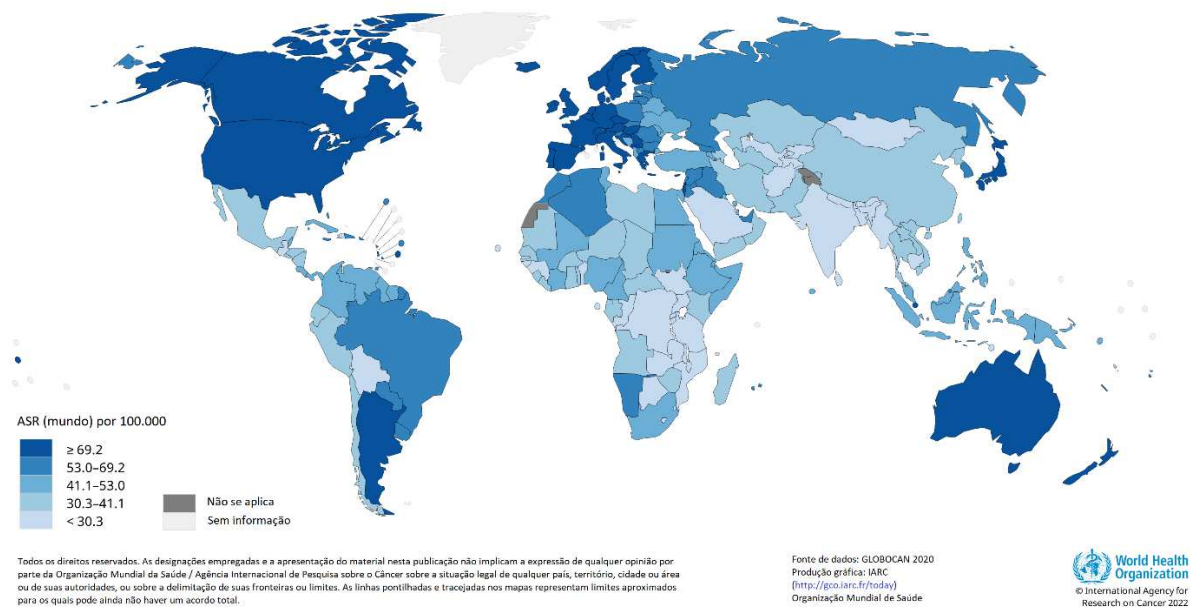
3.7 EPIDEMIOLOGIA

O câncer de mama é o tipo de neoplasia mais incidente entre as mulheres, com um risco estimado de 47,8 novos casos a cada 100 mil mulheres e 13 mortes a cada 100 mil mulheres,

para o ano de 2020, no mundo. No Brasil, estima-se 61,9 novos casos a cada 100 mil mulheres e 14 mortes a cada 100 mil mulheres, para o ano de 2020 (GLOBOCAN, 2022; BRAY et al., 2018; FERLAY et al., 2019).

É o câncer mais comumente diagnosticado entre as mulheres em 140 países, e as maiores taxas de incidência são relatadas nos países de alta renda (GINSBURG; BRAY; COLEMAN, 2017; BRAY et al., 2018; FERLAY et al., 2019), conforme demonstrado na Figura 2.

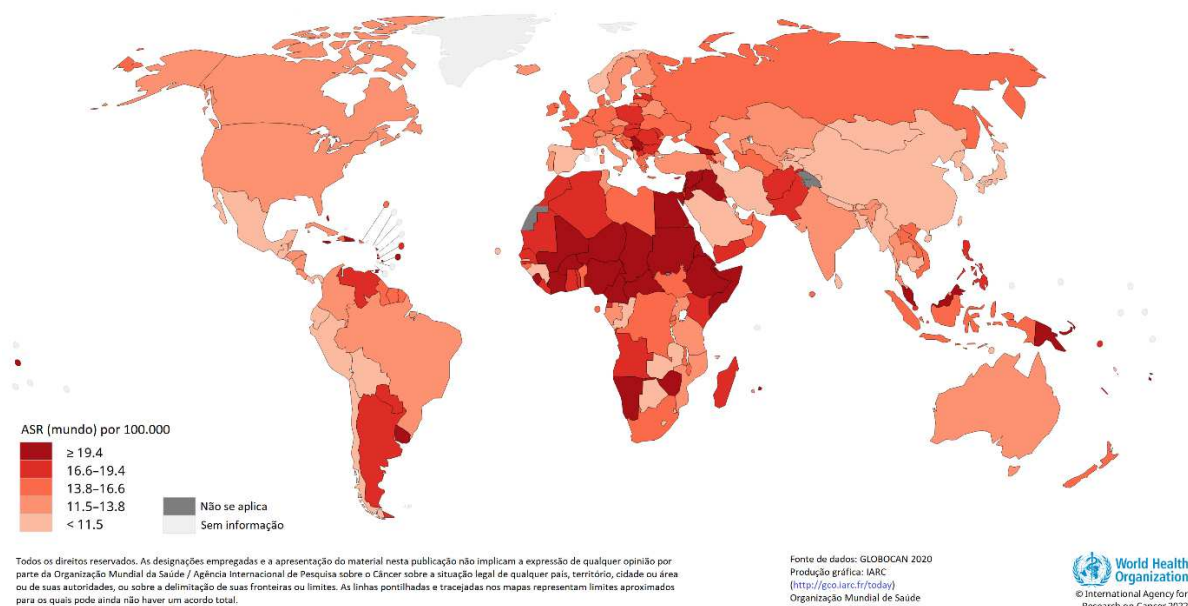
Figura 2. Estimativas das taxas de incidência por câncer de mama, padronizada por idade, para o ano de 2020, considerando todas as idades



Fonte: GLOBOCAN (2022), tradução nossa.

Apesar dos países de alta renda apresentarem maior taxa de incidência da doença, os países de baixa renda apresentam as maiores taxas de mortalidade por câncer de mama (Figura 3). Isto reflete a disparidade no acesso aos programas de rastreamento e diagnóstico precoce, bem como o acesso ao tratamento adequado. Nesse contexto, o Brasil apresenta taxas intermediárias de incidência e mortalidade, quando comparado com os países de alta e baixa renda (GLOBOCAN, 2018).

Figura 3. Estimativas das taxas de mortalidade por câncer de mama, padronizada por idade, para o ano de 2020, considerando todas as idades

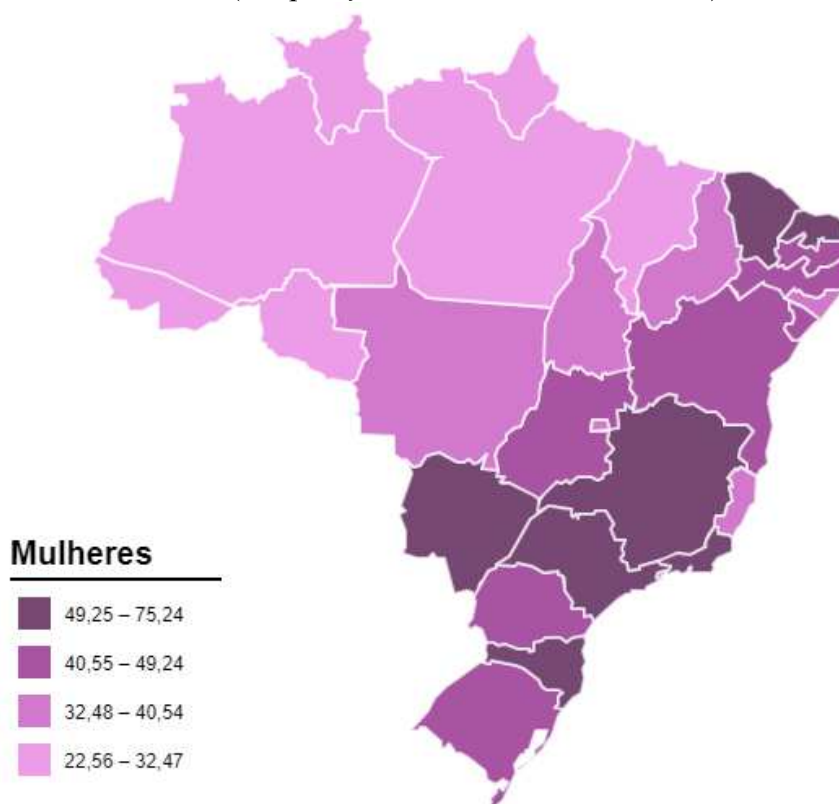


Fonte: GLOBOCAN (2022), tradução nossa.

Análises de séries temporais demonstram um incremento na incidência de câncer de mama em diversos países mundo (DESANTIS et al., 2015; GLOBAL BURDEN OF DISEASE CANCER COLLABORATION, 2018). Esse fato se deve, principalmente, ao processo de transição demográfica, com envelhecimento populacional e profundas mudanças nos hábitos de vida da sociedade moderna, decorrentes do processo de industrialização, caracterizado por aumento do consumo de produtos processados, inatividade física, idade tardia da primeira gestação, menor taxa de natalidade, que constituem fatores de risco para o câncer de mama (BRAY et al., 2018).

No Brasil, o Instituto Nacional do Câncer (INCA) espera 66.280 novos casos de câncer de mama para o ano de 2022, o que corresponde a um risco estimado de 43,74 novos casos a cada 100 mil mulheres, representando a mais frequente neoplasia maligna feminina em todas as regiões do país. A região Sudeste apresenta a maior taxa de incidência (81,06/100 mil), ao passo que a região norte apresenta a menor taxa (21,34/100 mil), conforme demonstrado na figura 4 (INCA, 2022a).

Figura 4. Representação espacial das taxas ajustadas* de incidência do câncer de mama por 100 mil mulheres, estimadas para o ano de 2022, segundo Unidade da Federação. (*População Padrão Mundial de 1960).



Fonte: INCA (2022a).

Análises de séries temporais demonstraram um aumento substancial na taxa de incidência do câncer de mama, no período de 1990 a 2017 em todos os estados do Brasil. Tal aumento pode ser decorrente do processo de industrialização que acarretou mudanças demográficas e epidemiológicas, com consequente alteração nos determinantes da doença, como fatores reprodutivos, hormonais e de estilo de vida (GUERRA et al., 2020a).

Em relação à mortalidade, no Brasil, ocorreram, em 2020, 17.825 óbitos por câncer de mama em mulheres, o equivalente a um risco de 11,84 mortes por 100 mil mulheres – taxa ajustada para a população brasileira de 2010 (INCA, 2022b). Contudo, as informações sobre mortalidade podem estar subestimadas devido ao sub-registro de óbitos e pelo número de mortes registradas como “causas mal-definidas” no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) (GIRIANELLI; GAMARRA; AZEVEDO E SILVA, 2014; COUTO et al., 2019).

Nesse sentido, um estudo epidemiológico recente que fez a correção dos dados do Sistema de Informação de Mortalidade verificou um aumento de 9,03% na taxa de mortalidade

por câncer de mama, ao analisar as médias das taxas de mortalidade dos anos de 1990, 2000 e 2010 (COUTO et al., 2019).

No ano de 2010, a taxa de mortalidade por câncer de mama (por 100.000 mulheres) padronizada por faixa etária e corrigida por causas mal definidas foi de 9,98 no Brasil, o que representa um aumento de 4,83% em relação à taxa sem correção. Para região Norte, essa taxa foi de 7,08 (com aumento de 14,38%); 8,74 para região Nordeste (com aumento de 8,03%); 10,07 para região Sudeste (com aumento de 4,68%); 11,53 para região Sul (com aumento de 2,76%); para região Centro-oeste 9,19 (com aumento de 2,57%) (COUTO et al., 2019).

A diferença entre a taxa de mortalidade corrigida e sem correção vem diminuindo ao longo do tempo (13,18% em 1990 *versus* 4,83% no ano de 2010), o que representa uma melhora na qualidade da informação registrada nas bases de dados de todas as regiões do país (COUTO et al., 2019).

A análise de tendência temporal da mortalidade por câncer de mama no Brasil apresenta um aumento no período de 1996 a 2013 em todas as regiões do país, especialmente nas regiões Nordeste e Centro-Oeste do Brasil (ROCHA-BRISCHILIAR et al., 2017). Ao comparar a tendência temporal da mortalidade por essa neoplasia nas cidades do interior e capitais do país, verificou-se a redução na mortalidade nas capitais da região Sul e Sudeste no início dos anos 90, concomitante com o aumento da mortalidade nos municípios do interior dos estados, especialmente das regiões Norte e Nordeste (GIRIANELLI; GAMARRA; AZEVEDO E SILVA, 2014). Para o período de 1990 a 2017, observou-se uma pequena redução na taxa de mortalidade, nas regiões com melhor índice sociodemográfico (Sul, Sudeste e Centro-Oeste) e aumento da mortalidade na região Nordeste (GUERRA et al., 2020a).

Estudo recente que descreveu a tendência da mortalidade por câncer nas capitais e demais municípios do Brasil entre 1978 e 2017, identificou que a mortalidade por câncer de mama no Brasil aumentou nas capitais até 1990, e a partir daí houve queda até 2017. Já no interior do Brasil, a queda na mortalidade por câncer de mama ocorreu entre 1996 e 2007, mas não se manteve. Nas regiões Norte e Nordeste houve tendência a aumento, especialmente no interior. A região Sudeste seguiu tendência semelhante ao país em que houve declínio a partir de 1996, ao passo que no interior, a queda ocorrida entre 1996 e 2007 não se manteve (AZEVEDO E SILVA et al., 2020).

A sobrevivida por câncer de mama no Brasil apresenta taxas intermediárias, quando comparada aos dados da América do Norte e Oceania, onde são encontrados valores próximos aos 90% e de alguns países da América Central, onde são encontrados valores próximos aos 65% para o período de 2010-2014. Análises de séries temporais evidenciam melhora das taxas

de sobrevivida por câncer de mama no Brasil nos últimos 10 anos, passando de 68,7% no período de 2000-2004, para 76,9% no período de 2005-2009 e 75,2% no período de 2010-2014 (ALLEMANI et al., 2015; ALLEMANI et al., 2018).

Estudos recentes ainda demonstraram que o câncer de mama é a principal causa de anos vividos com incapacidade (YLD) em 119 países, com impactos substanciais e duradouros nos aspectos sociais, financeiros e econômicos para as mulheres afetadas, seus familiares e para a sociedade em que está inserida (GINSBURG; BRAY; COLEMAN, 2017).

Diante do exposto, registramos relevância do câncer de mama como um importante problema de saúde pública em vários países do mundo (FERLAY et al., 2019), que demanda a elaboração de políticas públicas direcionadas às medidas de prevenção, controle, rastreamento, diagnóstico precoce, tratamento, recuperação e reabilitação.

3.8 LINHA DE CUIDADO

As linhas de cuidado são estratégias para organizar o fluxo dos usuários no sistema de saúde. No Sistema Único de Saúde, a abordagem do câncer de mama perpassa todos os níveis de atenção (primário - atenção básica, secundário - média complexidade e terciário - alta complexidade) e depende da articulação entre eles para o melhor resultado das ações de controle, conforme diagrama da figura 5 (INCA, 2019).

Figura 5: Linha de cuidado no câncer de mama



Fonte: INCA (2019).

Os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) são responsáveis por organizar o fluxo das mulheres diagnosticadas com câncer de mama em cada território desde a atenção básica até

a oferta de cuidados paliativos. O acesso do paciente em cada nível de atenção deve passar pelo sistema de regulação, garantindo assim, a resolutividade do atendimento por meio do referenciamento adequado e oportuno dos pacientes (BRASIL, 2013a).

Neste contexto, cada nível de atenção deve desenvolver um papel na rede de serviços de saúde para oferta da assistência oncológica, a saber:

A) Atenção Básica (Atenção Primária)

Este nível de atenção é a principal porta de entrada do usuário no Sistema Único de Saúde. Assim, os profissionais de saúde atuantes devem conhecer os fluxos construídos (regulação, referência e contrarreferência) e, quando necessário, encaminhar a mulher para os níveis de atenção de média e alta complexidades, de forma a coordenar o paciente na rede de atenção à saúde e manter o acompanhamento dos casos encaminhados (BRASIL, 2013a).

Além disso, é imprescindível que as equipes estejam capacitadas para indicar o rastreamento do câncer de mama através da mamografia para o público alvo estabelecido pelos protocolos nacionais, para avaliar e conduzir as queixas percebidas pela mulher, as alterações identificadas no exame clínico e para interpretar e dar seguimento aos resultados dos exames de mamografia e ultrassonografia das mamas (BRASIL, 2013a).

A equipe de Atenção Primária também deve desenvolver ações de promoção da saúde e prevenção da doença com foco nos fatores de risco relativos ao câncer de mama, como ações voltadas aos usuários de tabaco na perspectiva de reduzir a prevalência de fumantes e dos danos relacionados ao tabaco no seu território. As atividades educativas devem ser realizadas considerando a vulnerabilidade e a capacidade de autocuidado de cada paciente, visando ampliar a autonomia dos usuários (BRASIL, 2013a).

B) Atenção de média complexidade (atenção especializada)

Este nível de atenção é composto por serviços de média complexidade que contam com profissionais de saúde especializados, responsáveis, principalmente por realizar assistência diagnóstica e terapêutica, de forma a estabelecer e assegurar o encaminhamento dos usuários, quando indicado, com suspeição ou confirmação diagnóstica de câncer para as UNACON e os CACON (BRASIL, 2013a).

Importante ressaltar que este nível de atenção também deve realizar a contrarreferência dos usuários para a unidade básica de saúde e oferecer apoio técnico às equipes de Atenção Básica com o objetivo de ampliar a resolutividade de um problema de saúde (BRASIL, 2013a).

C) Atenção de alta complexidade (atenção especializada)

Este nível de atenção é composto por hospitais de referência habilitados pelo Ministério da Saúde como UNACON ou CACON, que são responsáveis por determinar o diagnóstico diferencial e definitivo (confirmação diagnóstica), a extensão da neoplasia (estadiamento), o tratamento por cirurgia oncológica, quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia. A reabilitação, o atendimento às urgências relacionadas às intercorrências e à agudização da doença, a abordagem multidisciplinar e os cuidados paliativos também são atribuições da atenção terciária no intuito de garantir toda a estrutura assistencial para o cuidado das pessoas com câncer de mama.

Todas as ações desenvolvidas relacionadas ao diagnóstico e tratamento do câncer de mama devem ser registradas nos sistemas de informação preconizados (BRASIL, 2013a).

Tendo em vista o atual cenário epidemiológico e assistencial no que se refere ao câncer de mama, esta linha de cuidado ainda precisa ser amplamente discutida e implantada em sua totalidade em todo o país (BRASIL, 2013a). Nesse contexto, é importante destacar a importância do componente Governança através da instituição de um mecanismo de regulação do acesso para qualificar a demanda e a assistência prestada, otimizando a organização da oferta e promovendo a equidade no acesso às ações e aos serviços para a prevenção e o cuidado ao paciente com câncer de mama (BRASIL, 2013a).

3.9 POLÍTICAS PÚBLICAS

No Brasil, as primeiras iniciativas governamentais direcionadas ao controle do câncer de mama datam de 1942 com a criação do Serviço Nacional do Câncer, atual Instituto Nacional do Câncer (INCA), responsável desde então, por desenvolver pesquisas, realizar o controle epidemiológico, e promover educação em saúde à população e profissionais de saúde, além de orientar e coordenar as ações oncológicas dos serviços públicos e privados (TEIXEIRA, 2015; MARQUES; FIGUEIREDO; GUTIÉRREZ, 2015; INCA, 2019).

A prática de rastreamento do câncer de mama foi instituído no Brasil na década de 70, com a implementação do Programa Nacional de Controle do Câncer, direcionado à prevenção da doença e oferta de mamografias. Esse programa também foi responsável por fomentar a formação de recursos humanos, a estruturação de estabelecimentos de saúde e a normatização dos registros dos exames realizados (TEIXEIRA, 2015; INCA, 2019).

Como resultado da pressão dos movimentos feministas, apoiados pelo movimento da reforma sanitária, o Ministério da Saúde criou, em 1984, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que ampliou a assistência à saúde para além da gravidez e parto, incluindo ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, em

consonância com a formulação dos princípios e diretrizes do futuro Sistema de Saúde do país (Sistema Único de Saúde) (BRASIL, 1984; BRASIL, 2004).

Em seguida, no ano de 1986, foi criado o Programa de Oncologia (Pro-Onco), com duas linhas básicas de trabalho: a) a educação para o câncer, que deveria alcançar desde a comunidade até o profissional de nível superior que atua na ponta do sistema de saúde; e b) a melhora da informação sobre essa doença, por meio da melhora na qualidade dos registros de câncer (BRASIL, 2002; TEIXEIRA, 2015; INCA, 2015).

Nessa mesma década, a promulgação da Constituição Federal (1988) e a publicação da Lei 8080, de 19 de setembro de 1990, que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), incluíram a saúde como direito de todos e dever do estado e ampliou o acesso aos serviços de saúde à toda população (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990).

Devido à persistência da alta taxa de mortalidade por câncer de mama, o INCA lançou em 1996, o Programa Nacional de Controle de Câncer de Colo Uterino e de Mama, conhecido como Programa Viva Mulher, que intensificou as ações direcionadas ao câncer de mama com foco na prevenção secundária, por meio do exame clínico das mamas (ECM) e da mamografia, além do incentivo ao autoexame das mamas (AEM) (BRASIL, 2002; TEIXEIRA, 2015).

Nessa mesma década, a Lei nº 9.797, de 6 de maio de 1999, instituiu a obrigatoriedade da cirurgia plástica reparadora da mama pela rede de unidades integrantes do SUS nos casos de mutilação decorrentes do tratamento de câncer. Contudo, nesse período o prazo para realização do procedimento em questão não era especificado (BRASIL, 1999). Em 2013, a Lei nº 12.802 fixou que o procedimento deve ser realizado imediatamente após a retirada do tumor, se houver condições clínicas, ou assim que a paciente apresentar os requisitos necessários (BRASIL, 2013).

Mais tarde, em 2004, o PAIMS foi fortalecido com o lançamento da Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher (PNASM). Essa política foi elaborada com a participação dos diversos segmentos da população e incluiu aspectos antes ignorados como gênero, humanização e qualidade do atendimento, atenção ao abortamento inseguro, combate à violência doméstica e sexual, assistência às minorias femininas como atenção às mulheres rurais, com deficiência, pretas, indígenas, presidiárias e lésbicas, dentre outros (BRASIL, 2004).

Em relação ao câncer de mama, nesse período, as estratégias propostas pautaram-se na organização da rede de referência e contrarreferência para diagnóstico e tratamento dessa neoplasia, bem como estabelecimento de indicadores para avaliação da assistência como a taxa de mortalidade feminina por câncer de mama e o número de reconstruções mamárias realizadas (BRASIL, 2004).

Nesse contexto, a Portaria GM/MS nº. 2.439, de 2005, instituiu a Política Nacional de Atenção Oncológica, e propôs o desenvolvimento de atividades direcionadas à promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos a serem inseridas na rede de atenção oncológica no âmbito do SUS. Além disso, estabeleceu, como um dos componentes fundamentais, a previsão do controle do câncer de mama nos Planos Estaduais e Municipais de Saúde, considerando a integralidade e qualidade no atendimento, maior efetividade e eficiência no controle do câncer e diminuição da morbimortalidade (BRASIL, 2005a). Os critérios para habilitação da Rede de Atenção Oncológica foram definidos na Portaria SAS/MS nº 741/2005 (BRASIL, 2005b).

Em 2006, a importância da detecção precoce do câncer de mama foi reafirmada no Pacto pela Saúde, em que o controle do câncer de mama foi definido como uma das prioridades, com proposição de indicadores e metas a serem alcançados pelos estados e municípios nessa área. Tais ações seriam desenvolvidas principalmente por meio da Atenção Básica e Estratégia de Saúde da Família (ESF), considerada principal porta de entrada dos usuários no sistema, desenvolvida sob trabalho multidisciplinar em equipe, dirigida às populações adscritas em territórios delimitados, orientada pelo estabelecimento de vínculo, responsabilização, humanização e continuidade da assistência, objetivando diminuir a incidência e a mortalidade da doença, além de melhorar a qualidade de vida das mulheres já diagnosticadas (BRASIL, 2006; BRASIL, 2017).

Visando a construção de um modelo de atenção à saúde que priorize a qualidade de vida, em 2006, foi publicada a Política Nacional de Promoção da Saúde, parte integrante do Pacto pela Saúde, com o objetivo de reduzir vulnerabilidades e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes (BRASIL, 2006; BRASIL, 2015).

No intuito de fortalecer o registro das informações dos programas de rastreamento, em 2008, foi implantado o Sistema de Informação do Câncer de Mama (SISMAMA) que consiste em uma ferramenta de gerenciamento para captura, organização e disponibilização de dados sobre a população submetida aos exames de rastreamento, resultados dos exames, acompanhamento de casos anormais, qualidade dos serviços, além de outras informações essenciais geradas no decorrer do rastreamento, permitindo assim, acompanhamento das pacientes (especialmente com exames alterados) e a avaliação contínua de programas de detecção precoce (BRASIL, 2008; PASSMAN et al., 2011).

Na mesma linha da Política de Promoção da Saúde, devido à magnitude e constante crescimento da morbimortalidade por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), o Ministério da Saúde lançou em 2010, o Plano de Enfrentamento de DCNT, visando promover

o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco, por meio do fortalecimento dos serviços de saúde voltados à assistência das doenças crônicas. O plano aborda os quatro principais grupos de doenças (circulatórias, câncer, respiratórias crônicas e diabetes), seus fatores de risco modificáveis em comum (tabagismo, álcool, inatividade física, alimentação não saudável e obesidade) e define diretrizes e ações em vigilância, informação, avaliação e monitoramento, promoção da saúde e cuidado integral (BRASIL, 2011).

Em paralelo, no ano de 2012, foi lançado o Programa Nacional de Qualidade da Mamografia, com o objetivo de aprimorar a qualidade dos exames de mamografia, com implementação de critérios para o credenciamento e monitoramento contínuo dos serviços de mamografia públicos e privados, qualificação de recursos humanos além da implementação de instrumentos de monitoramento da qualidade da imagem, laudo, diagnóstico e da dose de radiação empregada (BRASIL, 2013b).

Nesse mesmo ano, a Lei nº 12.732, de 22 de novembro, de 2012 – Lei dos 60 dias - estabeleceu que o paciente com neoplasia maligna tem direito a se submeter ao primeiro tratamento no SUS no prazo de até 60 dias contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo patológico ou em prazo menor, conforme a necessidade terapêutica do caso (BRASIL, 2012).

A Política Nacional de Atenção Oncológica foi atualizada com a publicação da Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013, que enfatizou a integralidade do cuidado e a informação em saúde, com priorização do modelo de Redes de Atenção à Saúde e ampliação das atribuições em todos os níveis, com o principal objetivo de reduzir a mortalidade e incapacidades, diminuir a incidência de alguns tipos de tumores, bem como melhorar da qualidade de vida, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos (BRASIL, 2013c; SILVA et al., 2017).

Os critérios para organização dos serviços oncológicos foram atualizados pela Portaria nº 140/2014 e pela Portaria nº 1399/2019, que estabeleceu novos critérios e parâmetros para habilitação dos serviços de assistência oncológica, com o objetivo de ampliar, qualificar e consolidar os serviços especializados em oncologia (BRASIL, 2014a; SILVA et al., 2017; BRASIL, 2019a).

Recentemente, a publicação da Lei nº 13.896, de 30 de outubro de 2019, manteve o disposto na Lei dos 60 dias e acrescentou o prazo de 30 (trinta) dias para realização dos exames

necessários para elucidação do diagnóstico, nos casos em que a principal hipótese diagnóstica seja a de neoplasia maligna (BRASIL, 2019b).

As normativas vigentes preconizam a organização da assistência oncológica em rede, com articulação dos componentes de Atenção Básica, Atenção Domiciliar, Atenção Especializada Ambulatorial, Atenção Especializada Hospitalar: CACONs (Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia) e UNACONs (Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia), Rede de Urgência e Emergência, além de Sistemas de Apoio como Regulação, Logísticos e de Governança (BRASIL, 2014; SILVA et al., 2017).

Diante do exposto, nota-se que as políticas de saúde voltadas para atenção ao câncer de mama perpassam estratégias específicas, direcionadas para os programas de rastreamento, qualidade de exames, acesso ao diagnóstico, estruturação dos serviços oncológicos e também inclui iniciativas direcionadas à promoção da saúde, com enfoque preventivo e direcionado para os fatores determinantes e condicionantes da saúde.

Entre os avanços nas políticas públicas relacionadas ao câncer de mama no Brasil, podemos citar a expansão do acesso à mamografia, os investimentos na formação de recursos humanos e físicos para assistência oncológica, o fortalecimento da atenção primária à saúde e o incentivo às ações de prevenção de doenças e promoção da saúde.

Entretanto, o atual cenário epidemiológico caracterizado pelo aumento das taxas de incidência e manutenção de alta taxa mortalidade da doença indicam que as políticas públicas direcionadas ao câncer de mama no país ainda não geraram o impacto esperado nos indicadores de morbimortalidade.

Dentre as dificuldades encontradas na Assistência Oncológica no Âmbito do SUS, podemos citar a inexistência de um programa de rastreamento organizado, as barreiras de acesso aos exames para elucidação diagnóstica e o subfinanciamento do SUS, com defasagem na precificação da tabela de procedimentos.

Estas questões refletem os limites das políticas públicas para a plena implementação do SUS, com garantia de universalidade e integralidade da atenção no contexto da assistência oncológica (INCA, 2019). Além disso, o nível de organização heterogêneo do SUS nas diferentes regiões e as condições de vida díspares da população brasileira dificultam a elaboração e implantação de um plano nacional de controle do câncer.

4. AVALIAÇÃO EM SAÚDE

A implementação de políticas públicas de saúde objetiva a melhoria das condições de saúde da população, de forma a organizar os serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade (LUCCHESI, 2004).

Diante de uma conjuntura de diminuição do crescimento econômico e necessidade de controle de custos, a avaliação dos serviços e os programas de saúde, surge como uma ferramenta de destaque no processo de planejamento e gestão dos sistemas e serviços de saúde, que permite o monitoramento das ações implantadas e fundamenta a tomada de decisões (CONTANDIOPoulos et al., 1997; CHAVES; TANAKA, 2012).

A avaliação das políticas, programas e serviços implementados permite conhecer o impacto e a efetividades dessas ações, bem como delinear os possíveis fatores explicativos de divergências entre o plano e a execução das ações, e assim, torna possível identificar a necessidade de correção, reorganização, reestruturação, implantação, implementação de novas práticas nos serviços de saúde (FREESE; SAMPAIO; CESSE, 2005; HARTZ; VIEIRA-DA-SILVA, 2005; DUBOIS et al., 2013).

Devido à complexidade e diversas possibilidades de expressão, existem várias definições do constructo “avaliação em saúde”, que traduzem a evolução de diferentes concepções ao longo do tempo (CONTANDRIPOULOS et al., 1997; CDC, 1999; VIEIRA-DA-SILVA, 2014; HARTZ; VIEIRA-DA-SILVA, 2005; STUFFLEBEAM; CORY, 2014).

As definições descritas na literatura, em sua essência, enfatizam que a avaliação consiste na emissão de juízo de valor sobre determinada intervenção, usualmente utilizada no processo de planejamento das ações para subsidiar a gestão e melhorar o desempenho (CONTANDRIPOULOS et al., 1997; CDC, 1999; HARTZ; VIEIRA-DA-SILVA, 2005; VIEIRA-DA-SILVA, 2014; MINAYO, 2008; STUFFLEBEAM; CORY, 2014).

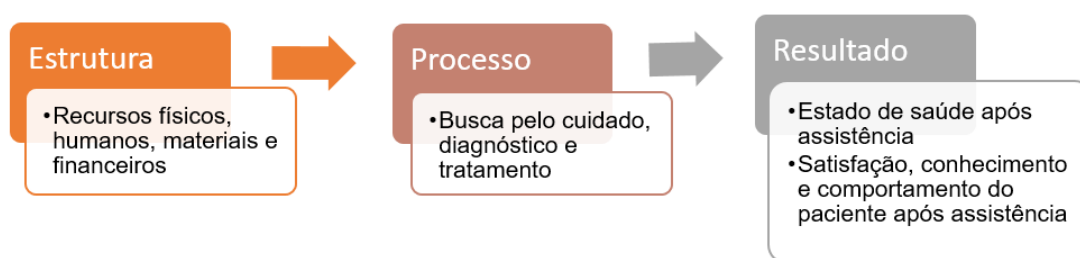
Dentre os diversos conceitos propostos para definição da avaliação em saúde, nortearmos as discussões aqui apresentadas no conceito de avaliação elaborado por Contandopoulos et al. (1997, p. 31):

“A avaliação consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Esse julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa).”

E também pelos pressupostos desenvolvidos por Donabedian (1980), na Teoria Geral do Sistemas, que fundamenta a avaliação da qualidade em saúde na tríade estrutura-processo-resultado (figura 6), de forma que a estrutura adequada favorece a realização de um processo de melhor qualidade, que por sua vez associa-se a melhores resultados ou efeitos sobre a situação de saúde da população.

A **estrutura** diz respeito à disponibilidade de estrutura física, equipamentos, profissionais de saúde capacitados, insumos e financiamento para prestação do serviço de saúde (DONABEDIAN, 1980; MALIK; SCHIESARI, 1998). O **processo** engloba a análise dos processos de busca pelo cuidado, diagnóstico e tratamento, incluindo aqui todas as ações que ocorrem entre paciente e profissional de saúde (DONABEDIAN, 1980; MALIK; SCHIESARI, 1998). O **resultado** consiste no produto da assistência prestada, isto é, as mudanças ocorridas no estado de saúde de um indivíduo ou na população motivadas pela assistência em saúde (DONABEDIAN, 1980; MALIK; SCHIESARI, 1998).

Figura 6 - Modelo adaptado da tríade do processo de avaliação da qualidade de saúde segundo Donabedian (1980)



Fonte: FAYER (2019).

O processo avaliativo deve ser contextualizado no trabalho cotidiano, na rede de serviços de saúde, e deve ser parte integrante da análise, do conhecimento existente e da situação que se quer avaliar (TANAKA; MELO, 2001; VIEIRA-DA-SILVA, 2014). E, para a obtenção do juízo de valor, que é o pressuposto da avaliação, é imprescindível a comparação dos indicadores com parâmetros definidos (TANAKA; MELO, 2001; KELLOGG FOUNDATION, 2004).

O parâmetro é uma referência adotada por quem está avaliando, deve ser um referencial factível no contexto do programa avaliado e pode ser baseado na situação inicial que se quer modificar, no objetivo da avaliação ou no conhecimento científico prévio (TANAKA; MELO, 2001).

O indicador é uma variável, característica ou atributo de Estrutura, Processo ou Resultado que é capaz de sintetizar e/ou representar e/ou dar maior significado ao que se quer avaliar. Ele é representado por uma variável numérica ou uma qualidade do evento e é válido para o contexto específico do que se está avaliando (TANAKA; MELO, 2001; KELLOGG FOUNDATION, 2004).

Quando o foco é a estrutura, a comparação é feita a partir dos recursos empregados na intervenção ou na sua organização. Quando o foco é o processo, a comparação leva em conta os serviços oferecidos. Quando o foco é o resultado a comparação é feita a partir dos resultados de índices ou indicadores obtidos (CONTANDIOPOULLOS et al., 1997).

No contexto do câncer de mama, um comitê Americano desenvolveu em 2005 um programa denominado *National Quality Measures for Breast Centers* (NQMBC), para avaliar a qualidade do cuidado em câncer de mama. O NQMBC conta com 37 indicadores, distribuídos em 6 domínios: segurança, eficiência, eficácia, satisfação do usuário, equidade e adequação ao tempo (KAUFMAN et al., 2010).

No Brasil, a avaliação em saúde vem sendo ampliada nas últimas décadas. Em relação ao câncer de mama, o Instituto Nacional do Câncer, em 2012, divulgou 14 recomendações para reduzir a Mortalidade por Câncer de Mama no Brasil, que podem constituir diretrizes para avaliação da assistência oncológica no país. Tais recomendações incluem ações direcionadas à educação em saúde, acesso ao rastreamento, diagnóstico e tratamento, qualidade dos exames diagnósticos, da assistência oncológica e dos registros (INCA, 2012).

Nesse trabalho, a avaliação da assistência oncológica será abordada através da mensuração de dois indicadores no contexto do câncer de mama: tempos de espera para o diagnóstico e tratamento (indicadores de processo, uma vez que levam em conta o serviço oferecido e busca pelo mesmo) e qualidade de vida (indicador de resultado – uma vez que representa o resultado e impacto do tratamento instituído), detalhados a seguir.

4.1 TEMPO DE ESPERA PARA ACESSO AO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA

A partir da identificação de um sinal clínico ou a lesão suspeita do câncer de mama, diversos caminhos podem ser percorridos pelas mulheres dentro do sistema de saúde até atingir os serviços necessários para o estabelecimento do diagnóstico e início do tratamento (INCA, 2019). Dependendo do fluxo percorrido, o tempo necessário para acesso ao diagnóstico e tratamento é variável, de forma que, quanto maior o tempo de espera, piores os desfechos de saúde (UNGER-SALDAÑA; INFANTECASTAÑEDA, 2009).

Em revisão sistemática, realizada por Neal et al. (2015), foi demonstrado que o maior tempo de espera para assistência ao câncer de mama ocasionou o diagnóstico da doença em estágios avançados, menor sobrevida e pior qualidade de vida.

O tempo de espera prolongado pode ser relacionado ao paciente, quando esse demora a buscar atendimento médico após o aparecimento dos primeiros sinais, sintomas ou a partir do recebimento do resultado de exame de rastreio suspeito, e está principalmente relacionado a barreiras pessoais como crenças, valores, problemas familiares, desconhecimento, medos e ao contexto em que esta paciente está inserida. O tempo de espera também pode estar relacionado ao serviço de saúde, quando há demora em iniciar o tratamento adequado após a primeira consulta, influenciada pela distância física, ambiente não acolhedor, indisponibilidade de vagas, dentre outros (UNGER-SALDAÑA; INFANTECASTAÑEDA, 2009; UNGER-SALDAÑA, 2014).

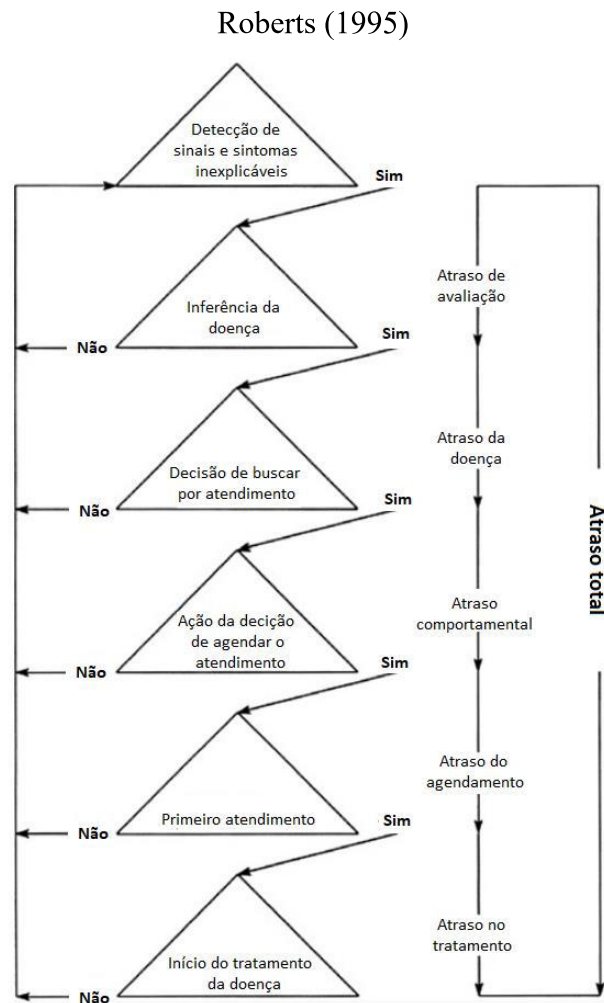
4.1.1 MODELO CONCEITUAL DE TEMPO DE ESPERA

Para melhor compreensão do tempo necessário para acesso à assistência à saúde e aprimoramento da mensuração desse intervalo, alguns autores propuseram modelos conceituais que detalham as multidimensões embutidas nesse processo (SAFER et al., 1979; WALTER et al., 2012).

O primeiro modelo conceitual estabelecido para avaliar o atraso para acesso à assistência à saúde foi proposto por Safer et al. (1979), que abordou principalmente o atraso relacionado ao paciente e foi estruturado em três estágios. O primeiro, denominado “atraso na avaliação”, diz respeito ao tempo necessário para que a pessoa perceba que o sinal ou sintoma apresentado está relacionado a doença. O estágio “atraso da doença” representa o tempo entre a percepção da alteração e a busca pelo tratamento. E, por fim, o “atraso de utilização” descreve o tempo decorrido entre a busca pelo tratamento e o acesso ao serviço de saúde (SAFER et al., 1979; WALTER et al., 2012).

Posteriormente, Andersen, Cacioppo & Roberts (1995) apresentaram o Modelo Geral de Atraso Total do Paciente (Modelo Andersen), aplicável à diversas patologias. Esse modelo manteve a demarcação dos componentes do atraso pelas fases da tomada de decisão, na mesma linha da proposição de Safer et al. (1979). Mas, propôs a reorganização dos estágios para delimitação dos componentes do atraso em 5 estágios, divididos desde o aparecimento do sinal ou sintoma até o início do tratamento da doença, conforme ilustrado na figura 7 (ANDERSEN; CACIOPPO; ROBERTS, 1995).

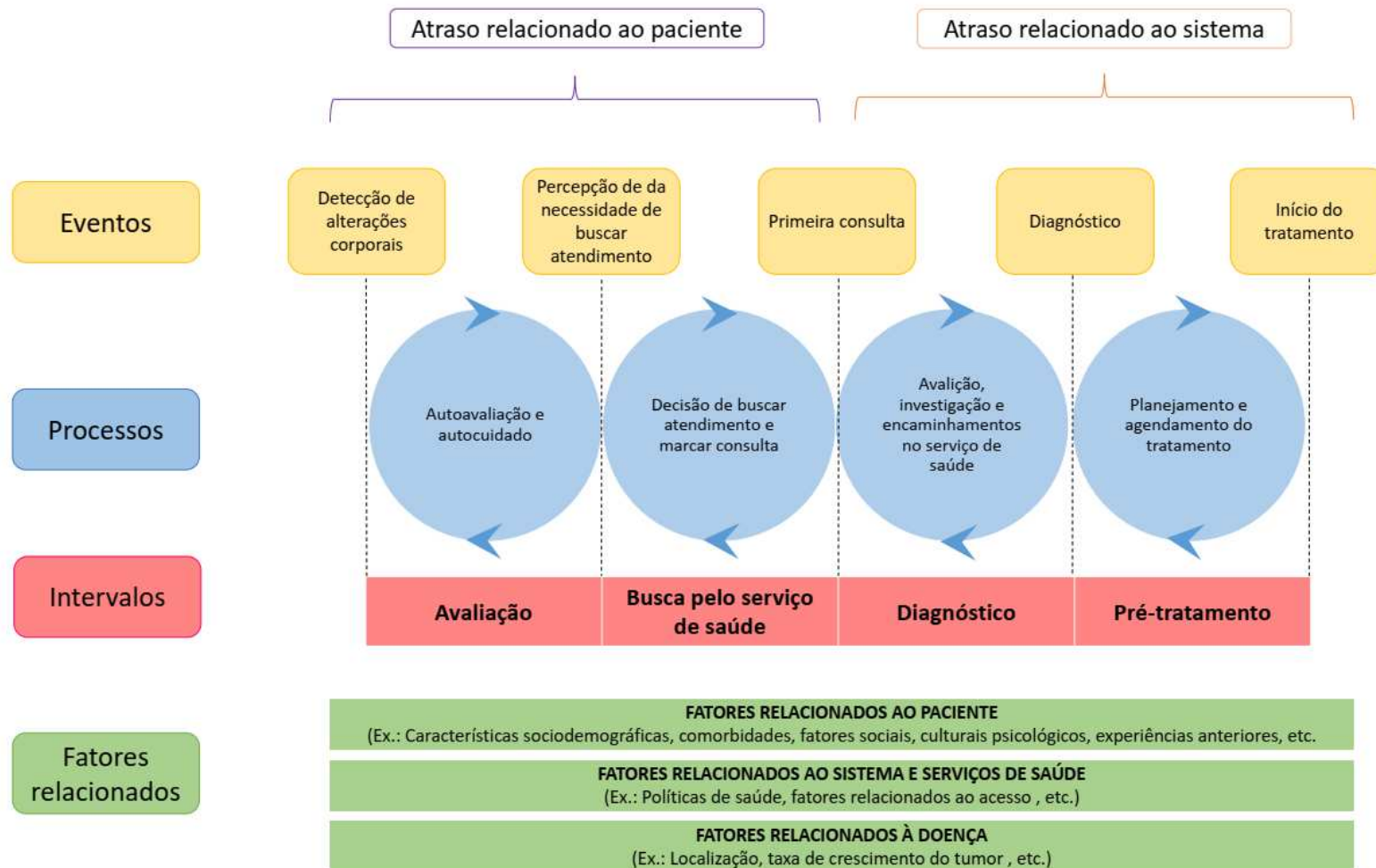
Figura 7. Modelo Geral de Atraso Total do Paciente proposto por Andersen; Cacioppo;



Fonte: WALTER et al. (2012), tradução nossa.

Em 2012, Walter e colaboradores propuseram a adaptação do Modelo Geral de Atraso Total do Paciente proposto por Andersen, Cacioppo & Roberts (1995), para o contexto da assistência oncológica, conforme ilustrado na figura 8. O modelo adaptado reconhece a etapa denominada “intervalo de avaliação” como o tempo entre a detecção ou consciência de uma mudança corporal e a percepção da necessidade de buscar atendimento no serviço de saúde. Em seguida, o “intervalo de busca pelo serviço de saúde” representa o tempo entre a percepção da necessidade de buscar atendimento e a realização da primeira consulta. A terceira etapa, denominada “intervalo de diagnóstico” descreve o tempo entre a primeira consulta e o diagnóstico formal de câncer, que, em alguns casos, requer um processo investigativo mais complexo. Por fim, o “intervalo pré-tratamento” diz respeito ao tempo decorrido entre o diagnóstico formal e o início do tratamento (WALTER et al., 2012).

Figura 8. Modelo conceitual da avaliação do atraso para acesso à assistência oncológica, adaptado



Fonte: WALTER, 2012; UNGER-SALDAÑA; INFANTECASTAÑEDA (2009), adaptado, tradução nossa.

Os parâmetros de adequação do tempo apresentam grandes variações de acordo com o país que está sendo avaliado, com a interação do usuário com o sistema de saúde, com o cuidado prestado aos diferentes grupos étnicos, dentre outros aspectos (KAUFMAN et al., 2010).

Apesar da diversidade de classificações e nomenclaturas dos intervalos de tempo no contexto da assistência oncológica, somada ao grande desafio para estabelecer um padrão entre os intervalos no que se refere à definição dos pontos iniciais e finais do tempo avaliado, estudos demonstram que, de forma geral, um tempo de espera superior a 90 dias é considerado atraso para acesso aos serviços de saúde (UNGER-SALDAÑA, 2014; BLEICHER, 2018).

A partir da revisão sistemática da literatura, Bleicher (2018), propôs intervalos para a assistência oncológica ao câncer de mama, para os pacientes submetidos à terapia adjuvante. O autor sugere que a cirurgia deve ser realizada em até 90 dias após o diagnóstico, a quimioterapia deve acontecer em até 120 dias, contados a partir do diagnóstico, e radioterapia deve ser aplicada em até 365 dias após o diagnóstico da doença (BLEICHER, 2018).

Estudos demonstram que os países de baixa e média renda apresentam maior tempo de espera para assistência oncológica (3-8 meses), em comparação com os países de alta renda (30-48 dias). Além disso, os maiores atrasos estão relacionados ao sistema e ocorrem entre a primeira consulta médica e o início do tratamento (UNGER-SALDAÑA, 2014).

Alguns estudos de revisão sistemática identificaram os principais tipos de atraso e os fatores associados no contexto da assistência ao câncer de mama. Dentre os diversos tipos de intervalos de tempos no contexto da assistência oncológica identificados, os mais comuns foram o tempo entre a primeira consulta e o início do tratamento, o tempo entre a mamografia alterada ou sintoma e a confirmação diagnóstica e o tempo para iniciar a terapia adjuvante após a cirurgia. De forma geral, os fatores associados ao atraso foram: idade, escolaridade, renda, etnia, estado civil, fatores culturais, história familiar de câncer de mama, comorbidades, acesso à programas de rastreamento, conhecimento sobre a doença, presença de sinais e sintomas da doença, dentre outros (FREITAS; WELLER, 2015; WEBBER et al., 2017; WHO, 2017; RIVERA-FRANCO; LEON-RODRIGUEZ, 2018; BRAND et al., 2019; KAILEMIA et al., 2020).

No Brasil, dois parâmetros de adequação ao tempo já tiveram seu intervalo padronizados. O primeiro deles refere-se ao estabelecimento do prazo de 30 (trinta) dias para realização dos exames necessários para elucidação do diagnóstico, nos casos em que a principal hipótese diagnóstica seja a de neoplasia maligna. O segundo refere-se ao estabelecimento do prazo de 60 (sessenta) dias para o início do tratamento no SUS do paciente com neoplasia

maligna, contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo patológico ou em prazo menor, conforme a necessidade terapêutica do caso (BRASIL, 2019b).

Em 2019, o INCA publicou uma síntese dos dados dos sistemas de informação analisando a situação do câncer de mama no país, com dados dos Registros Hospitalares de Câncer referentes ao período de 2013 a 2015, que identificou intervalo mediano entre diagnóstico e início do tratamento de 59 dias para Brasil, variando entre 53 dias no Nordeste e 65 dias no Sudeste, de forma que maiores níveis de escolaridade e estadiamentos mais avançados (III e IV) contribuem para o início do tratamento no tempo recomendado (INCA, 2019).

4.1.2 PANORAMA BRASILEIRO DO TEMPO DE ESPERA NO CONTEXTO DO CÂNCER DE MAMA

Os estudos direcionados a avaliação do tempo de espera no contexto da assistência oncológica são crescentes. Os principais estudos brasileiros, publicados e indexados na biblioteca eletrônica *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e MEDLINE/PubMed, que avaliaram os fatores associados ao tempo de espera para assistência oncológica no contexto do câncer de mama estão detalhados no quadro 4. As buscas foram realizadas entre agosto e novembro de 2020, com atualização dos dados em agosto de 2022, sem delimitação do ano de publicação.

Quadro 4: Principais estudos publicados que avaliam os fatores associados ao tempo de espera na assistência do câncer de mama, na população brasileira.

Referência	Desenho do estudo	Objetivo	Local do estudo	Amostra	Intervalo estudado	Principais resultados
TRUFELLI et al., 2008	Estudo retrospectivo	Avaliar o tempo de espera entre a mamografia e a biópsia.	São Paulo	68 mulheres com câncer de mama que fizeram a primeira consulta no ano de 2006.	Tempo entre a mamografia e a biópsia	Tempo entre a suspeita mamográfica de câncer e a realização da biópsia com mediana de 72 dias, variação de 4 a 1095 dias, associado ao estadiamento.
REZENDE et al., 2009	Estudo transversal	Identificar os fatores determinantes do retardo na confirmação diagnóstica de lesões mamárias.	Rio de Janeiro - RJ.	104 mulheres que procuraram o serviço no ano de 2004.	Tempo entre o primeiro sintoma e a primeira consulta e tempo entre a primeira consulta e a confirmação diagnóstica (ponto de corte: 15 meses).	O tempo mediano entre o primeiro sinal ou sintoma da doença e a primeira consulta foi de um mês, e dessa última até a confirmação diagnóstica de 6,5 meses. Retardo no diagnóstico associado ao atraso para primeira consulta e a presença de queixa clínica.
CAVALCANTI et al., 2012	Estudo transversal	Avaliar a assistência prestada as pacientes em uma unidade de referência em mastologia conforme o local de residência.	Fortaleza - Ceará	600 mulheres em acompanhamento médico ambulatorial entre março e novembro de 2010	Tempo de espera para consulta, biópsia, resultado da biópsia, mamografia, resultado da mamografia e cirurgia.	Menor tempo de espera para consulta especializada e cirurgia para as mulheres residentes na capital.
ROSA; RADÜNZ, 2013	Estudo descritivo	Identificar o intervalo de tempo entre as etapas diagnósticas e terapêuticas do câncer de mama	Florianópolis - Santa Catarina	13 mulheres que iniciaram o tratamento em 2009.	Intervalos de tempo entre a sintomatologia e o tratamento.	O intervalo de tempo mediano encontrado entre o surgimento dos sinais e sintomas e o início do tratamento, cirúrgico ou com quimioterapia neoadjuvante, foi de 245 dias.

Continua

Continuação

Referência	Desenho do estudo	Objetivo	Local do estudo	Amostra	Intervalo estudado	Principais resultados
BARROS; UEMURA; MACEDO, 2013	Estudo transversal	Analisar o tempo desde o primeiro sintoma até o tratamento de pacientes diagnosticadas com câncer de mama	Brasília - DF	250 mulheres com diagnóstico de câncer de mama tratadas em 6 hospitais no período de novembro de 2009 a janeiro de 2011	Tempo desde o primeiro sintoma até o tratamento	O tempo entre o primeiro sintoma e o tratamento foi de 229 dias (mediana). 88,8% tiveram demora de mais de 90 dias para iniciar o tratamento. As mulheres com nível primário de escolaridade apresentaram maior atraso para início do tratamento (p=0,04).
LISBOA et al., 2013	Estudo transversal	Analisar o diagnóstico, tratamento e seguimento de pacientes com câncer de mama.	Brasília - DF	116 mulheres em acompanhamento no Serviço de Mastologia no período de 2009 a 2011	Tempo de espera para a primeira consulta	74% das pacientes tiveram um tempo de espera < 30 dias para a primeira consulta especializada; Para as pacientes submetidas a tratamento cirúrgico, o resultado da análise anatomopatológica foi disponibilizado com < 30 dias para 57% delas. A espera para início do tratamento complementar foi <30 dias foi para 38% das pacientes. O tempo médio de espera entre a biópsia e o tratamento cirúrgico definitivo foi de 2,6 meses.
SOUZA et al., 2015	Estudo descritivo	Analisar o tempo de espera entre o diagnóstico e o início do tratamento	São Paulo-SP	1299 mulheres idosas diagnosticadas com câncer de mama entre 2001 e 2006	Tempo entre o diagnóstico e início do tratamento ≤ 60 ou > 60 dias.	Tempo médio entre o diagnóstico e o tratamento foi de 74,7 dias (DP = 212,6), e o tempo mediano de 45 dias. Variáveis associadas ao atraso: Ano do diagnóstico, diagnóstico e tratamento anterior, estadiamento, recidiva e metástase.

Continua

Continuação

Referência	Desenho do estudo	Objetivo	Local do estudo	Amostra	Intervalo estudado	Principais resultados
MEDEIROS et al., 2015	Coorte retrospectiva	Analisar o intervalo de tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento do câncer de mama	Brasil - multicêntrico	137.593 mulheres diagnosticadas em 239 unidades hospitalares do Brasil entre 2000 a 2011, cadastradas nos Registros Hospitalares de Câncer (RHC).	diagnóstico (data da confirmação anatomopatológica do tumor) e o início do tratamento do câncer de mama (≤ 60 ou > 60 dias).	Em 63,1% dos casos, o intervalo entre o diagnóstico e o tratamento foi de até 60 dias. No país, as mulheres mais suscetíveis ao atraso foram negras, sem companheiro, com menos de oito anos de estudo, com doença em estadiamento inicial, tratadas de 2006 a 2011 e provenientes do sistema público de saúde.
TRALDI et al., 2016	Estudo transversal	Estabelecer o tempo decorrido (em dias) entre a suspeita e o diagnóstico do câncer de mama.	Jundiaí – São Paulo	45 mulheres com diagnóstico de câncer de mama em 2013.	Tempo entre a primeira consulta e o diagnóstico.	O tempo de espera médio para confirmação do diagnóstico foi de $142,6 \pm 10,1$ dias (12-451), sendo que 8,9% receberam o diagnóstico em até 60 dias.
ROMEIRO-LOPES et al., 2017	Estudo transversal	Analisar os fatores associados ao atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama.	Paraná	82 mulheres diagnosticadas ou que receberam tratamento para o câncer de mama entre 2013 e 2014.	Tempo entre mamografia e a biópsia e tempo entre a biópsia e o início do tratamento.	O tempo médio para o diagnóstico foi de $102,5 \pm 165,5$ dias. O início do tratamento ocorreu em tempo superior a 30 dias para 57,3% da amostra, com mediana de $72,3 \pm 54,0$ dias. As chances de atraso no tratamento foi maior entre as mulheres com baixa escolaridade.

Continua

Continuação

Referência	Desenho do estudo	Objetivo	Local do estudo	Amostra	Intervalo estudado	Principais resultados
FERREIRA et al., 2017	Coorte retrospectiva	Descrever perfis clínicos e epidemiológicos das mulheres com câncer de mama e avaliar seu acesso a serviços de saúde, além de atrasos no tratamento	Cariri - Ceará	473 mulheres diagnosticadas com câncer de mama entre 2009 e 2011	Diagnóstico e a primeira consulta médica. Primeira consulta e início do tratamento. Diagnóstico e início do tratamento.	Tempo de espera mediano entre diagnóstico e o início do tratamento de 69 dias associado ao tipo de assistência e ano do diagnóstico.
MEDEIROS; THULER; BERGMANN, 2019a	Coorte prospectiva	Avaliar o atraso no diagnóstico do câncer de mama e seus fatores de risco.	Rio de Janeiro - RJ.	388 mulheres diagnosticadas com câncer de mama entre 2014 e 2015.	Intervalo entre o primeiro sintoma e primeira consulta <90 dias ou ≥90 dias.	O tempo mediano entre o início dos sintomas e a primeira consulta foi de 41 dias (IQR: 13,2-130,0). Em 34,3% dos casos a primeira consulta foi realizada em tempo superior a 90 dias. Esse atraso foi associado a frequência de realização de exame ginecológico, ausência de história familiar de câncer de mama, baixa renda e baixo suporte social.
MEDEIROS; THULER; BERGMANN, 2019b	Coorte prospectiva	Avaliar o atraso no diagnóstico do câncer de mama e seus fatores de risco.	Rio de Janeiro - RJ.	526 mulheres diagnosticadas com câncer de mama entre 2014 e 2015.	Primeiro contato e o diagnóstico definitivo <90 dias ou ≥ 90 dias.	Tempo de espera mediano entre o primeiro contato e o diagnóstico de 5,2 meses. Atraso no diagnóstico em 68,8% da população, associado ao local de realização da biópsia, frequência de realização de exame ginecológico, e apresentação de linfonodo como primeiro sintoma.

Continua

Continuação

Referência	Desenho do estudo	Objetivo	Local do estudo	Amostra	Intervalo estudado	Principais resultados
CABRAL et al., 2019	Estudo transversal	Verificar o intervalo entre o diagnóstico e o tratamento do câncer de mama.	Belo Horizonte - MG	715 mulheres, cadastradas nos Registros Hospitalares de Câncer (RHC), em tratamento de 2010 a 2013	“intervalo diagnóstico/tratamento” - número de dias entre a data do diagnóstico (confirmação histopatológica) e a data do início do tratamento do câncer. A variável foi categorizada em: ≤ 60 dias, 61 a 90 dias e ≥ 91 dias	54,3% das mulheres iniciou o tratamento em até 60 dias, com tempos médio e mediano de 67,8 e 55 dias, respectivamente. Os perfis sociais B, C, D e E foram associados a maiores intervalos diagnóstico/tratamento independentemente do estágio do câncer no diagnóstico, sendo que perfil social E apresentou chance 37 vezes maior de intervalo > 91 dias (OR: 37,26; IC95%:11,91-116,56).
BEZERRA et al., 2019	Análise retrospectiva	Avaliar o atraso no diagnóstico e tratamento do carcinoma mamário em uma população atendida exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil.	Recife	173 pacientes diagnosticadas com câncer de mama tratadas entre janeiro de 2011 e dezembro de 2017	Tempo entre primeira consulta e diagnóstico histopatológico e tempo entre diagnóstico e início do tratamento.	O intervalo de biópsia variou entre 0 e 826 dias (41,42; média 12,50), enquanto o intervalo de tratamento variou entre 0 e 460 dias (94,6; média 69,0). Não houve associação estatisticamente significativa desses intervalos com variáveis clínicas como procedência, nível educacional, idade, estadiamento, tipo de tratamento e situação clínica das pacientes ao final do estudo.

Continua

Continuação

Referência	Desenho do estudo	Objetivo	Local do estudo	Amostra	Intervalo estudado	Principais resultados
SOUSA et al., 2019a	Estudo transversal	Caracterizar o acesso ao tratamento da mulher com diagnóstico de câncer de mama	Teresina - Piauí	155 mulheres com câncer de mama que fizeram tratamento entre 2016 e 2017.	Intervalo entre o diagnóstico e início do tratamento ≤ 60 ou > 60 dias.	Tempo de espera mediano entre os sintomas e o diagnóstico de 122 dias. Tempo de espera mediano entre o diagnóstico e o tratamento foi de 83 dias, sendo que 71,6% das mulheres iniciaram o tratamento em um período superior a 60 dias. Variáveis associadas ao atraso para o tratamento: local de residência e estadiamento.
BARROS et al., 2020	Estudo transversal	Identificar os fatores associados a intervalos mais longos entre o início dos sintomas do câncer de mama e a primeira consulta médica	Brasília – DF	444 mulheres com câncer de mama hospitalizadas entre 2012 e 2014.	Tempo entre o início dos sintomas e a realização da primeira consulta ≤ 90 ou > 90 dias.	Tempo de espera para primeira consulta superior a 90 dias identificado em 34% das pacientes, associado à não realização de mamografia ou ultrassom nos dois anos anteriores ao diagnóstico, estadiamento e escolaridade.
FERREIRA et al., 2020	Estudo transversal	Analisar fatores associados ao tempo de espera entre o diagnóstico e tratamento do câncer de mama.	Brasil – multicêntrico.	151.931 mulheres diagnosticadas com câncer de mama entre 1998 a 2012 cadastradas nos Registros de Base Hospitalares do país.	Tempo entre primeira consulta e o início do tratamento ≤ 60 ou > 60 dias.	Tempo de espera para o tratamento superior a 60 dias identificado em 18,4% das pacientes, associado à idade, raça, escolaridade, local de residência, tipo de assistência e estadiamento.

Continua

Continuação

Referência	Desenho do estudo	Objetivo	Local do estudo	Amostra	Intervalo estudado	Principais resultados
SANTOS et al., 2020	Estudo transversal	Comparar o impacto do fluxo da assistência no tempo entre a primeira consulta médica e o início do tratamento.	Paraíba	128 mulheres com câncer de mama assistidas por dois serviços de saúde, em tratamento no ano de 2016.	Tempo entre a primeira consulta médica e o início do tratamento	Tempo mediano entre a mamografia e o diagnóstico de 86 dias. O tempo mediano entre a biópsia e o início do tratamento foi de 56 dias.
MEDEIRO S et al., 2020	Estudo de coorte retrospectivo	Analisar o intervalo de tempo entre o diagnóstico e o início do primeiro tratamento oncológico na população brasileira, além de avaliar os fatores associados aos maiores intervalos.	Brasil	204.130 pacientes cadastrados no Sistema de Registros Hospitalares de Câncer (SisRHC) no período de 2000 a 2017.	Tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento ≤ 60 ou > 60 dias.	Tempo mediano entre o diagnóstico e o início do primeiro tratamento foi de 63 dias (variação interquartil = 36-109), sendo que 52,8% dos pacientes apresentaram o intervalo de tempo superior a 60 dias. Tempo de espera associado a idade, raça, estado conjugal, consumo de álcool e tabaco, região de residência, origem de encaminhamento, tipo histológico, primeiro tratamento, estadiamento e ano do diagnóstico.
CASTRO et al., 2021	Estudo retrospectivo	Analisar o tempo de espera entre o diagnóstico e o tratamento do câncer de mama, identificar os principais fatores associados.	Rio Grande do Sul, Brasil	118 mulheres que fizeram cirurgia para retirada do câncer de mama no Hospital Universitário entre 2012 e 2016.	Tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento ≤ 60 ou > 60 dias.	O tempo médio para o primeiro tratamento foi de 104,4 dias e o tempo mediano foi de 92,5 dias. Um total de 31,4% dos pacientes teve um tempo de espera de 60 dias ou menos. Tempo de espera associado ao perfil imunohistoquímico e tipo de terapia instituída após a cirurgia.

Continua

Continuação

Referência	Desenho do estudo	Objetivo	Local do estudo	Amostra	Intervalo estudado	Principais resultados
MEDEIROS; THULER; BERGMANN, 2021	Estudo de coorte prospectiva	Identificar o intervalo de tempo entre o diagnóstico e tratamento do câncer de mama e os fatores associados ao atraso.	Rio de Janeiro (RJ)	470 mulheres diagnosticadas com câncer de mama	Tempo entre o diagnóstico e início do tratamento. Atraso considerado quando o início do tratamento ocorreu após 60 dias do diagnóstico	O tempo médio de espera para iniciar o tratamento foi de 127 dias. O atraso foi observado em 89,1% dos casos. Após ajuste, as variáveis associadas ao atraso foram idade \geq 60 anos, estadiamento clínico inicial (<2B) e residência fora da cidade do Rio de Janeiro.

Fonte: elaborado pelos autores (2022).

Em suma, foram encontrados 21 estudos brasileiros que abordaram o tempo de espera para a assistência oncológica, sendo o primeiro publicado no ano de 2008 e o último no ano de 2021, em que a maior parte possui delineamento transversal.

Observa-se grande variação na definição da contagem inicial e final dos intervalos avaliados. O tempo de espera mediano até o diagnóstico variou entre 14 e 240 dias e o tempo de espera mediano até o tratamento variou entre 23 e 94 dias.

A raça negra, a baixa escolaridade, o estadiamento inicial, a presença de sintomas ao diagnóstico, o local de residência distante do serviço de referência de oncologia, o ano de diagnóstico, a assistência em serviço público foram fatores associados ao maior tempo de espera para assistência oncológica (diagnóstico e/ou tratamento) no contexto do câncer de mama.

4.2 QUALIDADE DE VIDA NO CONTEXTO DO CÂNCER DE MAMA

As primeiras investigações sobre qualidade de vida surgiram após a Segunda Guerra Mundial, a partir da necessidade em descrever o efeito da aquisição de bens na vida do indivíduo e pela busca por indicadores capazes de refletir o bem-estar social (FLECK et al., 2008). Inicialmente, o termo “qualidade de vida” representava as questões socioeconômicas e ambientais e, posteriormente, incorporou os aspectos sociais e psicológicos (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012).

Apesar de não existir uma definição única para o termo qualidade de vida, existem três características comuns a todos os conceitos: 1) Subjetividade – considera a percepção do próprio indivíduo em relação a diversos aspectos de sua vida, como o estilo de vida atual, as experiências passadas, as expectativas para o futuro, os sonhos e ambição, além do estado de saúde. 2) Multidimensionalidade – pondera que o conceito de qualidade de vida é composto por diversas dimensões, não se restringindo ao aspecto físico ou às condições econômicas, incorporando também as relações sociais, hábitos de vida, crenças religiosas, dentre outros. 3) Dinamismo - leva em conta que a qualidade de vida pode ser modificada ao longo do tempo em função das circunstâncias ou contexto em que o paciente está inserido ou no qual a avaliação é realizada. (GILL; FEISNTEIN, 1994; RENWICK; BROWN, 1996; MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000; PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012).

A conceituação do termo qualidade de vida na área de saúde apresenta duas tendências: qualidade de vida como um conceito genérico (QV) e qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS). No primeiro caso, QV apresenta uma concepção mais ampla, sem fazer referência a disfunções ou agravos. Os estudos que partem desta definição genérica do termo apresentam amostras compostas por pessoas saudáveis da população, não se restringindo a amostras de pessoas portadoras de agravos específicos (SEIDL; ZANNON, 2004).

Dentre os diversos conceitos de qualidade de vida, um dos mais difundidos é o proposto pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde, definido como: “a percepção dos indivíduos de sua própria posição na vida no contexto da cultura e dos sistemas de valores em que vivem, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHO, 1994).

No contexto da saúde, avaliação da qualidade de vida, denominada “*healthrelated quality of life*” – qualidade de vida relacionada à saúde - vem sendo utilizada como uma medida abrangente do impacto da doença e tratamento no estado de saúde, nas funções emocionais, sociais, físicas e de bem-estar do indivíduo, ou seja, implica os aspectos diretamente associados às enfermidades ou às intervenções em saúde (SEIDL; ZANNON, 2004). A QVRS é uma

estimativa subjetiva que representa a percepção do paciente sobre a mudança do seu estado de saúde e o impacto dessa mudança na sua qualidade de vida (WHO, 1994).

Dessa forma, a qualidade de vida relacionada à saúde constitui uma ferramenta útil para monitorar a saúde de uma determinada população, diagnosticar a natureza, gravidade e prognóstico da doença, além de possibilitar a comparação de modalidades terapêuticas (GILL; FEINSTEIN, 1994; WHO, 1994; SEIDL; ZANNON, 2004; PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012).

O grande progresso na medicina, possibilitou o tratamento e controle de diversas patologias, possibilitando o aumento da sobrevida (ALLEMANI et al., 2018). Contudo, algumas intervenções médicas, embora indispensáveis para manutenção da vida, podem gerar alterações sociais e psicológicas além de danos profundos e permanentes na vida dos pacientes (WHO, 1994; SEIDL; ZANNON, 2004; PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012).

Nesse sentido, ressalta-se que a indicação de um tratamento deve sempre considerar os benefícios obtidos e os efeitos da terapêutica, de forma que os benefícios devem ser sempre maiores que os danos, ou seja, além de prolongar a vida, o tratamento também deve potencializar a capacidade do indivíduo em retomar a vida (WHO, 1994; RUNOWICZ et al., 2016).

Em especial, o paciente oncológico é submetido a múltiplos e longos tratamentos, que geram diversos impactos não mensuráveis com testes laboratoriais ou procedimentos de imagem, como por exemplo, a capacidade funcional, as relações sociais, o senso de bem-estar, a dor, a fadiga e a qualidade de vida (BERTAN; CASTRO, 2009).

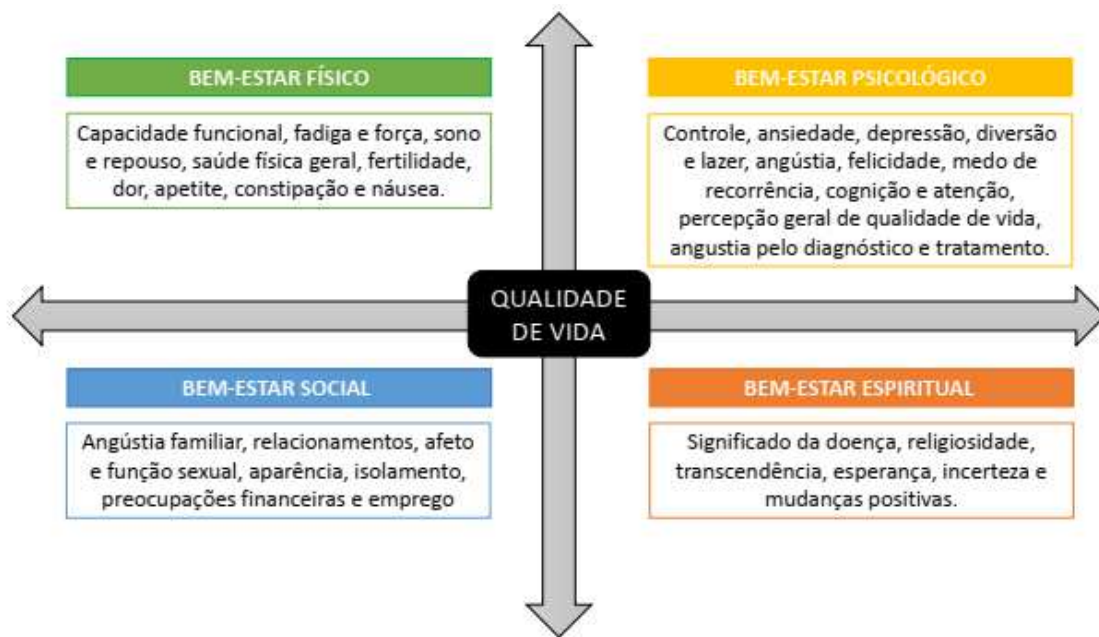
Nesse sentido, a avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde vem sendo aplicada na oncologia para monitorar o impacto da doença na vida do paciente, a gravidade e progressão da doença, além de prever a influência dos tratamentos aplicados (MANDELBLATT; EISENBERG, 1995). É também uma ferramenta útil para monitorar a condição clínica do paciente e nortear as decisões clínicas (PERRY; KOWALSKI; CHANG, 2007; RUNOWICZ et al., 2016).

4.2.1 MODELO CONCEITUAL DA QUALIDADE DE VIDA NO CONTEXTO ONCOLÓGICO

Ferrell, Dow & Grant (1995) propuseram um modelo conceitual para avaliação da qualidade de vida em pacientes sobreviventes ao câncer que abrange os seguintes domínios: (1) bem-estar físico – que diz respeito ao controle ou alívio dos sintomas e a manutenção da função e da independência; (2) bem-estar social – que representa o impacto da doença e tratamento

sobre a pessoa com câncer e nos seus papéis e relacionamentos; (3) bem-estar psicológico – configurando o nível de estresse emocional que modifica as prioridades da vida e (4) bem-estar espiritual - caracterizado pelas dimensões existenciais e religiosas, conforme descrito na figura 9.

Figura 9. Diagramação dos aspectos envolvidos na qualidade de vida de pacientes sobreviventes ao câncer



Fonte: FERRELL; DOW; GRANT (1995), tradução nossa.

No contexto do câncer de mama, as pacientes experienciam alterações emocionais, psíquicas e funcionais, mudanças na capacidade de realizar as atividades diárias e no estilo de vida, que perpassam o diagnóstico, tratamento e sobrevivência, gerando grandes impactos na qualidade de vida (PERRY; KOWALSKI; CHANG, 2007; LOVELACE; MCDANIEL; GOLDEN, 2019). Dessa forma, a avaliação da qualidade de vida é complexa e deve considerar todos os aspectos envolvidos nesse processo.

4.2.2 INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

Atualmente existem diversos questionários para avaliação da qualidade de vida. Alguns instrumentos são genéricos e se destinam a avaliação da qualidade de vida de forma global. Outros são específicos e foram desenvolvidos para avaliar uma condição específica de determinada função, população ou doença.

Para a avaliação da qualidade de vida em pacientes oncológicos, os seguintes instrumentos são comumente utilizados: *Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey* (SF-36) e o *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL), *Nottingham Health Profile* (NHP), *Quality of Well-being* (QWB) e *European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire* (EORTC QLQ-C30) (MAKLUF; DIAS; BARRA, 2006).

Dentre os instrumentos específicos disponíveis na literatura para o estudo da qualidade de vida no câncer de mama, os mais comumente utilizados são: *Functional Assessment of Cancer Therapy Breast* (FACT-B), com ênfase no bem-estar emocional e *European Organization for Research and Treatment of Cancer Breast Cancer-Specific Quality of Life Questionnaire* (EORTC QLQ-BR23), direcionado para a função física (NGUYEN et al., 2015).

Os questionários EORTC QLQ-C30 e BR23 foram elaborados pela Organização Europeia de Pesquisa e Tratamento do Câncer (EORTC) (KLEE; GROENVOLD; MACHIN, 1997; SPRANGERS et al., 1996), com o objetivo de desenvolver um instrumento curto para avaliar a qualidade de vida de forma padronizada, para ser usado em diversos países e possibilitar a comparabilidade entre os estudos (BOWLING, 1995).

Os instrumentos EORTC QLQ-C30 e BR23 foram validados e traduzidos para a população brasileira de mulheres com câncer de mama e apresentaram bons índices de reprodutibilidade e confiabilidade (MICHELS; LATORRE; MACIEL, 2013).

O QLQ-C30 é um questionário auto administrável, que se destina a avaliar a qualidade de vida em pacientes com câncer nas últimas duas semanas, composto por 30 questões (MICHELS; LATORRE; MACIEL, 2013), conforme detalhamento no quadro 5:

Quadro 5: Detalhamento das questões do questionário QLQ-C30 no que diz respeito às escalas obtidas, abordagem, opções de resposta e escore

EORTC QLQ-C30				
	Abordagem	Opções de resposta	Questões	Escore
Escala de saúde global (ESG)	Aspectos da saúde e da qualidade de vida gerais.	Variam de 1 a 7, em que 1 significa pobre e 7, excelente.	29 e 30	0 – 100 Correlação positiva
Escala funcional (EF):	Enfoca os aspectos físico, emocional, cognitivo, funcional e social	Escala Likert com opções: 1 não, 2 pouco, 3 moderadamente e 4 muito.	1 a 7 e 20 a 27	
Escala de sintoma (ES):	Aborda questões sobre fadiga, dor, insônia, enjoo e outros sintomas.		8 a 19 e 28	0 – 100 Correlação negativa

Fonte: MICHELS; LATORRE; MACIEL (2013).

A escala funcional se desdobra nas sub escalas de funcionalidade física, emocional, cognitiva e social. A escala de sintomas fornece indicadores específicos relacionados a fadiga, náusea e vômitos, dor, dispneia, insônia, perda do apetite, constipação, diarreia e dificuldades financeiras (MICHELS; LATORRE; MACIEL, 2013), conforme detalhado no manual de pontuação (anexo D).

Na avaliação da qualidade de vida no contexto do câncer de mama, o questionário EORTC QLQ-C30 é complementado pelo módulo QLQ-BR23, específico para a doença. É composto de 23 questões (31 a 53), conforme descrito no quadro 6:

Quadro 6: Detalhamento das questões do questionário QLQ-BR23 no que diz respeito às escalas obtidas, abordagem, opções de resposta e escore

EORTC QLQ - BR23				
	Abordagem	Opções de resposta	Questões	Escore
Escala funcional (EF):	Aborda aspectos relacionados a alterações corporais e a função sexual	Escala Likert com opções: 1 não, 2 pouco, 3 moderadamente e 4 muito.	31 a 38 e 47 a 53	0 – 100 Correlação positiva
Escala de sintoma (ES):	Enfoca sintomas no braço, na mama e os efeitos do tratamento	Escala Likert com opções: 1 não, 2 pouco, 3 moderadamente e 4 muito.	39 a 46	0 – 100 Correlação negativa

Fonte: MICHELS; LATORRE; MACIEL, 2013.

A escala funcional se desdobra nas sub escalas de efeitos da terapia sistêmica, da perda de cabelo, sintomas relacionados ao braço e mama. A escala de sintomas fornece indicadores específicos relacionados a percepção corporal, perspectivas futuras, função sexual e satisfação sexual (MICHELS; LATORRE; MACIEL, 2013), conforme detalhado no manual de pontuação (anexo D).

Os instrumentos de escolha para o desenvolvimento desse trabalho foram o EORTC QLQ-C30 e o BR23 por contemplar, nos seus domínios, os conceitos de bem estar físico, bem estar psicológico e bem estar social.

4.2.3 FATORES ASSOCIADOS À QUALIDADE DE VIDA

Estudos de revisão sistemática evidenciam que as características sociodemográficas, clínicas e relacionados ao tratamento, bem como fatores comportamentais e psicossociais influenciam a qualidade de vida das mulheres com câncer de mama (MAJEWSKI et al., 2012;

VIDOTTI; SCORSOLINI-COMIN; SANTOS, 2013; HADDOU RAHOU et al., 2016; HO et al., 2018; SOUSA et al., 2019; BINOTTO; SCHWARTSMANN, 2020; HAIDARI et al., 2020)

Por outro lado, a participação em programas de atividades físicas (ZHANG; LI; LIU, 2019), a realização de exercícios de atenção plena (ZHANG; ZHAO; ZHENG, 2019), a realização de terapia cognitivo-comportamental (YE et al., 2018) e o uso de terapias complementares (LEGGETT; KOCZWARA; MILLER, 2015), bem como a prática da Yoga (CRAMER et al., 2017), foram demonstradas, em estudos de revisão sistemática, como intervenções que podem contribuir para a melhora da qualidade de vida (D'EGIDIO et al. 2017).

Além disso, revisão sistemática que incluiu 49 estudos clínicos randomizados, identificou que melhores escores de qualidade de vida estão relacionadas à sobrevida geral, sobrevida livre de doença e à progressão da doença (GHISLAIN et al., 2019).

4.2.4 PANORAMA BRASILEIRO DA QUALIDADE DE VIDA NO CONTEXTO DO CÂNCER DE MAMA

Os principais estudos, publicados e indexados na biblioteca eletrônica *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e MEDLINE/PubMed, que avaliaram a qualidade de vida de mulheres diagnosticadas com câncer de mama, utilizando os questionários EORTC QLQ-C30 e BR23, na população brasileira estão sumarizadas no quadro 7. As buscas foram realizadas entre agosto e novembro de 2020, com atualização dos dados em agosto de 2022, sem delimitação do ano de publicação.

Quadro 7: Principais estudos publicados que avaliam a qualidade de vida de mulheres diagnosticadas com câncer de mama, utilizando os questionários EORTC QLQ-C30 e BR23, na população brasileira.

Referência	Desenho do estudo	Objetivo	Local do estudo	Amostra	Questionário utilizado	Resultados
FÊDE et al., 2007	Ensaio clínico	Avaliar o impacto do uso de multivitaminas na qualidade de vida e fadiga.	São Paulo	35 mulheres diagnosticadas com câncer de mama, em radioterapia que receberam placebo e/ou multivitaminas.	EORTC QLQ-C30	EORTC-QLQC30 (média) – Escala de saúde global: 91,6. Escala funcional: 93,6. Escala de sintomas: 5,1. Não houve diferença significativa nos escores de qualidade de vida entre os grupos.
VELLOSO ; BARRA; DIAS, 2011	Estudo transversal	Investigar as possíveis deficiências e o desempenho funcional de membros superiores em atividades de vida diária e a qualidade de vida relacionada à saúde entre mulheres submetidas à biópsia do linfonodo sentinela.	Belo Horizonte – MG.	45 mulheres diagnosticadas com câncer de mama submetidas a tratamento cirúrgico entre 2004 e 2006.	EORTC QLQ-C30 e BR23	EORTC-QLQC30 – Escala de saúde global (média) 83,3. Desempenho funcional dos membros superiores esteve associado com a escala Sintomas do Braço do EORTC QLQ - BR23. As disfunções e o desempenho funcional de membros superiores não interferiram na percepção sobre a qualidade de vida, que foi considerada boa.
CAVALLI-KLUTHCO VSKY et al., 2012	Estudo transversal	Investigar a ocorrência de fadiga em sobreviventes de câncer de mama livres de doença após o tratamento, e avaliar o impacto da fadiga na qualidade de vida relacionada à saúde.	Paraná – SC	202 mulheres com diagnóstico de câncer de mama, que completaram pelo menos um ano de diagnóstico.	EORTC QLQ-C30	EORTC-QLQC30 – Escala de saúde global (média) em mulheres com fadiga 57,2, sem fadiga 78,6. Mulheres fatigadas tiveram pior qualidade de vida relacionada à saúde do que mulheres não fatigadas em todos os domínios.

Continua

Continuação

Referência	Desenho do estudo	Objetivo	Local do estudo	Amostra	Questionário utilizado	Resultados
MICHELS LATORRE ; MACIEL, 2013	Estudo de validação	Validar e analisar a reprodutibilidade e a compreensão do questionário de qualidade de vida EORTC-C30 e seu módulo específico para câncer de mama EORTC-BR23.	São Paulo – SP	100 mulheres com diagnóstico de câncer de mama acompanhadas ambulatorialmente.	EORTC QLQ-C30 e BR23	EORTC-QLQC30 (média) – Escala de saúde global 74,58; Escala funcional 75,64; Escala de sintomas 17,51. EORTC-QLQ BR 23 - Escala funcional 63,05; Escala de sintomas 22,54. Os questionários EORTC-C30 e EORTC-BR23 apresentaram bons índices de validade, de reprodutibilidade e de compreensão, permitindo o seu uso na avaliação da qualidade de vida de brasileiras com câncer de mama.
ALFANO et al., 2014	Estudo transversal	Identificar a utilização de terapias complementares e alternativas por pacientes com câncer de mama metastático e avaliar a correlação entre esse uso e os escores nas escalas de ansiedade, depressão e qualidade de vida	Barretos, São Paulo	126 mulheres com câncer de mama metastático em tratamento paliativo em Hospital Oncológico no ano de 2012	EORTC QLQ-C30 e BR23	EORTC-QLQC30 – Escala de saúde global (mediana) com uso de terapias alternativas 66,7, sem uso de terapias alternativas 75,0; Escala funcional 66,7 em ambos grupos; Escala de sintomas 28,2 em ambos grupos. O uso de terapias complementares e alternativas não foi correlacionado com os escores nas escalas de ansiedade, depressão e qualidade de vida.
GOZZO et al., 2013	Estudo longitudinal	Avaliar a qualidade de vida de mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico e identificar a ocorrência de náuseas e vômitos.	Ribeirão Preto, SP	79 mulheres atendidas no ambulatório de Mastologia que iniciaram tratamento quimioterápico entre 2009 e 2010.	EORTC QLQ-C30	EORTC-QLQC30 – valor médio total de variou de 71,10 a 77,08, dependendo da terapêutica utilizada e momento do tratamento. A QV apresentou pequena diminuição durante o tratamento.

Continua

Continuação

Referência	Desenho do estudo	Objetivo	Local do estudo	Amostra	Questionário utilizado	Resultados
FURLAN et al., 2013	Estudo transversal	Analisar o abalo causado pela mastectomia e, posteriormente, pela reconstrução da mama na qualidade de vida e na autoestima.	São Paulo	22 mulheres divididas em dois grupos, sendo o grupo 1 (n = 11) formado por voluntárias mastectomizadas e o grupo 2 (n = 11), por voluntárias pós-reconstrução da mama.	EORTC QLQ-C30	Os resultados sugerem que, em relação à qualidade de vida, quando se observa a função emocional, as mulheres mastectomizadas apresentam pior média em relação ao grupo que foi submetida a reconstrução da mama.
SILVA et al., 2014	Estudo transversal	Identificar a qualidade de vida de mulheres mastectomizadas, relacionar os resultados à força muscular do membro superior afetado (MSA) e traçar um perfil sociofuncional.	Rio Grande do Sul	10 mulheres, com idade de 30 a 60 anos, que realizaram mastectomia radical modificada havia, no mínimo, um ano contado da data de início da coleta de dados.	EORTC QLQ-C30 e BR23	EORTC-QLQC30 – Escala de saúde global (média) 65,7; Escala funcional 65,3; Escala de sintomas 24,9. Significância e correlação entre a saúde física e função social, cognição e desempenho funcional, desempenho emocional, cognição e a força de preensão palmar do membro afetado.
CASTELLAR; FERNANDES; TOSTA, 2014	Estudo prospectivo	Avaliar o efeito da meditação na qualidade de vida e saúde mental de sobreviventes de câncer de mama.	Brasília - DF	75 mulheres submetidas à terapia do câncer de mama que realizaram meditação por 20 minutos, 2x ao dia, durante 8 semanas.	EORTC QLQ-C30, BR23	O grupo intervenção apresentou melhora significativa na qualidade de vida (física, vida diária, emocional, funcionamento social, estado de saúde global, fadiga, dor e distúrbios do sono).

Continua

Continuação

Referência	Desenho do estudo	Objetivo	Local do estudo	Amostra	Questionário utilizado	Resultados
LANZA et al., 2015	Ensaio clínico randomizado	Avaliar a qualidade de vida como preditora de redução do linfedema em mulheres diagnosticadas com câncer de mama, submetidas a fisioterapia complexa.	Rio de Janeiro – RJ	57 mulheres com dissecação axilar unilateral, com diferença de três centímetros de circunferência entre os membros superiores em pelo menos um ponto	EORTC QLQ-C30 e BR23	EORTC-QLQC30 – Escala de saúde global (média): 40,20. Após o tratamento do linfedema, observou-se redução absoluta do excesso de volume entre os membros superiores de 282 mL, o que representa uma redução de 15%. Não foi observada associação entre os domínios da qualidade de vida e a resposta ao tratamento do linfedema.
GARCIA et al., 2015	Coorte prospectiva	Investigar a qualidade de vida das mulheres com neoplasia mamária submetidas à quimioterapia nos convênios público e privado	Curitiba, Paraná.	64 mulheres portadoras de neoplasia mamária em quimioterapia na rede pública e privada	EORTC QLQ-C30 e BR23	Alguns domínios do questionário para avaliação da qualidade de vida sofreram alterações e função da realização da quimioterapia. Parra as pacientes assistidas na rede pública, houve alteração nos domínios função física, dor, imagem corporal, efeitos sistêmicos e perspectivas futuras. No convênio privado, as alterações foram nos domínios: função sexual, social e imagem corporal.
CANARIO et al., 2016	Estudo transversal	Avaliar a relação entre os níveis de atividade física, fadiga e qualidade de vida em mulheres diagnosticadas com câncer de mama.	Rio Grande do Norte	215 mulheres em tratamento para o câncer de mama no período entre 2013 a 2014.	EORTC QLQ-C30	EORTC-QLQC30 – Escala de saúde global (média): mulheres ativas: 67,86; inativas: 47,38; Escala funcional mulheres ativas: 84,25; inativas: 64,68; Escala de sintomas mulheres ativas: 11,22; inativas: 26,32. Mulheres mais ativas apresentaram escores mais altos de qualidade de vida, principalmente na capacidade funcional (p<0,001).

Continua

Continuação

Referência	Desenho do estudo	Objetivo	Local do estudo	Amostra	Questionário utilizado	Resultados
PAIVA et al., 2016	Transversal	Avaliar o impacto da disfunção sexual na qualidade de vida de mulheres diagnosticadas com câncer de mama	Barretos - SP	235 mulheres diagnosticadas com câncer de mama que completaram pelo menos 1 ano do término do tratamento.	EORTC QLQ-C30, BR23	EORTC-QLQC30 (mediana) – Escala de saúde global: com disfunção sexual: 79,2; sem disfunção sexual: 91,7. Mulheres sem disfunção sexual apresentaram melhores escores para saúde global, capacidade funcional e fadiga.
MORAIS et al., 2016	Transversal	Avaliar o efeito das características sociodemográficas e clínicas na qualidade de vida e mulheres em diagnosticadas com câncer de mama	Goiás - Goiânia	77 mulheres diagnosticadas com câncer de mama já submetidas ao tratamento cirúrgico e sistêmico, entrevistadas entre 2011 e 2012.	EORTC QLQ-C30, BR23	Nenhuma correlação forte foi encontrada entre a imagem corporal e os outros domínios da qualidade de vida. Pacientes sem parceiro fixo experimentaram mais desejo sexual e atividade sexual mais frequente. A atividade sexual também foi mais frequente em mulheres com nível de escolaridade superior e naquelas usando inibidores de aromatase.
GARCIA et al., 2017	Estudo longitudinal	Investigar a qualidade de vida de mulheres com neoplasia mamária em tratamento quimioterápico ambulatorial.	Paraná, Santa Catarina	48 mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico em uma clínica privada	EORTC QLQ-C30 e BR32	EORTC-QLQC30 (média) – Escala de saúde global: 76,22. As subescalas funções física e social, a fadiga, náuseas e vômitos, a imagem corporal apresentaram alterações estatisticamente significativas ao longo da terapêutica e também se associou à idade.

Continua

Continuação

Referência	Desenho do estudo	Objetivo	Local do estudo	Amostra	Questionário utilizado	Resultados
MARTINS et al., 2017	Estudo transversal	Comparar a dor, a funcionalidade e a qualidade de vida de mulheres submetidas à mastectomia radical modificada com reconstrução imediata e sem reconstrução mamária.	Santa Maria - RS	22 mulheres com câncer de mama atendidas no nos serviços de saúde, no ano de 2016.	EORTC QLQ-C30 e BR23	EORTC-QLQC30 (média) – Escala de saúde global reconstrução 73,48, sem reconstrução 70,45; Escala funcional 80,6 ambos grupos; Escala de sintomas reconstrução 21,9, sem reconstrução 11,89. EORTC-QLQ BR 23 - Escala funcional reconstrução 62,6, sem reconstrução 52,05; Escala de sintomas reconstrução 22,32, sem reconstrução 19,38. A realização da reconstrução da mama com expansor ou implante de silicone no ato da mastectomia não teve efeitos sobre a dor, funcionalidade e qualidade de vida.
COSTA et al., 2017a	Estudo transversal	Avaliar a influência da capacidade funcional sobre a qualidade de vida de mulheres sobreviventes de câncer de mama.	Cidade do nordeste do país	400 mulheres sobreviventes de câncer de mama	EORTC QLQ-C30 e BR23	QLQ-C30 (média) - Escala funcional: sem metástase: 67,2 (DP=20,0), com metástases locorregional: 67 (DP=18), com metástases a distância 57 (DP=19). Escala de sintomas: sem metástase: 22,1 (DP=16,3), com metástases locorregional: 25 (DP=16), com metástase a distância 37 (DP=20). Escala Global de Saúde: sem metástase: 62,0 (DP=24,0), com metástases locorregional: 63 (DP=21,4), e com metástase a distância, 51,3 (DP=24).

Continua

Continuação

Referência	Desenho do estudo	Objetivo	Local do estudo	Amostra	Questionário utilizado	Resultados
BARBOSA et al., 2017	Estudo transversal	Avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde em mulheres com câncer de mama pós-intervenção cirúrgica.	Juiz de Fora, MG	Mulheres em tratamento do câncer de mama há mais de seis meses da intervenção cirúrgica.	EORTC QLQ-C30 e BR23	EORTC-QLQC30 (média) – Escala de saúde global: 75,2 (DP= ±22,11); Escala funcional: 28,2 (DP = ±21,02); EORTC-QLQ BR 23 - Escala de sintomas: 25,7 (DP = ±21,05). Associações: IMC alto (sintomas do BR23); não realização de reconstrução mamária (funcional do BR23); sensação de peso no braço (saúde global, sintomas do EORTC QLQ-C30 e BR23); diminuição dos movimentos da mão e cotovelo (funcional e sintomas nos dois módulos); e sensação de blusa apertada no braço (sintomas do EORTC QLQ C30 e BR23).
PEREIRA et al., 2017	Estudo longitudinal	Avaliar a qualidade de vida no momento pré e pós-operatório de mulheres com câncer de mama submetidas à cirurgia e associar à classe socioeconômica.	Vitória - ES	87 mulheres diagnosticadas com câncer de mama, submetidas a tratamento cirúrgico no ano de 2012.	EORTC QLQ-C30 e BR23	A qualidade de vida das mulheres no pré-operatório foi melhor nas dimensões funcionamento físico para a classe C e D; emocional para a classe B. Houve melhora da qualidade de vida após a cirurgia para imagem corporal na classe C, e para funcionamento social na B. Avaliando todas as classes sociais, somente as dimensões funcionamento cognitivo e perspectivas futuras melhoraram no pós-operatório.

Continua

Continuação

Referência	Desenho do estudo	Objetivo	Local do estudo	Amostra	Questionário utilizado	Resultados
COSTA et al., 2017b	Estudo transversal	Avaliar a influência da dor sobre a qualidade de vida em pacientes com câncer de mama.	Cidade do nordeste do país	400 mulheres pacientes com câncer de mama	EORTC QLQ-C30 e BR23	QLQ-C30 (média) – Escala funcional: dor fraca: 69,3 (DP=16,6), moderada 54,0 (DP=18,6), intensa 50,3 (DP=22,0). Escala de sintomas: dor fraca: 22,1 (DP=15,2), moderada 30,3 (DP=16,8), intensa 39,4 (DP=15,1). Escala de Saúde Global: dor fraca: 60,1 (DP=21,8), moderada 51,8 (DP=24,1), intensa 52,3 (DP=32,9). BR23 (média) – Escala de sintomas: dor fraca: 26,1 (DP=17,7), moderada 33,2 (DP=17,8), intensa 37,6 (DP=20,6).
BOING et al., 2017	Transversal	Analisar a influência da cirurgia radical e conservadora sobre o tempo sentado, a imagem corporal e a qualidade de vida de mulheres após diagnóstico do câncer de mama.	Florianópolis, Santa Catarina.	172 mulheres que foram submetidas à cirurgia radical ou conservadora do câncer de mama.	Imagem corporal (BIBCQ) e qualidade de vida (EORTC QLQ-C30 + QLQ BR - 23)	EORTC-QLQC30 (mediana) – Escala de saúde global: 75,0; Escala funcional: 73,3; Escala de sintomas: 20,5. EORTC-QLQ BR 23 (mediana) - Escala funcional: 70,8; Escala de sintomas: 33,3. As mulheres que foram submetidas à cirurgia radical apresentaram piores escores de qualidade de vida (função física, dor, escala funcional, imagem corporal e sintomas no braço). Houve diferença para qualidade de vida (escala funcional e escala sintomática) para as pacientes que fizeram reconstrução.

Continua

Continuação

Referência	Desenho do estudo	Objetivo	Local do estudo	Amostra	Questionário utilizado	Resultados
ALVES et al., 2017	Estudo transversal	Avaliar a qualidade de vida e autoestima de pacientes mastectomizadas submetidas ou não à reconstrução mamária após um mês de cirurgia	São Paulo - SP	89 mulheres diagnosticadas com câncer de mama, submetidas ao tratamento cirúrgico no período de 2013 a 2015.	EORTC QLQ-C30	EORTC-QLQC30 (média) – Escala de saúde global em mulheres mastectomizadas - 7,7; com reconstrução mamária 8,4 e sem reconstrução nas mamas 5,8. Não foram observadas repercussões na qualidade de vida e autoestima das pacientes submetidas à mastectomia com ou sem a reconstrução mamária.
BOING et al., 2018	Estudo clínico não randomizado	Analisar a influência da dança do ventre na qualidade de vida, fadiga e sintomas depressivos em mulheres com câncer de mama	Florianópolis, Santa Catarina.	19 mulheres diagnosticadas com câncer de mama que finalizaram ao tratamento sistêmico.	EORTC QLQ-C30 e BR32	EORTC-QLQ BR 23 (média) - Escala funcional: antes 44, depois 65; Escala de sintomas: antes 47, depois 22. O grupo intervenção apresentou melhorias significativas, com aumento nos escores da escala funcional, imagem corporal e função sexual; e uma diminuição em pontuações da escala sintomática: efeitos colaterais da terapia sistêmica e sintomas do braço, de qualidade de vida, bem como a diminuição da fadiga e sintomas depressivos.
BUENO et al., 2018	Estudo longitudinal prospectivo	Avaliar e comparar a percepção da imagem corporal, a qualidade de vida, a sensibilidade e a dor em mulheres com câncer de mama nos períodos pré-operatório e pós-operatório de 30, 60 e 90 dias	São Paulo - SP	180 mulheres diagnosticadas com câncer de mama submetidas à cirurgia, acompanhadas entre 2011 e 2013 no ambulatório de onco-hematologia.	EORTC QLQ-C30 e BR32	Observou-se diminuição da qualidade de vida após a cirurgia, com a recuperação dos níveis de qualidade de vida após 90 dias da cirurgia.

Continua

Continuação

Referência	Desenho do estudo	Objetivo	Local do estudo	Amostra	Questionário utilizado	Resultados
COELHO et al., 2018	Estudo longitudinal	Comparar a qualidade de vida geral de mulheres com câncer de mama submetidas a quimioterapia em uma instituição pública e outra privada.	Curitiba	115 mulheres com câncer de mama em tratamento ambulatorial de quimioterapia	EORTC QLQ-C30 e BR32	A qualidade de vida global das mulheres foi afetada em todas as fases da quimioterapia, com maiores escores nas pacientes da rede privada (76,2 pontos na privada e 74,6 pontos na pública). Em ambos os grupos que houve piora na qualidade de vida ao longo do tempo, esta foi menor nas mulheres atendidas pela rede privada.
AGUIAR et al., 2019	Estudo transversal	Avaliar a associação entre a qualidade de vida relacionada à saúde e as doenças cardiovasculares em mulheres diagnosticadas com câncer de mama.	Rio de Janeiro, RJ	953 mulheres diagnosticadas com câncer de mama, com indicação de tratamento curativo, entre abril de 2016 e outubro de 2018	EORTC QLQ-C30 e BR32	A qualidade de vida se mostrou associada a doenças cardiovasculares em pacientes com câncer de mama em relação à função física, sexual, satisfação sexual, a perspectivas futuras e às escalas de sintomas (dor, dispneia e sintomas na mama).
PAULO et al., 2019	Estudo clínico randomizado	Avaliar o impacto de um programa de exercícios na qualidade de vida em idosas sobreviventes de câncer de mama submetidas a terapia hormonal, no início do estudo e aos três, seis e nove meses.	São Paulo	36 mulheres sobreviventes de câncer de mama idosas submetidas a terapia hormonal (18 no grupo de controle e 18 no treinamento físico combinado supervisionado).	EORTC QLQ-C30, BR32	EORTC-QLQC30 (média) – Escala de saúde global: início - 40,20, 3 meses - 84,4, 6 meses 91,6 e 9 meses 86,5. Grupo intervenção apresentou melhora na qualidade de vida (escala de saúde global, funcionamento físico, saúde física, dor corporal, percepção geral de saúde, vitalidade, funcionamento social, fadiga, distúrbios do sono, imagem corporal e transtornos pela queda de cabelo).

Continua

Continuação

Referência	Desenho do estudo	Objetivo	Local do estudo	Amostra	Questionário utilizado	Resultados
BACCARIN et al., 2019	Ensaio clínico	Avaliar a qualidade de vida de pacientes diagnosticadas com câncer de mama em tratamento com paclitaxel semanal e dexametasona durante o tratamento.	São Paulo	25 mulheres diagnosticadas com câncer de mama, em uso semanal de paclitaxel entre 2016 e 2017.	EORTC QLQ-C30	EORTC-QLQC30 (média) – Escala de saúde global: antes do uso: 78,6; após o uso: 72,3. Escala funcional: antes do uso: 81,4; após o uso: 72,5. Escala de sintomas: antes do uso: 22,6; após o uso: 24,9. O uso da dexametasona/ paclitaxel piorou os escores da qualidade de vida (escala funcional e de sintomas) das mulheres.
STAHLSCHEMIDT et al., 2019	Transversal	Avaliar a adesão à terapia hormonal oral e quais fatores impactam na adesão incompleta e na qualidade de vida.	Campinas, São Paulo	58 mulheres diagnosticadas com câncer de mama em tratamento hormonal em 2016.	EORTC QLQ-C30 e BR32	EORTC-QLQC30 (média) – Escala de saúde global baixa adesão 70,7, alta adesão: 83,4; Não houve associação entre a qualidade de vida e a adesão ao tratamento.
COLOMBINO et al., 2020	Transversal	Avaliar o impacto do retorno ao trabalho na qualidade de vida de pacientes com câncer de mama.	Brasil	163 mulheres diagnosticadas com câncer de mama que fizeram tratamento entre 2012 e 2014 em um hospital de referência.	EORTC QLQ-C30, BR32	EORTC-QLQC30 (média) – Escala de saúde global: 71,32; das pacientes que retornaram ao trabalho: 78,22 e que não retornaram ao trabalho: 62,14. As mulheres que retornaram ao trabalho apresentaram melhores escores de qualidade de vida.
GUERRA et al., 2020b	Coorte prospectiva	Avaliar a qualidade de vida de pacientes com câncer de mama, antes e após a terapia de rotina em um centro de referência público em câncer no Brasil.	Rio de Janeiro – RJ	96 pacientes diagnosticadas com câncer de mama no ano de 2017.	EORTC QLQ-C30 e BR32	EORTC-QLQC30 (média) – Escala de saúde global antes do tratamento 69,5 e após o tratamento 73,3. As escalas EORTC-QLQ-C30 / BR32 mais afetadas foram funcionamento emocional, insônia, dor, sexual, satisfação e auto percepção da saúde, dificuldades financeiras, insônia, fadiga e efeitos colaterais da terapia.

Continua

Continuação

Referência	Desenho do estudo	Objetivo	Local do estudo	Amostra	Questionário utilizado	Resultados
BINOTTO et al., 2020	Coorte prospectiva	Identificar as principais alterações na qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres com diagnóstico de câncer de mama em tratamento quimioterápico.	Caxias do Sul, RS	33 mulheres diagnosticadas com câncer de mama em tratamento sistêmico para a doença.	EORTC QLQ-C30, BR32	EORTC-QLQC30 (média) – Escala de saúde global: antes - 77,77; depois - 55,82. O tratamento quimioterápico promoveu diminuição nos escores de estado global de saúde, escalas funcionais (funcionamento físico, funcionamento do papel, funcionamento emocional, funcionamento social, imagem corporal, sexual função e prazer sexual). Além de aumentar os efeitos colaterais relacionados a terapia sistêmica (fadiga, náuseas e vômitos, insônia, perda de apetite e diarreia), apesar de uma diminuição nos sintomas mamário e nos braços.
LIMA; SILVA, 2020	Estudo transversal	Identificar os domínios de qualidade de vida afetados em mulheres com câncer de mama localmente avançado ou metastático hospitalizadas e analisar a associação a qualidade de vida e o estadiamento.	Rio de Janeiro	199 mulheres com câncer de mama localmente avançado ou metastático hospitalizadas	EORTC QLQ-C30	EORTC-QLQC30 (mediana) – Escala de saúde global – 33,33. Piores escores de qualidade de vida estavam relacionados a estádios mais avançados, em especial para as escalas de saúde global, física, pessoal, emocional e cognitiva.
ZOMKOWSKI et al., 2020	Transversal	Avaliar o impacto da qualidade de vida no retorno ao trabalho em mulheres diagnosticadas com câncer de mama.	Florianópolis, Santa Catarina.	62 mulheres sobreviventes de câncer de mama atendidas em ambulatório entre 2016 e 2017.	EORTC QLQ-C30, BR32	EORTC-QLQC30 (média) – Escala de saúde global: retornaram ao trabalho: 71,6; não retornaram ao trabalho: 65,71. Sobreviventes do câncer de mama que voltaram ao trabalho apresentaram melhor qualidade de vida.

Continua

Continuação

Referência	Desenho do estudo	Objetivo	Local do estudo	Amostra	Questionário utilizado	Resultados
OLIVEIRA -JUNIOR et al., 2020	Estudo transversal	Avaliar o impacto da cirurgia plástica oncológica após a cirurgia conservadora na qualidade de vida de mulheres diagnosticadas com câncer de mama	Barretos, SP	300 mulheres diagnosticadas com câncer de mama	EORTC QLQ-C30, BR32	EORTC-QLQC30 (média) – Escala de saúde global – cirurgia conservadora 78,3 e cirurgia conservadora + plástica oncológica 79,0. Diferença significativa entre os grupos no domínio da função sexual do questionário EORTC BR32
BRANDÃO et al., 2021	Estudo transversal	Verificar se há associação entre a espiritualidade/ religiosidade e a qualidade de vida das mulheres com câncer de mama em tratamento radioterápico	Porto Alegre	108 mulheres com câncer de mama em tratamento radioterápico	EORTC QLQ-C30	EORTC-QLQC30 (média) – Escala de saúde global – 78,85. Observou-se correlação positiva entre o “Escore de qualidade de vida global” com todas as facetas da espiritualidade, bem como uma correlação negativa para os sintomas “Fadiga”, “Insônia” e “Diarreia”
SILVA et al., 2021	Estudo prospectivo	Avaliar a qualidade de vida de mulheres diagnosticadas com câncer de mama antes e após a quimioterapia	Ribeirão Preto, SP	61 mulheres diagnosticadas com câncer de mama	EORTC QLQ-C30, BR32	EORTC-QLQC30 (média) – Escala de saúde global T0 - 80,57; T1 – 69,88; Escala funcional T0 – 71,97; T1 – 73,06; Escala de sintomas T0 – 18,28; T1 – 31,81.
MOREIRA et al., 2021	Estudo longitudinal prospectivo	Avaliar a qualidade de vida de pacientes oncológicos em quimioterapia.	Belo Horizonte, MG	230 pacientes oncológicos, sendo, 59 mulheres com câncer de mama em quimioterapia	EORTC QLQ-C30	Houve um aumento significativo nos escores de função emocional dos pacientes ($p < 0,001$), bem como nos sintomas escores para dor ($p = 0,026$), diarreia ($p = 0,018$) e náusea/vômito ($p < 0,001$) após o início da quimioterapia. A viuvez foi associada a melhorias no estado de saúde global/qualidade de vida ($p = 0,028$), enquanto a presença de baixo peso ($p = 0,033$) foi associada a piores escores do estado de saúde global/qualidade de vida.

Continua

Continuação

Referência	Desenho do estudo	Objetivo	Local do estudo	Amostra	Questionário utilizado	Resultados
SILVA et al., 2022	Estudo descritivo	Avaliar a qualidade de vida de pacientes com câncer de mama em radioterapia	Caruaru, Pernambuco	30 mulheres em radioterapia para o câncer de mama.	EORTC QLQ-C30, BR32	Houve piora em todos os domínios da qualidade de vida entre a 1ª e 28ª sessão de radioterapia. EORTC-QLQC30 (média) – Escala de saúde global: 1ª– 88,33; 28ª– 61,67. Escala funcional 1ª– 76,45; 28ª– 67,77. Escala de sintomas 1ª– 13,85; 28ª– 24,62.

Fonte: elaborado pelos autores (2022).

Em suma, foram encontrados 37 estudos brasileiros que avaliaram a qualidade de vida através da utilização dos questionários desenvolvidos pela Organização Europeia de Pesquisa e Tratamento do Câncer (EORTC), sendo o primeiro publicado no ano de 2007 e o último no ano de 2022. Contudo, a validação dos questionários QLQ-C30 e QLQ BR-23 foi realizada no ano de 2013, que apresentaram bons índices de validade, de reprodutibilidade e de compreensão, permitindo o uso de ambos na avaliação da qualidade de vida de brasileiras com câncer de mama.

A maior parte dos estudos identificados possui delineamento transversal ou longitudinal prospectivo e avaliou o impacto de intervenções na qualidade de vida, comparou abordagens cirúrgicas ou avaliou o paciente ao longo da realização do tratamento

A idade, o retorno ao trabalho, a realização de cirurgia conservadora ou cirurgia plástica, a prática de atividades físicas, o uso de terapias complementares, a prática da meditação, a prática da dança do ventre e a religiosidade foram fatores relacionados à melhor qualidade de vida.

Contrariamente, fato da paciente ter iniciado o tratamento, a fadiga, a disfunção sexual, a presença de metástase, o IMC alto, a presença de doenças cardiovasculares e o baixo peso foram relacionados a piores níveis de qualidade de vida.

4.3 RELAÇÃO ENTRE O TEMPO DE ESPERA PARA ASSISTÊNCIA ONCOLÓGICA E A QUALIDADE DE VIDA

O tempo de espera prolongado para assistência oncológica propicia o diagnóstico da doença em estádios avançados, que demandam intervenções mais agressivas comprometem o prognóstico e qualidade de vida dos pacientes (NEAL et al., 2015).

As investigações sobre esta temática são escassas, as buscas na literatura resultaram na identificação de um estudo realizado na Polônia, que incluiu 324 mulheres diagnosticadas com câncer de mama, observou maiores níveis de qualidade de vida (avaliada através dos questionários EORTC QLQ C30 e BR23) entre as pacientes com menor tempo de espera para realização da primeira consulta a partir do início dos sintomas e para tratamento da doença (KONIECZNY et al., 2020).

Assim a avaliação da relação entre os tempos de espera e a qualidade de vida das pacientes diagnosticadas com câncer de mama, especialmente após a realização do tratamento sistêmico, pode contribuir para o avanço do conhecimento nesta área no Brasil.

Considerando a contextualização da fisiopatologia, diagnóstico, protocolos de tratamento, epidemiologia e políticas públicas referentes ao câncer de mama, a avaliação da assistência oncológica por meio do componente de processo (tempos de espera) pode contribuir para a identificação dos principais facilitadores do acesso à assistência oncológica e que proporcionem melhor qualidade de vida (resultado) para as mulheres submetidas ao tratamento do câncer de mama.

5 OBJETIVOS

Geral:

Avaliar a assistência oncológica oferecida às mulheres diagnosticadas com câncer de mama a partir da análise da qualidade de vida e dos tempos de espera para diagnóstico e início do tratamento, bem como os fatores associados em um centro de referência em oncologia da Zona da Mata Mineira.

Específicos:

- Avaliar, segundo aspectos socioeconômicos, comportamentais e clínicos:
 - os tempos de espera para diagnóstico e início do tratamento;
 - a qualidade de vida global e seus domínios.

- Avaliar a relação entre os tempos de espera para diagnóstico e tratamento e a qualidade de vida das mulheres diagnosticadas com câncer de mama.

6 METODOLOGIA

A descrição da metodologia será subdividida conforme objetivo específico pretendido.

6.1 Para avaliação dos tempos de espera para o diagnóstico e início do tratamento do câncer de mama, segundo os aspectos socioeconômicos, comportamentais e clínicos:

Delineamento do estudo

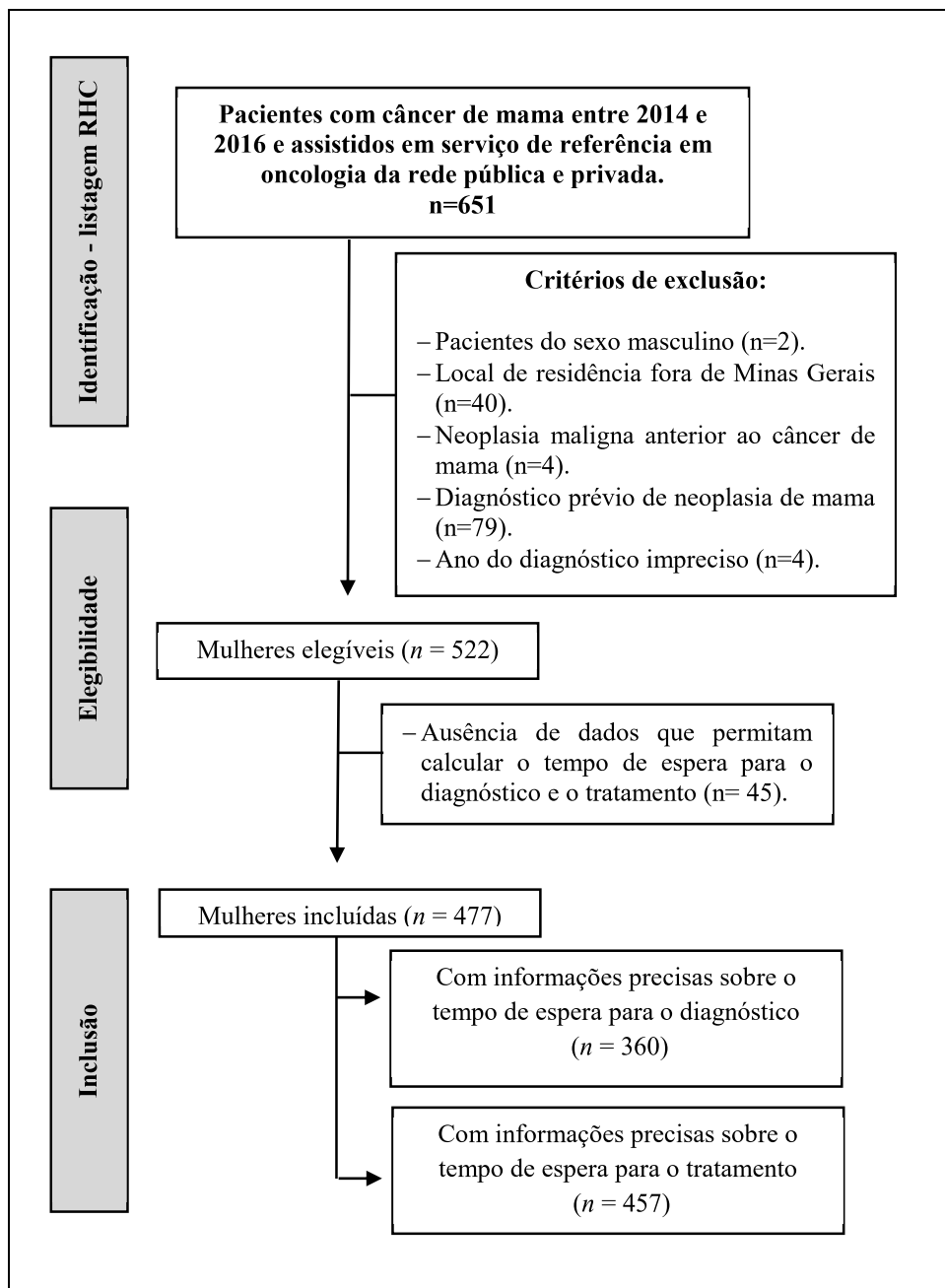
Estudo de coorte retrospectiva, constituída por mulheres com câncer de mama assistidas em um serviço de referência para atendimento em oncologia da rede pública e privada, localizado em Juiz de Fora, Minas Gerais.

População de estudo:

Foram incluídas as mulheres diagnosticadas com câncer de mama entre 2014 e 2016, que residiam no Estado de Minas Gerais, identificadas como casos analíticos (INCA, 2010) a partir do Registro Hospitalar de Câncer (RHC).

Das 522 mulheres elegíveis para o estudo, não foi possível precisar as datas do diagnóstico e do tratamento para 45 pacientes. Dessa forma, a população de estudo foi inicialmente composta por 477 mulheres que possuíam informação de data para análise de pelo menos um dos dois tempos de espera avaliados: 360 possuíam informação sobre a data dos primeiros sintomas ou da mamografia alterada e do diagnóstico, e 457 sobre a data do diagnóstico e do tratamento (Figura 10).

Figura 10. Diagrama de fluxo acerca das etapas para seleção da amostra para análise dos tempos de espera, 2014-2016. Juiz de Fora, MG, Brasil.



Fonte: elaborado pelos autores (2022).

A coleta dos dados foi realizada a partir dos prontuários médicos, por meio de formulário de pesquisa editado eletronicamente no software KoBoToolbox (versão 1.5.0; Harvard Humanitarian Initiative, Cambridge) e contemplou características sociodemográficas e aspectos relativos ao diagnóstico da doença, perfil tumoral, estadiamento e tratamento.

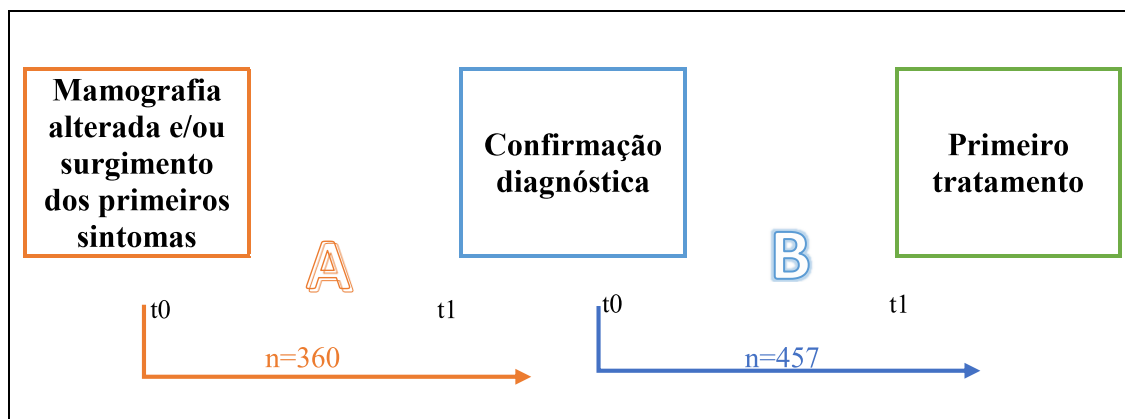
Variáveis do estudo:

O tempo de espera para assistência oncológica foi avaliado por meio dos seguintes critérios (figura 11 e quadro 8):

Tempo de espera A: O tempo de espera para o diagnóstico, definido como o intervalo de tempo (em dias) entre a data dos primeiros sintomas ou alteração nos exames de imagem sugestivos de câncer de mama e a data do diagnóstico da doença por laudo anatomopatológico. Intervalo atualmente preconizado de tempo máximo de 30 dias, conforme Lei nº 13.896 de 31 de outubro de 2019.

Tempo de espera B: O tempo de espera para o tratamento, definido como o intervalo de tempo (em dias) entre a data da liberação do laudo anatomopatológico com o diagnóstico da doença e a data do primeiro registro de tratamento (cirurgia, quimioterapia, radioterapia ou hormonioterapia, conforme Lei nº 13.896 de 31 de outubro de 2019). Para as pacientes que realizaram biópsia cirúrgica seguida de ampliação de margens a data da biópsia foi considerada como a data do diagnóstico e a data da cirurgia de ampliação de margem como a data do tratamento.

Figura 11. Representação esquemática dos intervalos de tempo avaliados no contexto da assistência oncológica.



Fonte: elaborado pelos autores (2022).

Quadro 8. Detalhamento dos intervalos de tempo avaliados no contexto da assistência oncológica.

Intervalo de tempo avaliado	Tempo inicial (t0)	Tempo final/falha (t1)
A	Tempo de espera entre a mamografia alterada e/ou surgimento dos sintomas e a realização da biópsia	Data da mamografia alterada e/ou surgimento dos sintomas
B	Tempo de espera entre a biópsia alterada e o primeiro tratamento	Data da saída do exame anatomopatológico

Fonte: elaborado pelos autores (2022).

Foram analisadas as seguintes variáveis independentes: tipo de assistência à saúde (pública; privada), faixa etária (≤ 49 ; 50-69 e ≥ 70 anos), grau de instrução (≤ 8 anos completos; > 8 anos completos), raça registrada no prontuário (parda ou negra; branca), situação conjugal (sem companheiro; com companheiro), região de residência (município sede do serviço; outras cidades), história familiar de câncer de mama (não; sim), comorbidades - registro no prontuário de pelo menos uma outra doença concomitante como hipertensão, diabetes, dislipidemia, depressão, dentre outras (sim; não), modo de detecção da doença (presença de sintomas; rastreamento), estadiamento (inicial: 0, I e II; avançado: III e IV) e tempo de espera para imunohistoquímica (> 30 dias; ≤ 30 dias). Para a análise do tempo de espera para o tratamento, foi considerado o tempo de espera para o diagnóstico (> 60 dias; ≤ 60 dias). Ainda, foram registradas informações, quando presentes, acerca do motivo do tempo prolongado para diagnóstico e tratamento.

Análise dos dados:

Para caracterização da amostra estudada, as variáveis foram descritas por meio de medidas de tendência central e de frequências absolutas e relativas das categorias de cada variável.

O método de Kaplan-Meier foi utilizado para a análise da estimativa dos tempos de espera. Para o tempo de espera para o diagnóstico, o início da contagem (tempo zero) foi a data dos primeiros sintomas ou alteração nos exames de imagem e como falha a data da emissão do laudo anatomopatológico, enquanto que para o tempo de espera para o tratamento, a data do diagnóstico foi considerada como o tempo zero e a data do primeiro tratamento como falha. Para as duas estimativas de tempo, todas as mulheres foram observadas até a ocorrência da

falha. O teste Log-rank foi utilizado para comparar os tempos de espera em relação às variáveis estudadas.

Para a avaliação dos fatores associados aos tempos de espera, foi utilizado o modelo de regressão para riscos proporcionais de Cox, computando-se as razões de risco (HR) e os correspondentes intervalos de confiança de 95% (IC95%). A seleção das variáveis foi realizada por meio da relevância na literatura e a significância obtida no modelo de Cox univariado, considerando-se aquelas com valor de $p < 0,20$. As variáveis foram incluídas passo a passo na análise múltipla (*stepwise forward*), sendo mantidas no modelo final aquelas com $p \leq 0,05$ e ajustas pela faixa etária.

Os resíduos padronizados de Schoenfeld foram utilizados para avaliar o pressuposto de proporcionalidade do risco no tempo. A qualidade do ajuste foi avaliada a partir da razão de verossimilhança, da probabilidade de concordância e da medida global de qualidade do ajuste.

A análise dos dados foi realizada por meio do *software* STATA[®] (versão 13.0; StataCorp. LP, Estados Unidos da América) admitindo-se o nível de significância para a inferência estatística de 5%. O estudo obteve aprovação da Comissão de Ética da Universidade Federal de Juiz de Fora conforme parecer número 2.038.39, CAAE número 04575712.4.0000.5147 (ANEXO A).

6.2 Para avaliação da qualidade de vida de mulheres diagnosticadas com câncer de mama e analisá-las segundo os aspectos socioeconômicos, comportamentais, clínicos e tumorais:

Delineamento do estudo

Estudo transversal realizado em um serviço de referência para atendimento em oncologia da rede pública e privada, localizado em município de grande porte de Minas Gerais.

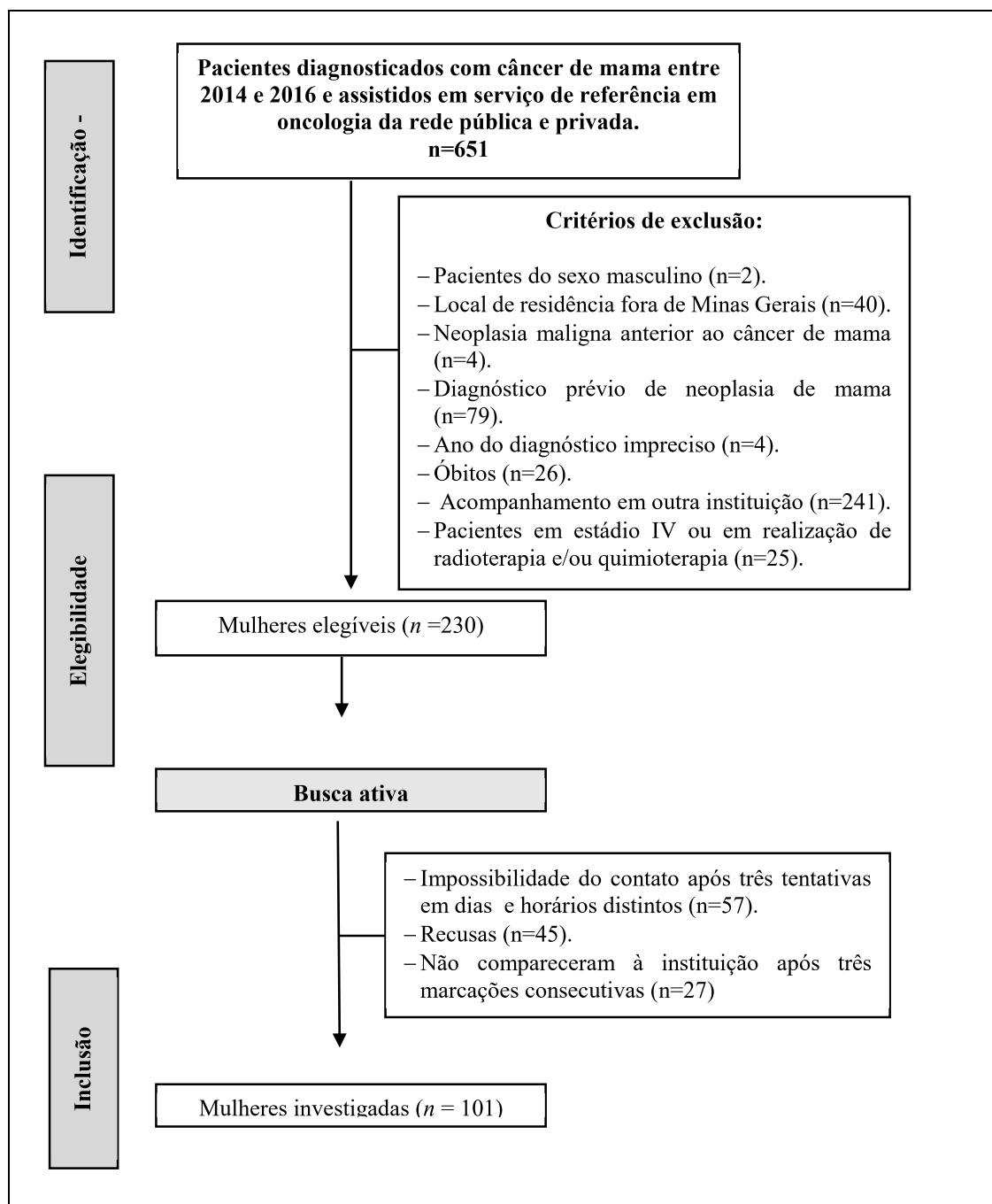
Amostra e seleção das participantes

Foram incluídas mulheres diagnosticadas com câncer de mama entre 2014 e 2016, identificadas como casos analíticos a partir do Registro Hospitalar de Câncer (RHC), que residiam no Estado de Minas Gerais e faziam acompanhamento na instituição. Foram excluídas as mulheres que estavam em quimioterapia, radioterapia ou terapia paliativa durante a coleta de dados.

O cálculo do tamanho da amostra foi realizado considerando o total de 230 mulheres elegíveis para o estudo, a estimativa de prevalência de distúrbios na qualidade de vida de 50%, erro de 8% e intervalo de confiança de 95%, resultando na inclusão de pelo menos 92 participantes. Admitindo-se 20% de perda, fez-se necessário o recrutamento de pelo menos 111 participantes.

Foi realizado recrutamento das 230 mulheres elegíveis restantes até atingir o tamanho amostral estimado. Para 57 mulheres não foi possível estabelecer contato telefônico em, pelo menos, três tentativas realizadas em dias e horários alternados, 45 mulheres se recusaram a participar da coleta de dados e 27 não compareceram ao recrutamento mesmo tendo confirmado a presença em, pelo menos, três agendamentos por contato telefônico em diferentes dias. A amostra final foi então constituída por 101 mulheres (figura 12).

Figura 12. Diagrama de fluxo acerca das etapas para seleção da amostra para análise da qualidade de vida, 2014-2016. Juiz de Fora, MG, Brasil.



Fonte: elaborado pelos autores (2022).

Coleta de dados:

A primeira etapa da coleta de dados foi realizada no período de março de 2018 a maio de 2019 e possibilitou a obtenção de dados referentes ao diagnóstico, tratamento, estadiamento e perfil tumoral a partir dos prontuários médicos. Como o estudo incluiu mulheres diagnosticadas com câncer de mama entre 2014-2016, foi possível garantir resgatar informações de, pelo menos, três anos de acompanhamento.

Na segunda etapa, realizada no período de fevereiro a agosto de 2019, as mulheres elegíveis foram convidadas a responder um questionário face a face, aplicado presencialmente em um consultório reservado e individualizado, utilizando um formulário eletrônico, editado no aplicativo KoBo Tollbox (versão 1.4.3; KoBo Tollbox, EUA). Esse questionário foi administrado por meio de tablets com sistema operacional Android (Google, Inc, Mountain View, Califórnia, EUA) e abordou questões de identificação, aspectos sociais, demográficos e econômicos, suporte social, relacionamento conjugal, religiosidade, hábitos de vida, além de questões relacionadas ao diagnóstico e tratamento da doença. Nessa ocasião, também foi avaliada a qualidade de vida por meio de instrumentos de coleta específicos.

Variáveis do estudo

Para avaliar a qualidade de vida, foram utilizados os questionários EORTC QLQ-C30 e EORTC QLQ-BR23, ambos autoaplicáveis e desenvolvidos pela European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) (KLEE; GROENVOLD; MACHIN, 1997; SPRANGERS et al, 1996; MICHELS; LATORRE; MACIEL, 2013). O questionário EORTC QLQ-C30 é mais geral e composto por 30 perguntas que avaliam os sintomas que ocorreram nas duas semanas anteriores. As respostas são exibidas em uma escala Likert que varia de 1 = não a 4 = muito (MICHELS; LATORRE; MACIEL, 2013). Na escala de saúde global, o escore varia de 1 a 7, em que 1 significa pobre e 7 excelente (MICHELS; LATORRE; MACIEL, 2013). Este questionário produz as seguintes escalas: escala de saúde global (GHS), escala funcional (FS) e escala de sintomas (SS). A escala funcional se desdobra nas subescalas física, desempenho de papéis, emocional, cognitiva e social. A escala de sintomas se desdobra nas subescalas fadiga, náuseas, dor, dispneia, insônia, apetite, constipação, diarreia e dificuldades financeiras.

O questionário do EORTC QLQ-BR 23 é composto por 23 questões (questões 31 a 53), mais específicas do câncer de mama e que complementam o questionário geral, suas respostas também são exibidas em escala do tipo Likert, que varia de 1 = não a 4 = muito (MICHELS; LATORRE; MACIEL, 2013). Este questionário produz as seguintes escalas: escala funcional (FS) e escala de sintomas (SS). A escala funcional se desdobra nas subescalas imagem corporal, perspectivas futuras, função sexual e satisfação sexual, e a escala de sintomas se desdobra nas subescalas efeitos da terapia sistêmica, preocupações com a queda de cabelo, sintomas relacionados ao braço e sintomas relacionados à mama.

Foram analisadas as seguintes variáveis independentes:

Sociodemográficas: faixa etária (<50 anos; ≥50 anos), raça autodeclarada (branca; negra), grau de instrução - anos de estudo completos (<8 anos; ≥8 anos), situação conjugal (sem

companheiro; com companheiro), ocupação - atividade remunerada (sim; não), tipo de assistência à saúde (pública; privada), renda per capita ($\geq 0,5$ salário mínimo; $< 0,5$ salário mínimo), situação socioeconômica segundo classificação ABEP (A, B1 e B2; C1, C2 e D/E) e local de residência (município sede do serviço; outro).

Comportamentais: hábitos alimentares autorreferidos (bom, muito bom; regular, ruim, muito ruim); prática de atividade física (ativo ou inativo; sedentário); uso do tabaco (ex-tabagista ou nunca fumou; tabagista), consumo de bebidas alcoólicas (≥ 4 doses em uma ocasião; < 4 doses em uma ocasião), religiosidade (≥ 8 pontos; < 8 pontos) e apoio social (≥ 45 pontos; < 45 pontos).

Clínicas: intervenção cirúrgica (setorectomia; mastectomia com ou sem reconstrução), estado nutricional (eutrofia; sobrepeso), presença de comorbidades - registro no prontuário de pelo menos uma outra doença concomitante (sim, não); estadiamento (inicial - 0, I e II; avançado - III).

A situação socioeconômica foi avaliada conforme os critérios da Classificação Econômica da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, que leva em conta o quantitativo de itens de conforto disponíveis na residência do participante, bem como a infraestrutura de saneamento do local de residência do participante e grau de instrução do chefe da família (ABEP, 2019).

O apoio social foi avaliado por meio da versão abreviada do Questionário de Suporte Social (SARASON et al., 1987), validado para o idioma português (PINHEIRO; FERREIRA, 2002). É composto por seis questões, cada uma delas com 2 partes. Na primeira parte o indivíduo refere o número de pessoas disponíveis para o ajudarem e o apoiarem, podendo ir de nenhuma a nove pessoas. Na segunda parte, sobre o grau de satisfação com o suporte recebido, utiliza-se uma escala tipo Likert de 6 pontos, que vai de muito insatisfeito (1) a muito satisfeito (6) (PINHEIRO; FERREIRA, 2002). Dessa maneira obtém-se um índice numérico (SSQ6N) e um índice de satisfação (SSQ6S). No presente estudo optou-se pela soma das pontuações do índice numérico de suporte social disponível (WERMELINGER-ÁVILA et al., 2018).

A Religiosidade foi avaliada por meio da Escala de Religiosidade de Duke, denominada *Duke University Religion Index* (DUREL) (KOENIG; BÜSSING, 2010), e validada para o idioma português (TAUNAY et al., 2012). Essa escala engloba cinco itens, que mede três das principais dimensões do envolvimento religioso relacionadas a desfechos em saúde: Religiosidade Organizacional (item 1): frequência a encontros religiosos coletivos (por exemplo: missas, cultos, cerimônias, grupos de estudos ou de oração etc.); Religiosidade Não Organizacional (item 2): frequência de atividades religiosas privadas (por exemplo: orações,

meditação, leitura de textos religiosos, ouvir ou assistir programas religiosos na TV ou rádio etc.); Religiosidade Intrínseca (Itens 3-5): refere-se à busca de internalização e vivência da religiosidade como principal objetivo do indivíduo (KOENIG; BÜSSING, 2010; TAUNAY et al., 2012). As opções de resposta dos itens 1 e 2 avaliam a frequência de comparecimento às atividades religiosas, com 6 opções que variam de (1) Mais do que uma vez por semana a (6) Nunca. Os últimos três itens são estruturados com respostas em escala do tipo Likert de 5 pontos, que vai de (1) Totalmente verdade para mim a (5) Não é verdade (KOENIG; BÜSSING, 2010; TAUNAY et al., 2012). No presente estudo optou-se pela soma das pontuações (ALVAREZ et al., 2016).

O instrumento utilizado para medida do nível de atividade física foi o Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ), em sua versão curta (MATSUDO et al., 2001), que avalia as atividades realizadas na última semana anterior à aplicação do questionário em relação à frequência, intensidade e duração. Foram consideradas sedentárias as pacientes que referiram não realizar nenhuma atividade física por pelo menos 10 minutos contínuos durante a semana; inativas as pacientes que referiram realizar menos de 150 minutos de atividade física na semana e ativas as pacientes que referiram realizar mais de 150 minutos de atividade física na semana.

Análise estatística:

A caracterização da amostra foi feita através do cálculo das frequências absolutas e relativas das categorias de cada variável e as medidas de tendência central. Para avaliar a correlação entre as pontuações dos escores dos questionários EORTC QLQ-C30 e QLQ-BR23, procedeu-se a análise do coeficiente de correlação de Spearman.

Para análise dos fatores relacionados à qualidade de vida, as escalas contínuas foram submetidas ao cálculo de normalidade por meio do Teste Kolmogorov-Smirnov, e, por conseguinte, foi utilizado o Teste t para amostras independentes para as variáveis com distribuição normal e o Teste U de Mann Whitney para as variáveis com distribuição não paramétrica.

A análise dos dados foi realizada por meio do software STATA® (versão 13.0; StataCorp. LP, Estados Unidos da América), admitindo-se o nível de significância para a inferência estatística de 5%. O estudo obteve aprovação da Comissão de Ética da Universidade Federal de Juiz de Fora conforme parecer número 3.128.283; CAAE 05341019.5.0000.5147 (ANEXO B).

6.3 Para avaliação da relação entre o tempo de espera e a qualidade de vida de mulheres diagnosticadas com câncer de mama

Delineamento do estudo

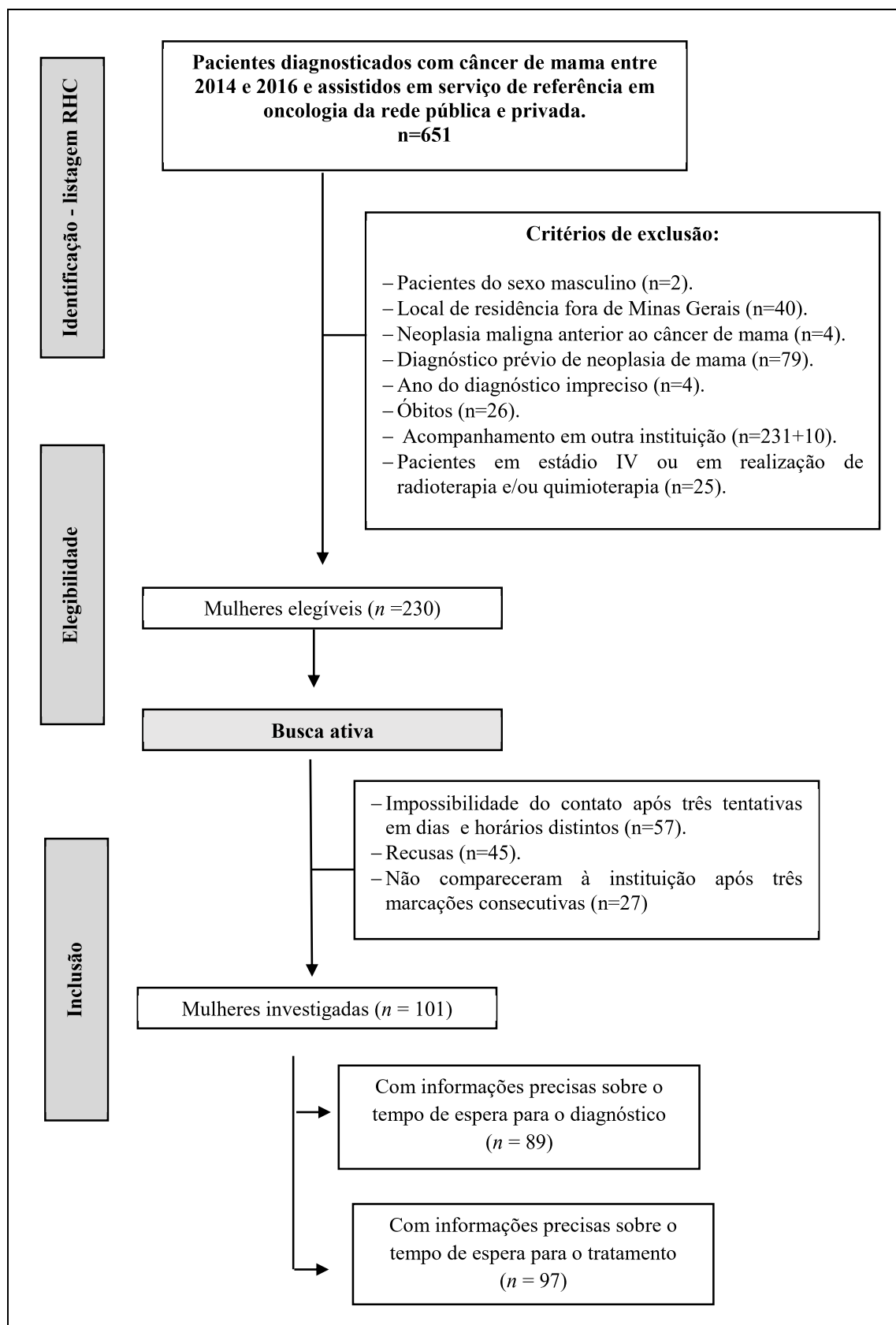
Estudo transversal realizado em um serviço de referência para atendimento em oncologia da rede pública e privada, localizado em município de grande porte de Minas Gerais.

Amostra e seleção das participantes

Foram incluídas mulheres diagnosticadas com câncer de mama entre 2014 e 2016, identificadas como casos analíticos a partir do Registro Hospitalar de Câncer (RHC), que residiam no Estado de Minas Gerais e faziam acompanhamento na instituição. Foram excluídas as mulheres que estavam em quimioterapia, radioterapia ou terapia paliativa durante a coleta de dados.

Das 230 mulheres elegíveis, para 57 não foi possível estabelecer contato telefônico, em pelo menos três tentativas realizadas em dias e horários alternados, 45 mulheres se recusaram a participar da coleta de dados e 27 não compareceram ao recrutamento mesmo tendo confirmado a presença em, pelo menos, três agendamentos por contato telefônico em diferentes dias e assim, a amostra final foi constituída por 101 mulheres, das quais: 89 possuíam informação sobre a data dos primeiros sintomas e do diagnóstico, e 97 possuíam informação sobre a data do diagnóstico e do tratamento (figura 13).

Figura 13. Diagrama de fluxo acerca das etapas de seleção da amostra para análise da relação entre o tempo de espera na qualidade de vida, 2014-2016. Juiz de Fora, MG, Brasil.



Fonte: elaborado pelos autores (2022).

Coleta de dados:

A primeira etapa da coleta de dados foi realizada no período de março de 2018 a maio de 2019 e possibilitou a obtenção de dados referentes ao diagnóstico, tratamento, estadiamento e perfil tumoral a partir dos prontuários médicos. Como o estudo incluiu mulheres diagnosticadas com câncer de mama entre 2014-2016, foi possível garantir resgatar informações de, pelo menos, três anos de acompanhamento.

Na segunda etapa, realizada no período de fevereiro a agosto de 2019, as mulheres elegíveis foram convidadas a responder um questionário face a face, aplicado presencialmente em um consultório reservado e individualizado, utilizando um formulário eletrônico, editado no aplicativo KoBo Tollbox (versão 1.4.3; KoBo Tollbox, EUA). Esse questionário foi administrado por meio de tablets com sistema operacional Android (Google, Inc, Mountain View, Califórnia, EUA) e abordou questões de identificação, aspectos sociais, demográficos e econômicos, suporte social, relacionamento conjugal, religiosidade, hábitos de vida, além de questões relacionadas ao diagnóstico e tratamento da doença. Nessa ocasião, também foi avaliada a qualidade de vida por meio de instrumentos de coleta específicos.

Variáveis do estudo

O tempo de espera para assistência oncológica foi avaliado por meio dos seguintes critérios:

Tempo de espera para o diagnóstico (0-30 dias; 31-60 dias; ≥61 dias): definido como o intervalo de tempo (em dias) entre a data dos primeiros sintomas ou alteração nos exames de imagem sugestivos de câncer de mama e a data do diagnóstico da doença por laudo anatomopatológico. Intervalo atualmente preconizado de tempo máximo de 30 dias, conforme Lei nº 13.896 de 31 de outubro de 2019.

Tempo de espera para o tratamento (0-30 dias; 31-60 dias; ≥61 dias): definido como o intervalo de tempo (em dias) entre a data da liberação do laudo anatomopatológico com o diagnóstico da doença e a data do primeiro registro de tratamento (cirurgia, quimioterapia, radioterapia ou hormonioterapia, conforme Lei nº 13.896 de 31 de outubro de 2019). Para as pacientes que realizaram biópsia cirúrgica seguida de ampliação de margens a data da biópsia foi considerada como a data do diagnóstico e a data da cirurgia de ampliação de margem como a data do tratamento.

Para avaliar a qualidade de vida, foram utilizados os questionários EORTC QLQ-C30 e EORTC QLQ-BR23, ambos autoaplicáveis e desenvolvidos pela European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) (KLEE; GROENVOLD; MACHIN, 1997; SPRANGERS et al, 1996; MICHELS; LATORRE; MACIEL, 2013). O questionário EORTC

QLQ-C30 é mais geral e composto por 30 perguntas que avaliam os sintomas que ocorreram nas duas semanas anteriores. As respostas são exibidas em uma escala Likert que varia de 1 = não a 4 = muito (MICHELS; LATORRE; MACIEL, 2013). Na escala de saúde global, o escore varia de 1 a 7, em que 1 significa pobre e 7 excelente (MICHELS; LATORRE; MACIEL, 2013). Este questionário produz as seguintes escalas: escala de saúde global (GHS), escala funcional (FS) e escala de sintomas (SS). A escala funcional se desdobra nas subescalas física, desempenho de papéis, emocional, cognitiva e social. A escala de sintomas se desdobra nas subescalas fadiga, náuseas, dor, dispneia, insônia, apetite, constipação, diarreia e dificuldades financeiras.

O questionário do EORTC QLQ-BR 23 é composto por 23 questões (questões 31 a 53), mais específicas do câncer de mama e que complementam o questionário geral, suas respostas também são exibidas em escala do tipo Likert, que varia de 1 = não a 4 = muito (MICHELS; LATORRE; MACIEL, 2013). Este questionário produz as seguintes escalas: escala funcional (FS) e escala de sintomas (SS). A escala funcional se desdobra nas subescalas imagem corporal, perspectivas futuras, função sexual e satisfação sexual, e a escala de sintomas se desdobra nas subescalas efeitos da terapia sistêmica, preocupações com a queda de cabelo, sintomas relacionados ao braço e sintomas relacionados à mama.

Análise estatística:

A caracterização da amostra estudada foi feita através do cálculo as frequências absolutas e relativas das categorias de cada variável e as medidas de tendência central.

Par avaliar a relação entre o tempo de espera e a qualidade de vida, as escalas contínuas foram submetidas ao cálculo de normalidade por meio do Teste Kolmogorov-Smirnov, e, por conseguinte, foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis e o teste post-hoc de Dunn. Os resultados foram considerados estatisticamente significativos quando $p < 0,05$.

A análise dos dados foi realizada por meio do *software* STATA[®] (versão 13.0; StataCorp. LP, Estados Unidos da América) admitindo-se o nível de significância para a inferência estatística de 5%. O estudo obteve aprovação da Comissão de Ética da Universidade Federal de Juiz de Fora conforme parecer número 3.128.283; CAAE 05341019.5.0000.5147 (ANEXO B).

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

7.1 Avaliação dos tempos de espera para o diagnóstico e início do tratamento do câncer de mama, segundo os aspectos socioeconômicos, comportamentais e clínicos

Dentre as mulheres avaliadas, a maior parte foi diagnosticada na faixa etária de 50 a 69 anos, possuía alta escolaridade, autodeclarava raça branca, vivia com o companheiro, exercia atividade remunerada, residia fora do município sede da instituição hospitalar, não possuía história familiar para o câncer de mama, possuía comorbidade, diagnosticou a doença a partir do aparecimento de sintomas, foi diagnosticada em estádios iniciais da doença e foi assistida pelo sistema público de saúde (Tabela 1).

Destaca-se que não foram observadas diferenças entre as mulheres da amostra total e as mulheres incluídas na avaliação de cada objetivo para a maior parte das variáveis sociodemográficas, diminuindo assim a possibilidade de viés por perdas diferenciais (Tabela 1). Foram observadas diferenças em relação às variáveis estadiamento e tipo de assistência, que foram consideradas na análise estatística multivariada.

Tabela 1. Caracterização das mulheres com câncer de mama assistidas em um Centro de Referência em Oncologia, a partir das informações coletadas nos prontuários.

Variáveis	Amostra total ¹ n (%)	Amostra tempo de espera entre primeiros sintomas e diagnóstico ¹ n (%)	p ²	Amostra tempo de espera entre diagnóstico e tratamento ¹ n (%)	p ²
TOTAL	522 (100)	360 (100)		457 (100)	
Faixa etária					
≤ 39 anos	49 (9,4)	37 (10,3)		39 (8,5)	
40 – 49 anos	109 (20,9)	78 (21,7)		98 (21,4)	
50 – 69 anos	266 (51,0)	184 (51,1)		236 (51,6)	
≥ 70 anos	98 (18,8)	61 (16,9)	0,334	84 (18,4)	0,257
Escolaridade					
Analfabeta/< 1 ano de instrução	13 (2,5)	11 (3,1)		11 (2,4)	
Fundamental I incompleto	21 (4,0)	16 (4,4)		18 (3,9)	
Fundamental I completo	117 (22,4)	77 (21,4)		103 (22,5)	
Fundamental II completo	77 (14,8)	57 (15,8)		66 (14,4)	
Médio completo	151 (28,9)	105 (29,2)		135 (29,5)	
Superior completo ou mais	129 (24,7)	87 (24,2)		111 (24,3)	
Sem informação	14 (2,7)	7 (1,9)	0,425	13 (2,8)	0,957
Raça					
Branca	380 (72,8)	254 (70,6)		332 (72,6)	
Preta	30 (5,7)	21 (5,8)		26 (5,7)	
Amarela	1 (0,2)	1 (0,3)		1 (0,2)	
Parda	100 (19,2)	76 (21,1)		87 (19,0)	
Indígena	1 (0,2)	1 (0,3)		1 (0,2)	
Outra	3 (0,6)	3 (0,8)		3 (0,7)	
Sem informação	7 (1,3)	4 (1,1)	0,442	7 (1,5)	0,940
Situação conjugal					
Sem companheiro	256 (49,5)	182 (50,7)		223 (49,1)	
Com companheiro	261 (50,5)	177 (49,3)	0,419	231 (50,9)	0,627
Situação ocupacional					
Trabalha	299 (70,9)	210 (70,3)		269 (71,0)	
Não trabalha	123 (29,1)	89 (29,7)	0,663	110 (29,0)	0,869
Local de residência					
Município sede do serviço	245 (47,0)	175 (48,6)		218 (47,8)	
Outro município	276 (53,0)	185 (51,4)	0,278	238 (52,2)	0,343
História familiar de câncer de mama					
Não	283 (65,1)	206 (62,8)		257 (65,7)	
Sim	152 (34,9)	122 (37,2)	0,084	134 (34,3)	0,381
Comorbidades³					
Sim	291 (66,6)	222 (67,3)		261 (67,3)	
Não	146 (33,4)	108 (32,7)	0,595	127 (32,7)	0,398
Deteção da doença					
Sintomático	216 (56,1)	185 (56,8)		197 (56,2)	
Rastreamento	169 (43,9)	141 (43,2)	0,549	154 (43,8)	0,978
Estadiamento					
Inicial (0, I e II)	394 (75,6)	263 (73,3)		354 (77,5)	
Avançado (III e IV)	127 (24,4)	96 (26,7)	0,061	103 (22,5)	0,009
Tipo de assistência					
Pública	315 (60,3)	239 (66,4)		277 (60,6)	
Privada	207 (39,7)	121 (33,6)	0,001	180 (39,4)	0,740

¹ As diferenças nos totais são justificadas pela ausência de informação;² Valor de p do teste de qui-quadrado para a diferença da distribuição das variáveis de cada sub-amostra em relação à amostra total;³ Comorbidades considerada sim, quando havia registro no prontuário de pelo menos uma outra doença concomitante como hipertensão, diabetes, dislipidemia, depressão, dentre outras.

O tempo de espera mediano entre o início dos sintomas/mamografia alterada e o diagnóstico para o câncer de mama foi de 70 dias, variando entre 6 e 1529 dias, e o percentual de mulheres que receberam o diagnóstico em até 30 dias foi de 19,7%. O tempo de espera mediano entre o diagnóstico e o início do tratamento para o câncer de mama foi de 32 dias, variando entre 0 e 567 dias, e o percentual de mulheres que receberam o diagnóstico em até 60 dias foi de 80,5% (Tabela 2).

Tabela 2: Distribuição das pacientes segundo os tempos de espera em cada fase do tratamento

Tempo	Primeiros sintomas e diagnóstico		Diagnóstico e primeiro tratamento	
	N	%	N	%
≤30 dias	71	19,7	221	48,3
31 a 60 dias	88	24,5	147	32,2
61 a 90 dias	52	14,4	48	10,5
91 a 120 dias	33	9,2	15	3,3
≥121 dias	116	32,2	26	5,7
Total	360	100	457	100
Média		127,3		42,2
Mediana		70		32
Desvio padrão		167,5		50,6
Mínimo-Máximo		6-1526		0-567

Fonte: dados da pesquisa (2019).

Os demais resultados e discussão referentes a esse tópico serão abordados no artigo intitulado “Tempo de espera para diagnóstico e tratamento do câncer de mama e tipo de serviço de assistência oncológica” publicado na Revista Gaúcha de Enfermagem e apresentado a seguir:

Artigo Original

Campos AAL, Guerra MR, Fayer VA, Ervilha RR, Cintra JRD, Medeiros IR, Silveira MC, Bustamante-Teixeira MT

Tempo para diagnóstico e tratamento do câncer de mama na assistência pública e privada
Rev Gaúcha Enferm. 2022;43:e20210103

doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20210103>

Tempo para diagnóstico e tratamento do câncer de mama na assistência pública e privada

Time to diagnosis and treatment for breast cancer in public and private assistance

Tiempo de diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama en asistencia pública y privada

Angélica Atala Lombelo Campos¹ <https://orcid.org/0000-0001-8406-6370>

Maximiliano Ribeiro Guerra^a <https://orcid.org/0000-0003-0234-7190>

Vívian Assis Fayer² <https://orcid.org/0000-0003-2529-5039>

Rafaela Russi Ervilha^a <https://orcid.org/0000-0001-7899-4875>

Jane Rocha Duarte Cintra³ <https://orcid.org/0000-0003-3090-3297>

Iara Renault de Medeiros⁴ <https://orcid.org/0000-0002-9863-2852>

Matheus Calábria da Silveira^d <https://orcid.org/0000-0003-0478-7229>

Maria Teresa Bustamante-Teixeira^a <https://orcid.org/0000-0003-0727-4170>

Como citar este artigo:

Campos AAL, Guerra MR, Fayer VA, Ervilha RR, Cintra JRD, Medeiros IR, Silveira MC, Bustamante-Teixeira MT. Tempo para diagnóstico e tratamento do câncer de mama na assistência pública e privada. Rev Gaúcha Enferm. 2022;43:e20210103. doi:

<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20210103>.

RESUMO

Objetivo: Analisar o tempo para o diagnóstico e tratamento do câncer de mama e os fatores associados, segundo o tipo de assistência (pública vs. privada).

Métodos: Coorte retrospectiva com 477 mulheres diagnosticadas com câncer de mama entre 2014-2016. Os dados foram coletados em um serviço de oncologia de um município de Minas Gerais, entre 2018-2019. As análises foram realizadas pelo método de Kaplan-Meier e pelo modelo de regressão de Cox.

Resultados: O tempo mediano para diagnóstico foi de 70 dias, sendo menor para aquelas que descobriram a doença por exames de rastreamento e diagnosticadas em estádios iniciais. O tempo mediano para o tratamento foi de 32 dias, sendo menor para as mulheres assistidas pela rede privada, com alta escolaridade e diagnosticadas em estádios iniciais.

Conclusões: Assistência na rede privada e facilitadores do acesso ao cuidado do câncer de mama associaram-se a menores tempos de espera.

¹ Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.

² Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Núcleo de Assessoria, Treinamentos e Estudos em Saúde. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.

³ Instituto Oncológico Hospital Nove de Julho. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.

⁴ Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Faculdade de Medicina. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.

Palavras-chave: Neoplasias da mama. Diagnóstico tardio. Tempo para o tratamento. Assistência pública. Qualidade, acesso e avaliação da assistência à saúde.

ABSTRACT

Objective: To analyze the time to the diagnosis and treatment for breast cancer and the associated factors, according to the type of assistance (public vs. private).

Methodology: Retrospective cohort with 477 women diagnosed with breast cancer between 2014 and 2016. Data were collected in an oncology service in a municipality in Minas Gerais, in the period 2018-2019. The analyzes were performed using the Kaplan-Meier method and through Cox's proportional regression model.

Results: The median time to diagnosis was 70 days, being shorter for women who discovered the disease through screening tests and who were diagnosed in early stages of the disease. The median time for treatment was 32 days, which was shorter for women assisted by private health service, with a high level of education and who were diagnosed in early stages.

Conclusions: Private assistance and facilitators of access to breast cancer care were associated with shorter waiting times.

Keywords: Breast neoplasms. Delayed diagnosis. Time-to-treatment. Public assistance. Health care quality, access, and evaluation.

RESUMEN

Objetivo: Analizar el tiempo de diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama y los factores asociados, según el tipo de asistencia (pública vs. privada).

Metodología: Cohorte retrospectiva con 477 mujeres diagnosticadas de cáncer de mama entre 2014-2016. Los datos fueron recolectados en un servicio de oncología de Minas Gerais, en el período 2018-2019. Los análisis se realizaron mediante el método de Kaplan-Meier y el modelo de regresión de Cox.

Resultados: Mediana de tiempo para el diagnóstico fue de 70 días - menor para las que descubrieron la enfermedad mediante pruebas de detección y que fueron diagnosticadas en etapas tempranas. Mediana de tiempo para tratamiento fue de 32 días - menor para las atendidas por la red privada, con alto nivel educativo y diagnosticadas en etapas tempranas.

Conclusiones: Asistencia en la red privada y facilitadores de acceso a la atención del cáncer de mama asociados a tiempos de espera más cortos.

Palabras clave: Neoplasias de la mama. Diagnóstico tardío. Tiempo de tratamiento. Asistencia pública. Calidad, acceso y evaluación de la atención de salud.

INTRODUÇÃO

Apesar do Brasil contar com um Sistema de Saúde público e universal desde 1990, e uma Política Nacional de Atenção Oncológica desde 2005, quando comparado aos países de alta renda, ainda apresenta maior percentual de tumores de mama diagnosticados em estádios avançados e maior taxa de mortalidade por câncer de mama, apesar da menor taxa de incidência⁽¹⁻²⁾. Tais dados refletem as disparidades no acesso aos programas de rastreamento, ao diagnóstico precoce e tratamento imediato.

Estudos evidenciam que o tempo de espera prolongado para o acesso ao diagnóstico e o início do tratamento gera grande impacto negativo no prognóstico e sobrevida do câncer de

mama⁽³⁾. Neste contexto, os países de baixa e média renda apresentam maiores tempos de espera para a assistência oncológica, em comparação com os países de alta renda⁽⁴⁾.

Embora ainda não exista consenso sobre as nomenclaturas dos intervalos de tempo considerados adequados para assistência à saúde, com diferentes definições dos pontos iniciais e finais do tempo avaliado^(3,4), a legislação brasileira definiu dois parâmetros de adequação ao tempo no contexto da assistência oncológica⁽⁵⁾.

O primeiro parâmetro, promulgado pela Lei nº 12.732/2012, estabelece o prazo de 60 (sessenta) dias para o início do tratamento de pacientes com neoplasia maligna, contados a partir da confirmação do diagnóstico por laudo patológico ou em prazo menor, conforme a necessidade terapêutica do caso⁽⁵⁾. Tal Lei foi complementada em 2019 (segundo parâmetro), com o estabelecimento do prazo de 30 (trinta) dias para realização dos exames necessários para elucidação do diagnóstico, nos casos em que a principal hipótese diagnóstica seja a de neoplasia maligna⁽⁵⁾.

Tem sido demonstrado que o tipo de serviço de assistência à saúde (pública ou privada) exerce grande influência no tempo de espera prolongado para o diagnóstico e início do tratamento⁽⁶⁾. Os estudos brasileiros que investigaram esta associação no contexto do câncer de mama concentraram-se, principalmente, no tempo de espera para o tratamento e identificaram que as pacientes da rede privada apresentam tempo de espera inferior, quando comparado às pacientes da rede pública^(7,8,9), o que reforça a necessidade de identificação dos fatores associados com vistas à superação das desigualdades na atenção à saúde.

Este trabalho teve como objetivo analisar o tempo para o diagnóstico e tratamento do câncer de mama e os fatores associados, segundo o tipo de assistência (pública vs. privada). A hipótese é que há diferença nos tempos de espera para tratamento e diagnóstico do câncer de mama entre as mulheres assistidas pela rede pública e pela rede privada.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de coorte retrospectiva, constituída por mulheres com câncer de mama assistidas em um serviço de referência para atendimento em oncologia da rede pública e privada, localizado em Juiz de Fora, Minas Gerais.

Foram incluídas as mulheres diagnosticadas com câncer de mama entre 2014 e 2016, que residiam no Estado de Minas Gerais, identificadas como casos analíticos a partir do Registro Hospitalar de Câncer.

Das 522 mulheres elegíveis para o estudo, não foi possível precisar as datas do diagnóstico e do tratamento para 45 pacientes. Assim, foram investigadas 477 mulheres que

possuíam informação de data para análise de pelo menos um dos dois tempos de espera avaliados, sendo que destas 360 possuíam informação sobre a data do diagnóstico e 457 possuíam informação sobre a data do tratamento.

A coleta dos dados foi realizada no período de março de 2018 a maio de 2019, por equipe composta por profissionais de saúde e bolsistas de iniciação científica treinados e supervisionados por especialistas em oncologia e anatomia patológica. O treinamento da equipe contemplou aspectos gerais relativos ao objeto da pesquisa e orientações sobre a utilização do manual de coleta de dados, com prática supervisionada de preenchimento do formulário eletrônico.

Os dados foram coletados a partir dos prontuários, por meio de formulário de pesquisa eletrônico no software KoBoToolbox (versão 1.5.0; Harvard Humanitarian Initiative, Cambridge) e armazenados no software Excel (versão 2013; Microsoft). O controle de qualidade das informações obtidas foi realizado pela equipe de pesquisa a partir verificação da completude e consistência do banco de dados oriundo dos formulários eletrônicos. Buscou-se completar as informações ausentes e corrigir as eventuais inconsistências através da revisão dos prontuários.

Foram contempladas características sociodemográficas e aspectos relativos ao diagnóstico da doença, perfil tumoral, estadiamento e tratamento. Ainda foram registradas informações, quando presentes, do motivo do tempo prolongado para diagnóstico e tratamento.

Para garantir a segurança e confidencialidade dos dados, foram adotadas medidas como o armazenamento das informações coletadas em dispositivo móvel protegido por senha e a assinatura do termo de confidencialidade por todos os pesquisadores envolvidos. Além disso, após a extração dos dados, os campos identificados foram excluídos e toda a análise foi realizada sem a identificação nominal das participantes.

Neste estudo, foram consideradas duas variáveis dependentes, de acordo com os tempos de espera avaliados, a saber:

O tempo de espera para o diagnóstico - definido como o intervalo de tempo (em dias) entre a data dos primeiros sintomas ou alterações nos exames de imagem sugestivas de câncer de mama e a data do diagnóstico da doença por laudo anatomopatológico.

O tempo de espera para o tratamento - definido como o intervalo de tempo (em dias) entre a data da liberação do laudo anatomopatológico relativo ao diagnóstico da doença e a data do primeiro registro de tratamento, seja este cirurgia, quimioterapia, radioterapia ou hormonioterapia.

Para as pacientes que realizaram biópsia cirúrgica seguida de ampliação de margens, a data da biópsia foi considerada como a data do diagnóstico e a data da cirurgia de ampliação de margem como a data do tratamento.

Foram analisadas as seguintes variáveis independentes: tipo de assistência à saúde (pública; privada), faixa etária (≤ 49 anos; 50-69 e ≥ 70 anos), grau de instrução (≤ 8 anos de estudo completos; > 8 anos de estudo completos), cor da pele registrada no prontuário (parda ou preta; branca), situação conjugal (sem companheiro; com companheiro), região de residência (município sede do serviço; outras cidades), história familiar de câncer de mama (não; sim), presença de comorbidades - registro no prontuário de pelo menos uma outra doença concomitante (sim; não), modo de detecção da doença (presença de sintomas; rastreamento), estadiamento (inicial: 0, I e II; avançado: III e IV), tempo de espera para imunohistoquímica (>30 dias; ≤ 30 dias) e tempo de espera para diagnóstico (>60 dias; ≤ 60 dias), esta última apenas quando investigado o tempo de espera para o tratamento.

Para caracterização das participantes, as variáveis foram descritas por meio de medidas de tendência central e de frequências absolutas e relativas das categorias de cada variável.

O método de Kaplan-Meier foi utilizado para a análise da estimativa dos tempos de espera. Para o tempo de espera para o diagnóstico, o início da contagem (tempo zero) foi a data dos primeiros sintomas ou alteração nos exames de imagem e como falha a data da emissão do laudo anatomopatológico, enquanto para o tempo de espera para o tratamento, a data do diagnóstico foi considerada como o tempo zero e a data do primeiro tratamento como falha. Para as duas estimativas de tempo, todas as mulheres foram observadas até a ocorrência da falha. O teste Log-rank foi utilizado para comparar os tempos de espera em relação às variáveis estudadas.

Para a avaliação dos fatores associados aos tempos de espera, foi utilizado o modelo de regressão para riscos proporcionais de Cox, computando-se as razões de risco (HR) e os correspondentes intervalos de confiança de 95% (IC95%). A seleção das variáveis foi realizada por meio da relevância na literatura e a significância obtida no modelo de Cox univariado, considerando-se aquelas com valor de $p < 0,20$. As variáveis foram incluídas passo a passo na análise múltipla (*stepwise forward*), sendo mantidas no modelo final apenas aquelas com $p \leq 0,05$.

Os resíduos padronizados de Schoenfeld foram utilizados para avaliar o pressuposto de proporcionalidade do risco no tempo. A qualidade do ajuste foi avaliada a partir da razão de verossimilhança, da probabilidade de concordância e da medida global de qualidade do ajuste.

A análise dos dados foi realizada por meio do *software* STATA® (versão 14.0; StataCorp. LP, Estados Unidos da América) admitindo-se o nível de significância para a inferência estatística de 5%.

O estudo obteve aprovação da Comissão de Ética da Universidade Federal de Juiz de Fora conforme parecer número 2.038.39, CAAE número 04575712.4.0000.5147.

RESULTADOS

A maior parte das mulheres foi diagnosticada na faixa etária de 50 a 69 anos (51,4%), possuía alta escolaridade (58,2%), cor da pele branca (73,7%), possuía companheiro (50,6%), residia fora do município sede da instituição hospitalar (52,7%), não apresentava história familiar para o câncer de mama (65,8%), possuía comorbidades (67,3%), teve o diagnóstico da doença a partir do aparecimento de sintomas (56,1%), foi diagnosticada em estádios iniciais da doença (76,5%) e foi assistida pelo sistema público de saúde (60,6%).

Baixa escolaridade, cor da pele não branca, local de residência fora do município sede do serviço de saúde, detecção da doença a partir do aparecimento de sintomas e estadiamento avançado apresentaram percentuais significativamente maiores ($p < 0,05$) no serviço público de assistência (Tabela 3).

Tabela 3 - Características sociodemográficas e clínicas das participantes do estudo, no geral e segundo o tipo de serviço de assistência, 2014-2016. Juiz de Fora, MG, Brasil

Variáveis	Total ^a n (%)	Tipo de assistência		P ^b
		Pública n (%)	Privada n (%)	
TOTAL	477 (100)	289 (60,6)	188 (39,4)	
Faixa etária				
≤ 49 anos	146 (30,6)	94 (32,5)	52 (27,7)	
50 – 69 anos	245 (51,4)	149 (51,6)	96 (51,0)	0,259
≥ 70 anos	86 (18,0)	46 (15,9)	40 (21,3)	
Escolaridade^c				
≤ 8 anos	194 (41,8)	162 (57,9)	32 (17,4)	
> 8 anos	270 (58,2)	118 (42,1)	152 (82,6)	<0,001
Cor da pele				
Não branca	123 (26,3)	100 (35,6)	23 (12,3)	
Branca	345 (73,7)	181 (64,4)	164 (87,7)	<0,001
Situação conjugal				
Sem companheiro	234 (49,4)	152 (53,0)	82 (43,9)	
Com companheiro	240 (50,6)	135 (47,0)	105 (56,1)	0,052
Local de residência				
Município sede do serviço	225 (47,3)	106 (36,7)	119 (63,6)	
Outra	251 (52,7)	183 (63,3)	68 (36,4)	<0,001
História familiar de câncer de mama				
Sim	139 (34,2)	81 (32,1)	58 (37,4)	
Não	268 (65,8)	171 (67,9)	97 (62,6)	0,276
Comorbidades^d				
Sim	274 (67,3)	176 (67,2)	98 (67,6)	
Não	133 (32,7)	86 (32,8)	47 (32,4)	0,933
Deteção da doença				
Presença de sintomas	206 (56,1)	144 (60,8)	62 (47,7)	
Rastreamento	161 (43,9)	93 (39,2)	68 (52,3)	0,016
Estadiamento				
Inicial (0, I e II)	364 (76,5)	196 (68,1)	168 (89,4)	
Avançado (III e IV)	112 (23,5)	92 (31,9)	20 (10,6)	<0,001

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

^a As diferenças nos totais são justificadas pela ausência de informação;

^b Valor de p do teste Qui-quadrado para cada variável;

^c Escolaridade considerada alta quando a mulher relatou mais que 8 anos de estudos;

^d Comorbidades considerada sim, quando havia registro no prontuário de pelo menos uma outra doença concomitante.

O percentual de mulheres que recebeu o diagnóstico em até 30 dias foi de 19,7%, com tempo mediano de espera para o diagnóstico de 70 dias, tendo sido menor para as mulheres assistidas pela rede privada de saúde ($p=0,006$) (Figura 14), que descobriram a doença a partir de exames de rastreamento ($p=0,001$) e que foram diagnosticadas em estádios iniciais da doença ($p=0,001$) (Tabela 4).

Quando considerado o tipo de serviço de assistência à saúde, o tempo mediano de espera para o diagnóstico foi significativamente menor para as mulheres assistidas na rede privada

entre aquelas de baixa escolaridade, com cor da pele branca, que residiam no município sede do serviço de saúde, que descobriram a doença a partir do aparecimento de sintomas e que foram diagnosticadas em estádios iniciais (Tabela 4).

Tabela 4 - Tempo de espera mediano (em dias) entre primeiros sintomas e confirmação diagnóstica, segundo tipo de assistência à saúde, características sociodemográficas e clínicas (n= 360), 2014-2016. Juiz de Fora, MG, Brasil

Variáveis	Tipo de assistência		Total Tempo mediano (IC) ^a	P ^b
	Tempo mediano (IC) ^a			
	Pública	Privada		
TOTAL	82 (69 – 95)	56 (43 – 63)	70 (62 – 82)	0,005
Faixa etária				
≤ 49 anos	92 (69 – 121)	65 (39 – 93)	83 (68 – 108)	
50 – 69 anos	78 (52 – 91)	58 (39 – 68)	64 (52 – 79)	
≥ 70 anos	98 (60 – 151)	39 (23 – 60)	60 (44 – 83)	0,385
Escolaridade^c				
≤ 8 anos	87 (72 – 107)	33 (23 – 52)	81 (60 – 92)	
> 8 anos	79 (57 – 117)	60 (45 – 75)	67 (56 – 79)	0,801
Cor da pele				
Não branca	85 (69 – 118)	45 (22 – 115)	82 (63 – 115)	
Branca	82 (66 – 92)	57 (42 – 65)	67 (57 – 79)	0,372
Situação conjugal				
Sem companheiro	87 (68 – 126)	52 (35 – 77)	77 (60 – 91)	
Com companheiro	82 (62 – 94)	57 (41 – 73)	68 (57 – 82)	0,258
Local de residência				
Município sede do serviço	82 (66 – 108)	58 (41 – 65)	68 (58 – 82)	
Outro	82 (68 – 107)	52 (37 – 75)	75 (60 – 87)	0,652
História familiar de câncer de mama				
Não	91 (68 – 115)	51 (35 – 75)	79 (61 – 91)	
Sim	72 (51 – 87)	60 (42 – 74)	68 (52 – 82)	0,484
Comorbidades^d				
Sim	91 (68 – 115)	51 (35 – 75)	69 (57 – 83)	
Não	75 (51 – 87)	60 (42 – 74)	69 (58 – 82)	0,680
Deteção da doença				
Presença de sintomas	95 (82 – 135)	58 (39 – 79)	83 (72 – 101)	
Rastreamento	66 (48 – 82)	61 (43 – 77)	63 (49 – 74)	0,001
Estadiamento				
Avançado (III e IV)	107 (69 – 139)	51 (26 – 198)	92 (62 – 137)	
Inicial (0, I e II)	81 (67 – 91)	57 (42 – 64)	68 (58 – 79)	0,001

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

^a Tempo mediano em dias e intervalo de confiança (IC) de 95%;

^b Valor de p do teste log-rank para cada variável;

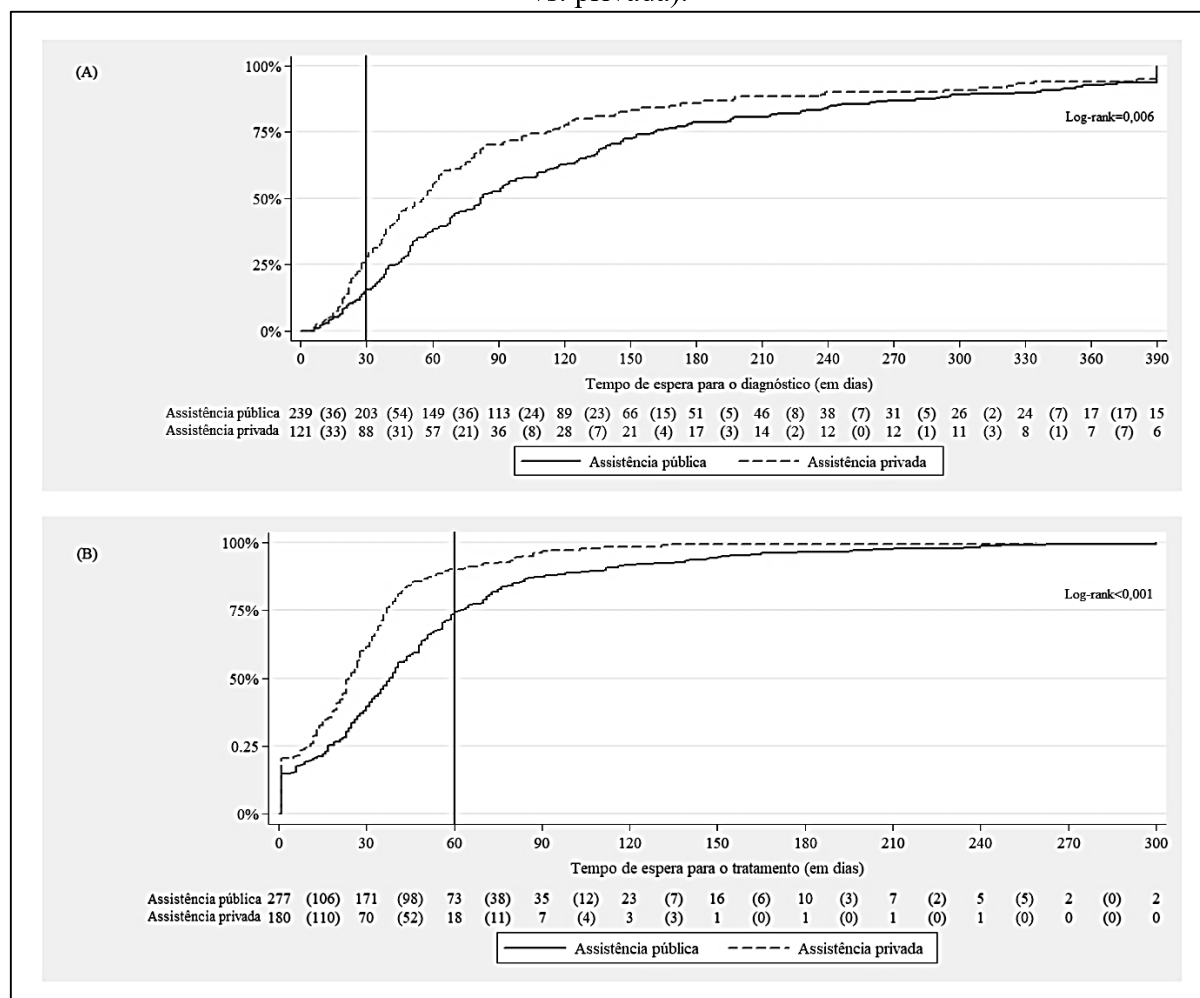
^c Escolaridade considerada alta quando a mulher completou mais que 8 anos de estudos;

^d Comorbidades considerada sim, quando havia registro no prontuário de pelo menos uma outra doença concomitante.

O percentual de mulheres que iniciou o tratamento em até 60 dias foi de 80,5%. O tempo mediano de espera para o tratamento foi de 32 dias, tendo sido significativamente menor

($p < 0,05$) para as mulheres assistidas pela rede privada (Figura 14), com alta escolaridade, com cor da pele branca, que foram diagnosticadas em estádios iniciais da doença e que tiveram tempo de até 30 dias para o laudo imuno-histoquímico (Tabela 5).

Figura 14 - (A) Curvas de Kaplan Meier para o tempo de espera para o diagnóstico, segundo tipo de serviço de assistência à saúde (pública vs. privada) e (B) Curvas de Kaplan Meier para o tempo de espera para o tratamento, segundo tipo de serviço de assistência à saúde (pública vs. privada).



Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Quando considerado o tipo de serviço de assistência à saúde, o tempo mediano de espera para o tratamento foi menor para as mulheres assistidas na rede privada entre aquelas na faixa etária de 50-69 anos, com cor da pele branca, que possuíam companheiro, que residiam fora do município sede do serviço de saúde, que não possuíam história familiar de câncer de mama, que possuíam comorbidades, que detectaram a doença a partir do aparecimento de sintomas e que foram diagnosticadas em estádios iniciais da doença (Tabela 5).

Tabela 5 - Tempo de espera mediano (em dias) entre a confirmação diagnóstica e o início do tratamento das participantes do estudo, segundo tipo de assistência, características sociodemográficas e clínicas (n=457), 2014-2016. Juiz de Fora, MG, Brasil

Variáveis	Tipo de assistência		Total Tempo mediano (IC) ^a	P ^b
	Tempo mediano (IC) ^a			
	Pública	Privada		
TOTAL	38 (34 – 41)	24 (22 – 28)	32 (28 – 35)	<0,001
Faixa etária				
≤ 49 anos	30 (22 – 37)	23 (14 – 28)	26 (23 – 31)	
50 – 69 anos	40 (36 – 48)	23 (18 – 28)	33 (28 – 37)	
≥ 70 anos	48 (32 – 52)	28 (17 – 37)	35 (30 – 45)	0,690
Escolaridade^c				
≤ 8 anos	40 (37 – 48)	30 (21 – 37)	39 (35 – 43)	
> 8 anos	30 (24 – 39)	23 (20 – 27)	25 (23 – 29)	<0,001
Cor da pele				
Não branca	40 (31 – 53)	25 (15 – 33)	35 (28 – 43)	
Branca	37 (32 – 41)	23 (21 – 27)	30 (26 – 34)	0,001
Situação conjugal				
Sem companheiro	39 (31 – 45)	24 (18 – 32)	32 (26 – 38)	
Com companheiro	37 (32 – 44)	23 (20 – 28)	31 (27 – 34)	0,742
Local de residência				
Município sede do serviço	35 (26 – 44)	25 (21 – 30)	29 (24 – 34)	
Outra	39 (35 – 45)	23 (12 – 28)	33 (29 – 38)	0,387
História familiar de câncer de mama				
Não	37 (32 – 44)	25 (20 – 28)	32 (28 – 35)	
Sim	41 (31 – 51)	23 (18 – 32)	35 (26 – 40)	0,862
Comorbidades^d				
Sim	40 (35 – 44)	26 (22 – 32)	34 (30 – 38)	
Não	36 (24 – 48)	23 (12 – 29)	29 (23 – 35)	0,732
Deteção da doença				
Presença de sintomas	38 (33 – 41)	23 (14 – 26)	32 (28 – 37)	
Rastreamento	40 (31 – 51)	29 (21 – 34)	33 (28 – 37)	0,831
Estadiamento				
Avançado (III e IV)	40 (33 – 51)	24 (12 – 39)	39 (32 – 45)	
Inicial (0, I e II)	36 (31 – 44)	23 (21 – 28)	29 (26 – 33)	0,001
Tempo de espera para o diagnóstico^e				
> 60 dias	37 (32 – 44)	28 (20 – 34)	35 (31 – 39)	
≤ 60 dias	41 (34 – 48)	24 (18 – 29)	32 (27 – 38)	0,129
Tempo de espera para IMHQ^f				
> 30 dias	44 (35 – 49)	25 (15 – 36)	40 (33 – 44)	
≤ 30 dias	30 (23 – 37)	23 (20 – 28)	25 (23 – 30)	<0,001

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

^a Tempo mediano em dias e intervalo de confiança (IC) de 95%;

^b Valor de p do teste log-rank para cada variável;

^c Escolaridade considerada alta quando a mulher completou mais que 8 anos de estudos;

^d Comorbidades considerada sim, quando havia registro no prontuário de pelo menos uma outra doença concomitante;

^e Tempo de espera entre o início dos sintomas/alterações nos exames de rastreamento e o diagnóstico;

^f Tempo de espera entre a saída do laudo anatomopatológico e a saída do laudo da imunohistoquímica.

Na análise multivariada, mantiveram-se associados ao menor tempo de espera para o diagnóstico, de forma independente, a detecção da doença a partir do rastreamento e o diagnóstico em estádios iniciais (Tabela 6).

Em relação ao menor tempo de espera para o tratamento, na análise multivariada, permaneceram associados, de forma independente, as mulheres que foram assistidas pela rede privada de saúde, com alto grau de instrução e que foram diagnosticadas em estádios iniciais (Tabela 6).

Tabela 6 - Razões de risco brutas e ajustadas das variáveis do modelo final multivariado para (A) o tempo de espera entre primeiros sintomas e a confirmação diagnóstica e para (B) o tempo de espera entre confirmação diagnóstica e início do tratamento, 2014-2016. Juiz de Fora, MG, Brasil

Variáveis	(A) Tempo de espera mediano (em dias) entre primeiros sintomas e a confirmação diagnóstica					
	HR bruta	(IC 95%)	p	HR ajustada ^{a,b}	(IC 95%)	p
Detecção da doença						
Sintomático	1			1		
Rastreamento	1,45	1,16 – 1,81	0,001	1,27	1,01 – 1,62	0,043
Estadiamento						
Avançado (III e IV)	1			1		
Inicial (0, I e II)	1,53	1,20 – 1,95	0,001	1,46	1,13 – 1,90	0,004
Variáveis	(B) Tempo de espera mediano (em dias) entre a confirmação diagnóstica e o início do tratamento					
	HR bruta	(IC 95%)	p	HR ajustada ^{c,d}	(IC 95%)	p
Tipo de assistência						
Pública	1			1		
Privada	1,73	1,43 – 2,10	<0,001	1,43	1,15 – 1,78	0,001
Escolaridade^e						
≤ 8 anos	1			1		
> 8 anos	1,72	1,41 – 2,09	<0,001	1,45	1,17 – 1,80	0,001
Estadiamento						
Avançado (III e IV)	1			1		
Inicial (0, I e II)	1,52	1,22 – 1,91	<0,001	1,35	1,07 – 1,71	0,011

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

^a Modelo atendeu o pressuposto de proporcionalidade dos riscos no tempo, com valor de p global do teste de Schoenfeld de 0,6331;

^b Modelo ajustado pelo tipo de assistência (privada; pública) e faixa etária (40 a 49; 50 a 69 e ≥70 anos);

^c O modelo atendeu o pressuposto de proporcionalidade dos riscos no tempo, com valor de p global do teste de Schoenfeld de 0,8382;

^d Modelo ajustado pela faixa etária (40 a 49; 50 a 69; ≥70 anos);

^e Escolaridade considerada alta quando a mulher relatou mais que 8 anos de estudos;

HR bruta=razão de risco não ajustada;

HR ajustada=razão de risco ajustada;

IC95%=intervalo de confiança de 95%.

DISCUSSÃO

O tempo mediano de espera para o diagnóstico do câncer de mama foi superior ao recomendado pela legislação brasileira, enquanto o tempo mediano de espera para o tratamento atendeu ao parâmetro preconizado⁽⁵⁾.

O percentual de mulheres que recebeu o diagnóstico em até 30 dias foi de apenas 19,7%, o que aponta para a dificuldade no acesso ao exame diagnóstico em tempo oportuno entre as participantes deste estudo. O tempo mediano de espera entre o início dos sintomas e o diagnóstico (70 dias) foi similar ao encontrado em estudo realizado em São Paulo, que identificou tempo mediano de espera de 72 dias entre a suspeita mamográfica e a realização da biópsia⁽¹⁰⁾.

A literatura descreve tempos medianos de espera para o diagnóstico superiores ao encontrado nesta pesquisa (70 dias). Estudo realizado em um hospital público no Rio de Janeiro, que incluiu 104 mulheres com câncer de mama identificou tempo mediano de espera entre o primeiro sinal ou sintoma e a confirmação diagnóstica de 240 dias⁽¹¹⁾. Ainda no Rio de Janeiro, estudo realizado com 526 mulheres que fizeram tratamento para o câncer de mama no serviço público, identificou tempo mediano de espera entre o primeiro contato com o serviço de saúde e o diagnóstico de 156 dias⁽¹²⁾.

No Piauí, estudo realizado com 155 mulheres com câncer de mama verificou tempo mediano de espera entre o início dos sintomas e o diagnóstico de 122,3 dias⁽¹³⁾. Também na região nordeste, estudo realizado na Paraíba, com 128 mulheres identificou tempo mediano de espera de 86 dias entre a mamografia e o diagnóstico⁽¹⁴⁾. Estudo realizado no Paraná, com 71 mulheres com câncer de mama identificou tempo médio de espera para o diagnóstico de 102 dias⁽¹⁵⁾.

Por outro lado, estudo realizado em Recife com 173 mulheres diagnosticadas com câncer de mama que identificou tempo mediano de espera de 41 dias entre a primeira consulta e a biópsia⁽¹⁶⁾, menor do que o observado neste estudo.

De modo análogo a outras investigações, foram associadas a menores tempos de espera para confirmação diagnóstica a doença em estágio inicial no momento do diagnóstico⁽¹⁰⁾ e a detecção desta a partir do rastreamento⁽¹¹⁾.

Cabe destacar que as mulheres que detectaram a doença a partir do rastreamento já estavam inseridas na linha de cuidado do câncer de mama, sendo acompanhadas por um profissional de saúde da rede assistencial. Neste sentido, o fluxo de encaminhamento e orientação da paciente para os demais níveis de atenção tende a ser mais facilitado, o que pode

ter propiciado maior celeridade no processo de investigação diagnóstica⁽¹⁷⁾ e, conseqüentemente, o diagnóstico da doença em estádios mais iniciais.

Neste contexto, ressalta-se a importância da realização da busca ativa das pacientes com exames de mamografia alterada, para agendamento de consulta com médico especialista com vistas à continuidade da investigação⁽¹⁷⁾, o que pode viabilizar o diagnóstico da doença em tempo oportuno.

Vale lembrar que o diagnóstico precoce da doença sintomática foi mais valorizado na última atualização das diretrizes brasileiras sobre o câncer de mama, que até então priorizavam o rastreamento mamográfico⁽²⁾.

Para as pacientes que apresentaram tempo de espera para diagnóstico superior a 200 dias (16,7%), também foram investigadas nos registros médicos as possíveis causas do atraso mais prolongado, sendo verificada a relação deste com questões subjetivas relacionadas à paciente, as quais se encontram descritas na literatura, como barreiras pessoais, crenças, valores, problemas familiares, desconhecimento ou medos⁽⁴⁾.

O percentual de mulheres que iniciou o tratamento em até 60 dias a partir do diagnóstico (80,5%) foi similar ao encontrado em estudo brasileiro multicêntrico que analisou dados de 151.931 mulheres e identificou tempo de espera inferior a 60 dias em 81,6%⁽⁹⁾. Por outro lado, outras investigações encontraram menor percentual de mulheres que realizaram o tratamento em até 60 dias^(7,13-14,16,18-19).

O tempo mediano entre diagnóstico e início do tratamento para as mulheres avaliadas foi de 32 dias, tempo de espera ligeiramente superior para este intervalo foi identificado em todas as regiões do Brasil no período de 2013 a 2015, variando entre 53 dias na região Nordeste e 65 dias na região Sudeste, conforme dados do relatório do Instituto Nacional do Câncer⁽¹⁷⁾.

Em sua maioria, estudos descrevem tempo mediano de espera para o tratamento do câncer de mama superior ao verificado nesta pesquisa na região Sul⁽¹⁵⁾, Sudeste⁽¹⁸⁾ e Nordeste^(8,13-14,16) do Brasil. Tempos de espera inferiores foram identificados em países de alta renda⁽¹²⁾.

Em consonância com outros estudos, o tempo mediano de espera para o início do tratamento foi menor para as mulheres assistidas pela rede privada de saúde^(7-9,14).

No Ceará, estudo que também avaliou o tempo de espera para o tratamento em função do tipo de assistência, encontrou tempo mediano para tratamento de 71,5 na rede pública e 39 dias na rede privada⁽⁸⁾, sendo que valores inferiores foram identificados na presente investigação (38 dias na rede pública e 24 dias na rede privada).

As mulheres assistidas pelo sistema público de saúde caracterizaram-se por maiores percentuais de baixa escolaridade, cor da pele não branca, residência fora do município sede do serviço de saúde de referência, maior tempo para diagnóstico e tratamento, detecção da doença de forma sintomática e diagnóstico em estádios avançados. Tais achados apontam para a necessidade de se considerar a influência das desigualdades sociais no cuidado do câncer de mama. Corroborando este achado, em Minas Gerais foi demonstrado a associação entre o perfil de vulnerabilidade social da mulher e tempo de espera para o tratamento do câncer de mama, de forma que as mulheres mais vulneráveis eram mais propensas ao atraso⁽¹⁸⁾.

No sistema público de saúde, o acesso à atenção secundária e terciária está condicionado à avaliação e encaminhamento pelos serviços de atenção primária à saúde^(8-9,17), e ao limite previsto para referência à especialidade médica, ao passo que, no sistema privado, a escolha do profissional para atendimento fica a cargo do paciente, com acesso facilitado aos médicos especialistas, como mastologistas e cirurgiões, o que pode promover o início no tratamento em tempo mais oportuno.

Fatores como baixa disponibilidade de profissionais especialistas, número limitado de vagas, barreiras de acesso aos exames indispensáveis para o início da terapêutica e subfinanciamento do sistema de saúde constituem desafios no contexto da assistência pública ao câncer de mama⁽⁸⁻⁹⁾.

Em outros países, especialmente os que não contam com um sistema público universal de saúde, maiores atrasos foram identificados em mulheres atendidas por planos de saúde, o que foi justificado pela necessidade de coparticipação financeira por parte da paciente e pela burocracia para autorização dos procedimentos por parte da seguradora⁽⁶⁾.

No Brasil, estudos demonstram que os pacientes perpassam por serviços públicos e privados em busca do acesso aos serviços de saúde. Contudo, a investigação diagnóstica e o tratamento oncológico usualmente são longos e de alto custo, o que dificulta mantê-los exclusivamente em caráter particular. No presente estudo, pelo menos 60% das mulheres eram dependentes da rede pública e, apesar do maior tempo de espera para diagnóstico e tratamento, cabe ressaltar a relevância da assistência pública no contexto da oncologia no país.

O menor tempo de espera para o início do tratamento verificado entre as mulheres com alto grau de instrução também foi observado em outros estudos^(6-7,15,19). O grau de instrução constitui um indicador indireto da situação socioeconômica e, conseqüentemente, do acesso aos serviços de saúde. Além disso, as mulheres com alto grau de instrução compreendem melhor as orientações fornecidas pelos profissionais de saúde, tendem a procurar outras opiniões e a

realizar mais exames investigativos, e também apresentam melhor entendimento sobre a doença, o que pode propiciar o início do tratamento em menor tempo^(7,15).

Na presente investigação, as mulheres diagnosticadas com câncer de mama em estádios iniciais apresentaram menor tempo de espera para o tratamento. A associação entre o atraso na assistência oncológica e o estadiamento ainda apresenta resultados controversos na literatura⁽⁶⁾. Enquanto alguns estudos mostram que tumores diagnosticados em estádios avançados tendem a um menor tempo de espera para o tratamento em função de sua maior gravidade^(7,13,17,19), menor tempo de espera para as pacientes em estádios iniciais da doença também foi identificado em outras investigações^(6,17).

O estadiamento avançado evidencia os sinais da doença, facilitando seu diagnóstico e, por conseguinte, o início do tratamento⁽⁷⁾. Por outro lado, quanto maior o tempo de espera para início do tratamento, maior a replicação do tumor, probabilidade de disseminação e diagnóstico em estádios avançados⁽³⁾.

O percentual de mulheres que iniciou o tratamento dentro do prazo estabelecido (80,5%) foi bem maior que o percentual de mulheres que receberam diagnóstico no tempo preconizado (19,7%) pelas normativas brasileiras vigentes. Neste sentido, deve-se levar em conta que a normativa legal que estabeleceu o prazo para início do tratamento data de 2012 e a que estabeleceu o tempo para diagnóstico foi publicada mais recentemente (2019), ainda se encontra em processo de consolidação e as mulheres participantes desta pesquisa foram diagnosticadas antes do estabelecimento deste prazo.

Cabe registrar também as limitações das normativas brasileiras relativas aos tempos de espera em oncologia, haja vista a dificuldade de caracterização da suspeita clínica e ao fato de que o método para elucidação diagnóstica, assim como o tempo para início do tratamento, podem ser variáveis de acordo com o tipo de câncer.

Desta forma, as normativas brasileiras que fixam o prazo recomendado para assistência oncológica poderão ser utilizadas como um instrumento legal para garantia do acesso à confirmação diagnóstica e ao tratamento em tempo oportuno e propiciará, a longo prazo, o aprimoramento da rede de cuidado do câncer de mama, com ênfase no diagnóstico precoce e tratamento imediato, o que impactará na redução da mortalidade e melhora da qualidade de vida das pacientes.

Com o intuito de sistematizar e facilitar o monitoramento do tempo de espera para tratamento, em 2019, o Instituto Nacional do Câncer disponibilizou aos gestores municipais, a ferramenta Painel Oncologia, que apresenta dados sobre o início do tratamento a partir do

diagnóstico do câncer⁽²⁰⁾, não contemplando dados sobre o tempo de espera entre o início dos sintomas e o diagnóstico.

Os tempos de espera para diagnóstico e tratamento, portanto, sofrem influência da política pública implementada, dos fluxos estabelecidos para atendimento do paciente na rede de atenção à saúde, das características dos serviços de saúde e do contexto sociocultural vivenciado pelo paciente⁽⁶⁾. Além disso, observa-se grande variação dos pontos iniciais e finais desses tempos de espera e ainda não há uma padronização dos intervalos considerados^(3,4). Tais fatos podem justificar a grande amplitude nos tempos de espera encontrados na literatura.

Dentre os tempos de espera avaliados neste estudo, o tempo de espera para o diagnóstico é descrito como um atraso mais relacionado ao paciente, ao passo que o tempo de espera para o tratamento vem sendo descrito como o atraso mais relacionado ao sistema de saúde⁽⁴⁾. Tal entendimento pode justificar, pelo menos em parte, o fato de o tipo de serviço de assistência à saúde não se manter associado, de forma independente, ao tempo de espera para diagnóstico neste estudo. Por outro lado, deve-se levar em conta que o tipo de serviço de assistência associou-se às variáveis explicativas relacionadas ao referido tempo de espera, como características sociodemográficas, estadiamento e modo de diagnóstico da doença, conforme descrito na tabela 4.

Os possíveis vieses decorrentes da ausência de informação sobre o diagnóstico ou tratamento parecem ter sido minimizados, uma vez que não foram observadas diferenças significativas entre as mulheres com informações precisas sobre o tempo de espera para o diagnóstico e/ou tratamento e a população elegível, em relação a maior parte das características sociodemográficas e clínicas consideradas.

Apesar das limitações inerentes à utilização de dados secundários, todas as variáveis independentes utilizadas apresentaram completude de informação superior a 90%. Além disso, a coleta de dados foi realizada por equipe de campo constituída por profissionais de saúde e auxiliares de pesquisa treinados, supervisionados por especialistas, com adoção de procedimentos de controle com vistas a garantir a qualidade das informações obtidas.

Ressalta-se que este estudo contribui para o maior conhecimento sobre os fatores associados aos tempos de espera para o diagnóstico e tratamento do câncer de mama, uma vez que considerou o efeito das características sociodemográficas e clínicas, segundo o tipo de serviço de assistência à saúde prestada, com aplicação de técnicas estatísticas específicas para análise dos intervalos de tempo considerados.

Diferentemente de outros estudos que investigaram os tempos de espera para diagnóstico e tratamento do câncer de mama no Brasil, esse estudo destaca-se por analisar os

desfechos de forma contínua, ao invés de utilizar tempos de espera com pontos de corte previamente estabelecidos, o que viabiliza uma maior comparabilidade com outros estudos. Além disso, contribui para uma melhor caracterização das desigualdades nos atrasos investigados e os fatores associados no contexto brasileiro ao comparar os tempos de espera segundo o tipo de assistência à saúde (pública vs. privada).

Por fim, insere a discussão dos achados à luz da Lei nº 13.896/2019 que estabeleceu o prazo de 30 dias para a elucidação do diagnóstico, nos casos em que a principal hipótese seja o câncer, estimulando a reflexão acerca das condições que podem interferir no prazo legalmente preconizado, que podem estar relacionadas ao contexto social, ao serviço de saúde, à pessoa e até mesmo ao problema de saúde investigado.

CONCLUSÕES

Embora o tempo mediano de espera para o tratamento do câncer de mama tenha atendido ao parâmetro nacional preconizado, o tempo mediano de espera para o diagnóstico foi superior ao recomendado pelas normativas vigentes no Brasil, o que sinaliza para a necessidade do alinhamento dos fluxos assistenciais, com o intuito de garantir o acesso, em especial, aos exames de elucidação diagnóstica. Neste contexto, cabe ressaltar o protagonismo da Enfermagem no processo de orientação do paciente no sistema de saúde, o que pode propiciar o acesso à assistência oncológica em tempo oportuno.

O impacto da escolaridade, modo de diagnóstico da doença e estadiamento nos tempos de espera para diagnóstico e início do tratamento evidencia as disparidades na assistência oncológica, que podem ser minimizadas por meio do aumento da cobertura da Estratégia de Saúde da Família; intensificação das atividades direcionadas à conscientização da população sobre a doença que impactem na detecção precoce; aprimoramento da referência e contrarreferência dos pacientes nos diversos níveis de atenção e fortalecimento dos serviços de investigação diagnóstica e tratamento.

Estratégias como a intensificação do diagnóstico precoce das mulheres sintomáticas, visando o início imediato do tratamento, bem como a implementação do rastreamento organizado também podem contribuir para melhorar o acesso aos serviços de saúde em tempo oportuno e com resolubilidade.

Por fim, a vinculação de recursos financeiros às metas relacionadas ao tempo de espera para assistência oncológica no sistema público podem constituir estratégias eficazes para garantia do acesso ao diagnóstico e tratamento em tempo oportuno, minimizando a influência das desigualdades sociais no cuidado do câncer de mama.

REFERÊNCIAS

1. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 2018;68(6):394-424. doi: <https://doi.org/10.3322/caac.21492>
2. Dos-Santos-Silva I, De Stavola BL, Renna Junior NL, Nogueira MC, Aquino EML, Bustamante-Teixeira MT, et al. Ethnoracial and social trends in breast cancer staging at diagnosis in Brazil, 2001-14: a case only analysis. *Lancet Glob Health*. 2019;7(6):784-97. doi: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30151-2](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30151-2)
3. Bleicher RJ. Timing and delays in breast cancer evaluation and treatment. *Ann Surg Oncol*. 2018;25(10):2829-38. doi: <https://doi.org/10.1245/s10434-018-6615-2>
4. Unger-Saldaña K. Challenges to the early diagnosis and treatment of breast cancer in developing countries. *World J Clin Oncol*. 2014;5(3):465-77. doi: <https://doi.org/10.5306/wjco.v5.i3.465>
5. Brasil. Lei nº 13.896, de 30 de outubro de 2019. Altera a Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, para que os exames relacionados ao diagnóstico de neoplasia maligna sejam realizados no prazo de 30 (trinta) dias, no caso em que especifica. *Diário Oficial União*. 2019 out 31 [citado 2021 maio 2];157(211 Seção 1):1. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=31/10/2019&jornal=515&pagina=1>
6. Freitas AGQ, Weller M. Patient delays and system delays in breast cancer treatment in developed and developing countries. *Ciênc Saúde Colet*. 2015;20(10):3177-89. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152010.19692014>
7. Medeiros GC, Bergmann A, Aguiar SS, Thuler LCS. Análise dos determinantes que influenciam o tempo para o início do tratamento de mulheres com câncer de mama no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2015;31(6):1269-82. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00048514>
8. Ferreira NAS, Carvalho SMF, Valenti VE, Bezerra IMP, Batista HMT, Abreu LC, et al. Treatment delays among women with breast cancer in a low socioeconomic status region in Brazil. *BMC Womens Health*. 2017;17:13. doi: <https://doi.org/10.1186/s12905-016-0359-6>
9. Ferreira NAS, Schoueri JHM, Sorpreso ICE, Adami F, Figueiredo FWS. Waiting time between breast cancer diagnosis and treatment in Brazilian women: an analysis of cases from 1998 to 2012. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(11):4030. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph17114030>
10. Trufelli DC, Miranda VC, Santos MBB, Fraile NMP, Pecoroni PG, Gonzaga SFR, et al. Análise do atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama em um hospital público. *Rev Assoc Med Bras*. 2008;54(1):72-6. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-42302008000100024>

11. Rezende MCR, Koch HA, Figueiredo JA, Thuler LCS. Causas do retardo na confirmação diagnóstica de lesões mamárias em mulheres atendidas em um centro de referência do Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2009;31(2):75-81. doi: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032009000200005>
12. Medeiros GC, Thuler LCS, Bergmann A. Delay in breast cancer diagnosis: a Brazilian cohort study. *Public Health.* 2019;167:88-95. doi: <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2018.10.012>
13. Sousa SMMT, Carvalho MGF, Santos Júnior LA, Mariano SBC. Acesso ao tratamento da mulher com câncer de mama. *Saúde Debate.* 2019;43(122):727-41. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912206>
14. Santos TTM, Andrade LSS, Oliveira MEC, Gomes KAL, Oliveira TA, Weller M. Availability of diagnostic services and their impact on patient flow in two Brazilian referral centres of breast cancer treatment. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2020;21(2):317-24. doi: <https://doi.org/10.31557/APJCP.2020.21.2.317>
15. Lopes TCR, Gravena AAF, Demitto MO, Borghesan DHP, Dell'Agnolo CM, Brischiliari SCR, et al. Delay in diagnosis and treatment of breast cancer among women attending a reference service in Brazil. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2017;18(11):3017-23. doi: <https://doi.org/10.22034/APJCP.2017.18.11.3017>
16. Bezerra ALR, Bezerra MCM, Santos AFFL, Lima FM, Almeida ITB, Ferreira LMG. Evaluation of delays in diagnosis and treatment of breast cancer in a reference center: a retrospective analysis. *Mastology.* 2019;29(3):144-51. doi: <https://doi.org/10.29289/2594539420190000434>
17. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. A situação do câncer de mama no Brasil: síntese de dados dos sistemas de informação. Rio de Janeiro: INCA; 2019 [citado 2021 maio 2]. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//a_situacao_ca_ma_ma_brasil_2019.pdf
18. Cabral ALLV, Giatti L, Casale C, Cherchiglia ML. Vulnerabilidade social e câncer de mama: diferenciais no intervalo entre o diagnóstico e o tratamento em mulheres de diferentes perfis sociodemográficos. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2019;24(2):613-22. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018242.31672016>
19. Medeiros GC, Teodózio CGC, Fabro EAN, Aguiar SS, Lopes AHM, Conte BC, et al. Factors associated with delay between diagnosis and initiation of breast cancer treatment: a cohort study with 204,130 cases in Brazil. *Rev Bras Cancerol.* 2020;66(3):e-09979. doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2020v66n3.979>
20. Atty ATM, Jardim BC, Dias MBK, Migowski A, Tomazelli JG. Oncology-PANEL: tool for management. *Rev Bras Cancerol.* 2020;66(2):e-04827. doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2020v66n2.827>

Agradecimentos:

Os autores agradecem ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq, à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais – FAPEMIG e à Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF pelo financiamento deste trabalho.

Contribuição de autoria:

Conceituação: Maria Teresa Bustamante-Teixeira; Maximiliano Ribeiro Guerra; Jane Rocha Duarte Cintra.

Curadoria de dados: Angélica Atala Lombelo Campos; Vívian Assis Fayer; Rafaela Russi Ervilha; Iara Renault de Medeiros; Matheus Calábria da Silveira.

Análise formal: Angélica Atala Lombelo Campos; Vívian Assis Fayer.

Aquisição de financiamento: Maria Teresa Bustamante-Teixeira; Maximiliano Ribeiro Guerra.

Investigação: Angélica Atala Lombelo Campos; Vívian Assis Fayer; Rafaela Russi Ervilha; Iara Renault de Medeiros; Matheus Calábria da Silveira; Jane Rocha Duarte Cintra.

Metodologia: Maria Teresa Bustamante-Teixeira; Maximiliano Ribeiro Guerra; Jane Rocha Duarte Cintra.

Administração de projeto: Angélica Atala Lombelo Campos; Vívian Assis Fayer; Rafaela Russi; Maria Teresa Bustamante-Teixeira; Maximiliano Ribeiro Guerra; Jane Rocha Duarte Cintra.

Recursos: Maria Teresa Bustamante-Teixeira; Maximiliano Ribeiro Guerra; Jane Rocha Duarte Cintra.

Supervisão: Maria Teresa Bustamante-Teixeira; Maximiliano Ribeiro Guerra; Jane Rocha Duarte Cintra.

Escrita - rascunho original: Angélica Atala Lombelo Campos.

Escrita - revisão e edição: Maria Teresa Bustamante-Teixeira; Maximiliano Ribeiro Guerra; Jane Rocha Duarte Cintra; Angélica Atala Lombelo Campos; Vívian Assis Fayer; Rafaela Russi Ervilha; Iara Renault de Medeiros; Matheus Calábria da Silveira.

Os autores declaram que não existe nenhum conflito de interesses.

Autor correspondente:

Angélica Atala Lombelo Campos

E-mail: angelica.atala@hotmail.com

Recebido: 04.05.2021

Aprovado: 13.09.2021

Editor associado:

Helga Geremias Gouveia

Editor-chefe:

Maria da Graça Oliveira Crossetti

7.2 Avaliação da qualidade de vida de mulheres diagnosticadas com câncer de mama, segundo os aspectos socioeconômicos, comportamentais e clínicos

Foram incluídas 101 mulheres, das quais a maior parte possuía mais que 50 anos de idade, com grau de instrução maior que 8 anos de estudos completos, raça branca registrada no prontuário, que vivia com o companheiro, exercia atividade remunerada ao diagnóstico, residia no município sede do serviço, possuía comorbidade, foi diagnosticada em estádios iniciais da doença e foi assistida pelo sistema público de saúde (tabela 7).

Destaca-se que não foram observadas diferenças entre as mulheres submetidas a entrevista (n=101) e as mulheres elegíveis (n=129) em relação à idade, escolaridade, raça, situação conjugal, presença de comorbidades, estadiamento e tipo de assistência, diminuindo a possibilidade de viés por perdas diferenciais (tabela 7).

Tabela 7. Caracterização das mulheres com câncer de mama assistidas em um Centro de Referência em Oncologia, a partir das informações coletadas nos prontuários.

Variáveis	Amostra elegíveis n ¹ (%)	Entrevistadas n ¹ (%)	Não entrevistadas n ¹ (%)	p ²
TOTAL	230 (100)	101 (100)	139 (100)	
Faixa etária				
≤ 49 anos	78 (33,9)	41 (40,6)	37 (28,7)	
> 50 anos	152 (66,1)	60 (59,4)	92 (71,3)	0,058
Escolaridade³				
≤ 8 anos de estudos completos	131 (58,0)	60 (59,4)	71 (56,8)	
> 8 anos de estudos completos	95 (42,0)	41 (40,6)	54 (43,2)	0,693
Raça				
Branca	160 (70,2)	72 (71,3)	88 (69,3)	
Negra	68 (29,8)	29 (28,7)	39 (30,7)	0,744
Situação conjugal				
Sem companheiro	122 (53,3)	56 (55,4)	66 (51,6)	
Com companheiro	107 (46,7)	45 (44,6)	62 (48,4)	0,559
Situação ocupacional				
Trabalha	140 (72,9)	77 (82,8)	63 (63,6)	
Não trabalha	52 (27,1)	16 (17,2)	36 (36,4)	0,003
Local de residência				
Município sede do serviço	135 (58,7)	80 (79,2)	55 (42,6)	
Outro município	95 (41,3)	21 (20,8)	80 (57,4)	<0,001
Comorbidades³				
Sim	149 (66,8)	67 (66,3)	82 (67,2)	
Não	74 (33,2)	34 (33,7)	40 (32,8)	0,890
Estadiamento				
Inicial (0, I e II)	181 (78,7)	79 (78,2)	102 (79,1)	
Avançado (III e IV)	49 (21,3)	22 (21,8)	27 (20,9)	0,873
Tipo de assistência				
Privada	87 (37,8)	45 (44,6)	42 (32,6)	
Pública	143 (62,2)	56 (55,4)	87 (67,4)	0,063

Fonte: dados da pesquisa (2019).

¹ As diferenças nos totais são justificadas pela ausência de informação;

² Valor de p do teste Qui-quadrado para a diferença da distribuição das variáveis de cada sub-amostra em relação à amostra total;

³ Comorbidades considerada sim, quando havia registro no prontuário de pelo menos uma outra doença concomitante como hipertensão, diabetes, dislipidemia, depressão, dentre outras

Os demais resultados referentes a esse tópico serão abordados no artigo intitulado “Qualidade de vida de mulheres submetidas ao tratamento de câncer de mama segundo características sociodemográficas, comportamentais e clínicas”, apresentado a seguir:

QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES SUBMETIDAS AO TRATAMENTO DE CÂNCER DE MAMA SEGUNDO CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, COMPORTAMENTAIS E CLÍNICAS

RESUMO

Introdução: Tendo em vista o aumento da sobrevida entre as mulheres diagnosticadas com câncer de mama, destaca-se a importância da avaliação da qualidade de vida para mensurar o impacto do tratamento oncológico no estado de saúde das pacientes. **Objetivo:** analisar os fatores relacionados à qualidade de vida em mulheres diagnosticadas com câncer de mama após o término do tratamento. **Metodologia:** Estudo transversal com 101 mulheres diagnosticadas com câncer de mama entre 2014 e 2016 assistidas em um serviço de oncologia de Minas Gerais. A qualidade de vida foi avaliada através dos questionários EORTC QLQ-C30 e BR-23. As análises foram efetuadas utilizando-se o teste T de Student e o teste de Mann-Whitney. **Resultados:** no QLQ – C30, observou-se escore mediano na escala de saúde global de 75,0 (IQ= 33,33) e escores médios na escala funcional de 75,99 (DP=19,26) e na escala de sintomas de 19,67 (DP=16,91). No QLQ – BR23, foram verificados escores médios de 61,89 (DP=17,21) na escala funcional e de 21,21 (DP=16,94) na escala de sintomas. Identificou-se melhores escores de qualidade de vida entre as mulheres com idade superior à 50 anos, de raça negra, com mais de 8 anos de estudo completos, que viviam com o companheiro, exerciam atividade remunerada, foram assistidas pela rede privada, com maior renda per capita e classe econômica, que residiam no município sede do serviço, referiram fazer algum tipo de atividade física, não fazer uso de tabaco, com maior escore na escala de religiosidade, que dispunham de maior apoio social, não apresentavam sobrepeso, não possuíam comorbidades e que foram submetidas à setorectomia. **Conclusões:** observou-se significativa influência dos fatores sociodemográficos, comportamentais e clínicos na qualidade de vida de mulheres diagnosticadas com câncer de mama. Intervenções para promover a saúde, reduzir as iniquidades no acesso aos serviços de saúde podem contribuir para a melhora da qualidade de vida.

ABSTRACT

Introduction: Due to the increase in survival among women diagnosed with breast cancer is important evaluate the quality of life to measure the impact of cancer treatment on the health status of patients. **Objective:** to analyze factors associated to quality of life in women diagnosed with breast cancer after the end of treatment. **Methodology:** Cross-sectional study with 101 women diagnosed with breast cancer between 2014 and 2016 assisted at an oncology service in Minas Gerais. Quality of life was assessed using the EORTC QLQ-C30 and BR-23 questionnaires. Analyzes were performed using Student's T Test and Mann-Whitney Test. **Results:** in the QLQ – C30 questionnaire, there was a median score on the global health scale of 75.0 (IQ=33.33), a mean score on the functional scale of 75.99 (SD=19, 26) and a mean score on the symptom scale of 19.67 (SD=16.91). In the QLQ – BR23 questionnaire, there was a mean score on the functional scale of 61.89 (SD=17.21), and a mean score on the symptoms scale of 21.21 (SD=16.94). Better quality of life scores were identified among women over 50 years old, black, with more than 8 years of schooling completed, who lived with a partner, who

had a paid job, who were assisted by the private care, with per capita income above half the minimum wage, from economic classes A, B and C, who resided in the municipality where the service was provided, who reported physical activity, who reported no use of tobacco, with a higher score on the scale of religiosity, who had greater social support, who were not overweight, who did not have comorbidities and who underwent sectorectomy. **Conclusions:** there was a significant influence of sociodemographic, behavioral and clinical factors on the quality of life of women diagnosed with breast cancer. Interventions to promote health and reduce inequities in access to health services can contribute to improving quality of life.

INTRODUÇÃO

Análises de séries temporais demonstram um aumento da sobrevida das mulheres diagnosticadas com câncer de mama nos últimos 10 anos em todo o mundo (ALLEMANI et al., 2018). Tal fato se deve, principalmente, ao aprimoramento de programas de rastreamento e avanços das terapias (RIEDEL et al., 2018; GEBRUERS et al., 2017; MCDONALD et al., 2016; HENNIGS et al. 2016; PEART, 2015).

Contudo, algumas intervenções médicas, embora indispensáveis para manutenção da vida, podem gerar alterações sociais e psicológicas, além de danos profundos e permanentes na vida dos pacientes (WHO, 1994; SEIDL; ZANNON, 2004; PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012).

Nesse sentido, a indicação de um tratamento deve sempre considerar os benefícios obtidos e os efeitos da terapêutica, de forma que os benefícios devem ser sempre maiores que os danos, ou seja, além de prolongar a vida, o tratamento também deve potencializar a capacidade de retorno às atividades de vida diária (WHO, 1994; RUNOWICZ et al., 2016).

Em especial, o paciente oncológico é submetido a múltiplos e longos tratamentos, que geram diversos impactos, inclusive não mensuráveis por meio de testes laboratoriais ou procedimentos de imagem, interferindo na capacidade funcional, relações sociais, senso de bem-estar, dor, fadiga e qualidade de vida (BERTAN; CASTRO, 2009).

No contexto da saúde, a avaliação da qualidade de vida, denominada “*health-related quality of life*” – qualidade de vida relacionada à saúde - vem sendo utilizada como uma medida abrangente do impacto da doença e do tratamento no estado de saúde, nas funções emocionais, sociais, físicas e de bem-estar do indivíduo (GILL; FEINSTEIN, 1994; WHO, 1994; SEIDL; ZANNON, 2004; PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012).

Nesse sentido, a avaliação da qualidade de vida vem sendo aplicada para monitorar o impacto da doença na vida do paciente, além de prever a influência dos tratamentos aplicados (MANDELBLATT; EISENBERG, 1995). É também uma ferramenta útil para monitorar a

condição clínica do paciente e nortear as decisões clínicas (PERRY; KOWALSKI; CHANG, 2007; RUNOWICZ et al., 2016).

As investigações sobre qualidade de vida no contexto do câncer de mama é crescente e, no Brasil observam-se principalmente estudos de intervenção que comparam abordagens cirúrgicas ou estudos que avaliam o paciente durante a realização do tratamento (BOING et al., 2018; BACCARIN et al., 2018; PAULO et al., 2019; GUERRA et al., 2020b; OLIVEIRA-JUNIOR et al., 2020; SILVA et al., 2021). Contudo, a análise da qualidade de vida após a realização da cirurgia, quimioterapia ou radioterapia ainda é pouco explorada no país.

O objetivo deste artigo foi analisar a influência de aspectos socioeconômicos, comportamentais e clínicos na qualidade de vida de mulheres diagnosticadas com câncer de mama após o término da quimioterapia e/ou radioterapia, quando prescritas.

METODOLOGIA:

Delineamento do estudo

Estudo transversal realizado em um serviço de referência para atendimento em oncologia da rede pública e privada, localizado em município de grande porte de Minas Gerais.

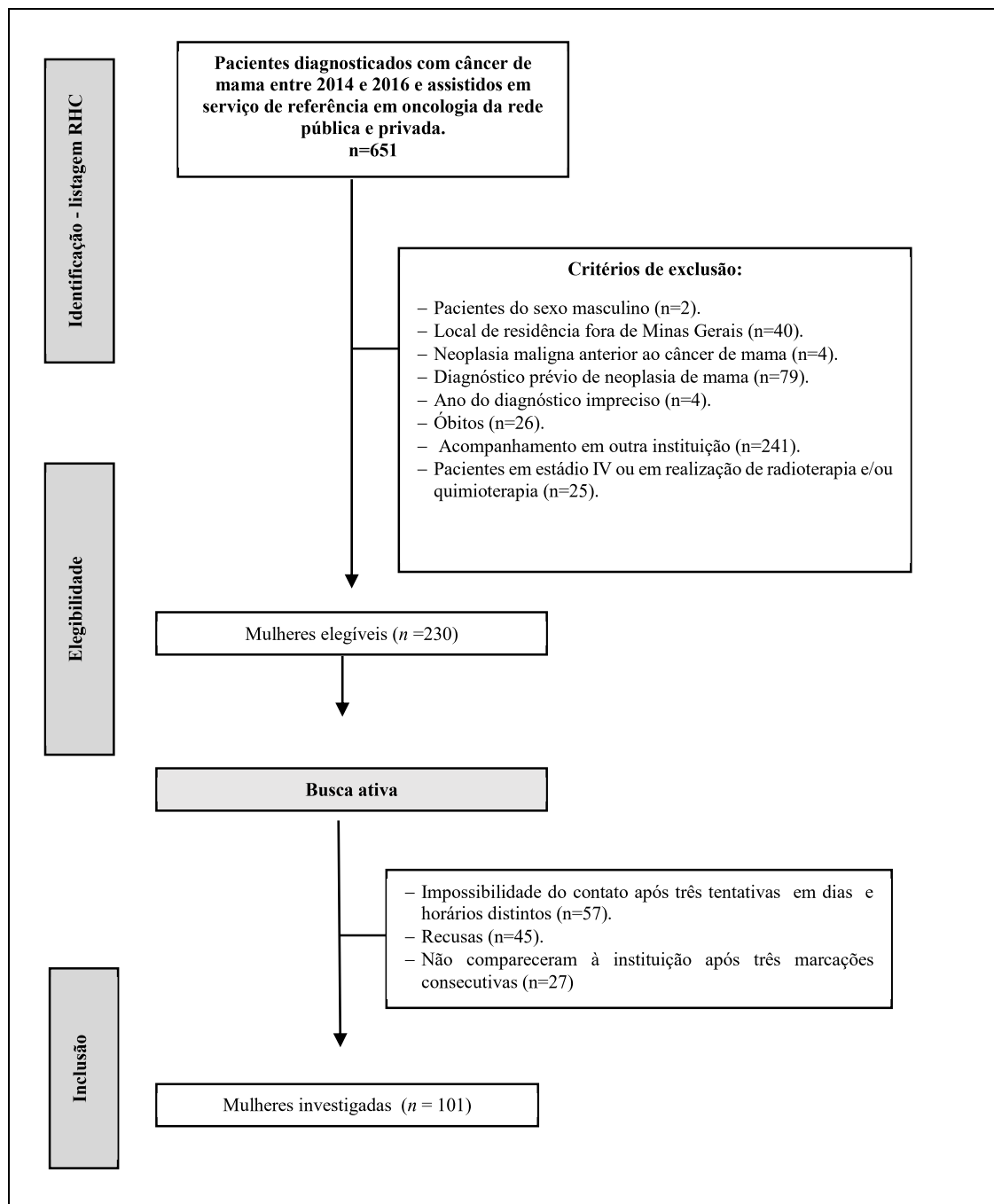
Amostra e seleção das participantes

Foram incluídas mulheres diagnosticadas com câncer de mama entre 2014 e 2016, identificadas como casos analíticos a partir do Registro Hospitalar de Câncer (RHC), que residiam no Estado de Minas Gerais e faziam acompanhamento na instituição. Foram excluídas as mulheres que estavam realizando quimioterapia, radioterapia ou terapia paliativa durante a coleta de dados.

O cálculo do tamanho da amostra foi realizado considerando o total de 230 mulheres elegíveis para o estudo, a estimativa de prevalência de distúrbios na qualidade de vida de 50%, o erro de 8% e o intervalo de confiança de 95%, resultando na inclusão de, pelo menos, 92 participantes. Admitindo-se 20% de perda, fez-se necessário o recrutamento de pelo menos 111 participantes.

Foi realizado recrutamento das 230 mulheres elegíveis restantes até atingir o tamanho amostral estimado. Para 57 mulheres não foi possível estabelecer contato telefônico em, pelo menos, três tentativas realizadas em dias e horários alternados, 45 mulheres se recusaram a participar da coleta de dados e 27 não compareceram ao recrutamento mesmo tendo confirmado a presença em, pelo menos, três agendamentos por contato telefônico em diferentes dias. A amostra final foi então constituída por 101 mulheres (figura 15).

Figura 15. Diagrama de fluxo acerca das etapas para seleção da amostra para análise da qualidade de vida, 2014-2016. Juiz de Fora, MG, Brasil.



Fonte: elaborado pelos autores (2022).

Coleta de dados:

A primeira etapa da coleta de dados foi realizada no período de março de 2018 a maio de 2019 e possibilitou a obtenção de dados referentes ao diagnóstico, tratamento, estadiamento e perfil tumoral a partir dos prontuários médicos. Como o estudo incluiu mulheres diagnosticadas com câncer de mama entre 2014-2016, foi possível garantir resgatar informações de, pelo menos, três anos de acompanhamento.

Na segunda etapa, realizada no período de fevereiro a agosto de 2019, as mulheres elegíveis foram convidadas a responder um questionário face a face, aplicado presencialmente em um consultório reservado e individualizado, utilizando um formulário eletrônico, editado no aplicativo KoBo Tollbox (versão 1.4.3; KoBo Tollbox, EUA). Esse questionário foi administrado por meio de tablets com sistema operacional Android (Google, Inc, Mountain View, Califórnia, EUA) e abordou questões de identificação, aspectos sociais, demográficos e econômicos, suporte social, relacionamento conjugal, religiosidade, hábitos de vida, além de questões relacionadas ao diagnóstico e tratamento da doença. Nessa ocasião, também foi avaliada a qualidade de vida por meio de instrumentos de coleta específicos.

Variáveis do estudo

Para avaliar a qualidade de vida, foram utilizados os questionários EORTC QLQ-C30 e EORTC QLQ-BR23, ambos autoaplicáveis e desenvolvidos pela *European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC)* (KLEE; GROENVOLD; MACHIN, 1997; SPRANGERS et al, 1996; MICHELS; LATORRE; MACIEL, 2013). O questionário EORTC QLQ-C30 é mais geral e composto por 30 perguntas que avaliam os sintomas que ocorreram nas duas semanas anteriores. As respostas são exibidas em uma escala Likert que varia de 1 = não a 4 = muito (MICHELS; LATORRE; MACIEL, 2013). Na escala de saúde global, o escore varia de 1 a 7, em que 1 significa pobre e 7 excelente (MICHELS; LATORRE; MACIEL, 2013). Este questionário produz as seguintes escalas: escala de saúde global (GHS), escala funcional (FS) e escala de sintomas (SS). A escala funcional se desdobra nas subescalas física, desempenho de papéis, emocional, cognitiva e social. A escala de sintomas se desdobra nas subescalas fadiga, náuseas, dor, dispneia, insônia, apetite, constipação, diarreia e dificuldades financeiras.

O questionário do EORTC QLQ-BR 23 é composto por 23 questões (questões 31 a 53), mais específicas do câncer de mama e que complementam o questionário geral, suas respostas também são exibidas em escala do tipo Likert, que varia de 1 = não a 4 = muito (MICHELS; LATORRE; MACIEL, 2013). Este questionário produz as seguintes escalas: escala funcional (FS) e escala de sintomas (SS). A escala funcional se desdobra nas subescalas imagem corporal, perspectivas futuras, função sexual e satisfação sexual, e a escala de sintomas se desdobra nas subescalas efeitos da terapia sistêmica, preocupações com a queda de cabelo, sintomas relacionados ao braço e sintomas relacionados à mama.

Foram analisadas as seguintes variáveis independentes:

Sociodemográficas: faixa etária (<50 anos; ≥50 anos), raça autodeclarada (branca; negra), grau de instrução - anos de estudo completos (<8 anos; ≥8 anos), situação conjugal (sem

companheiro; com companheiro), ocupação - atividade remunerada (sim; não), tipo de assistência à saúde (pública; privada), renda per capita ($\geq 0,5$ salário mínimo; $< 0,5$ salário mínimo), situação socioeconômica segundo classificação ABEP (A, B1 e B2; C1, C2 e D/E) e local de residência (município sede do serviço; outro).

Comportamentais: hábitos alimentares autorreferidos (bom, muito bom; regular, ruim, muito ruim); prática de atividade física (ativo ou inativo; sedentário); uso do tabaco (ex-tabagista ou nunca fumou; tabagista), consumo de bebidas alcoólicas (≥ 4 doses em uma ocasião; < 4 doses em uma ocasião), religiosidade (≥ 8 pontos; < 8 pontos) e apoio social (≥ 45 pontos; < 45 pontos).

Clínicas: intervenção cirúrgica (setorectomia; mastectomia com ou sem reconstrução), estado nutricional (eutrofia; sobrepeso), presença de comorbidades - registro no prontuário de pelo menos uma outra doença concomitante (sim, não); estadiamento (inicial - 0, I e II; avançado - III).

A situação socioeconômica foi avaliada conforme os critérios da Classificação Econômica da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP), que leva em conta o quantitativo de itens de conforto disponíveis na residência do participante, bem como a infraestrutura de saneamento do local de residência do participante e o grau de instrução do chefe da família (ABEP, 2019).

O apoio social foi avaliado por meio da versão abreviada do Questionário de Suporte Social (SARASON et al., 1987), validado para o idioma português (PINHEIRO; FERREIRA, 2002). É composto por seis questões, cada uma delas com 2 partes. Na primeira parte, o indivíduo refere o número de pessoas disponíveis para o ajudarem e o apoiarem, podendo ir de nenhuma a nove pessoas. Na segunda parte, sobre o grau de satisfação com o suporte recebido, utiliza-se uma escala tipo Likert de 6 pontos, que vai de muito insatisfeito (1) a muito satisfeito (6) (PINHEIRO; FERREIRA, 2002). Dessa maneira obtém-se um índice numérico (SSQ6N) e um índice de satisfação (SSQ6S). No presente estudo, optou-se pela soma das pontuações do índice numérico de suporte social disponível (WERMELINGER-ÁVILA et al., 2018).

A religiosidade foi avaliada por meio da escala de religiosidade de Duke, denominada *Duke University Religion Index* (DUREL) (KOENIG; BÜSSING, 2009), e validada para o idioma português (TAUNAY et al., 2012). Essa escala engloba cinco itens, que mede três das principais dimensões do envolvimento religioso relacionadas a desfechos em saúde (KOENIG; BÜSSING, 2009; TAUNAY et al., 2012). As opções de resposta dos itens 1 e 2 variam de (1) Mais do que uma vez por semana a (6) Nunca. Os últimos três itens são estruturados com respostas em escala do tipo Likert de 5 pontos, que vai de (1) Totalmente verdade para mim a

(5) Não é verdade (KOENIG; BÜSSING, 2009; TAUNAY et al., 2012). No presente estudo, optou-se pela soma das pontuações (ALVAREZ et al., 2016).

O instrumento utilizado para medida do nível de atividade física foi o Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ), em sua versão curta (MATSUDO et al., 2001), que avalia as atividades realizadas na última semana anterior à aplicação do questionário em relação à frequência, intensidade e duração. Foram consideradas sedentárias as pacientes que referiram não realizar nenhuma atividade física por pelo menos 10 minutos contínuos durante a semana; inativas as pacientes que referiram realizar menos de 150 minutos de atividade física na semana e ativas as pacientes que referiram realizar mais de 150 minutos de atividade física na semana.

Análise estatística:

A caracterização da amostra foi feita através do cálculo das frequências absolutas e relativas das categorias de cada variável e as medidas de tendência central. Para avaliar a correlação entre as pontuações dos escores dos questionários EORTC QLQ-C30 e QLQ-BR23, procedeu-se a análise do coeficiente de correlação de Spearman.

Para análise dos fatores relacionados à qualidade de vida, as escalas contínuas foram submetidas ao cálculo de normalidade por meio do teste Kolmogorov-Smirnov, e, por conseguinte, foi utilizado o teste T de Student para amostras independentes para as variáveis com distribuição normal e o teste U de Mann Whitney para as variáveis com distribuição não paramétrica.

A análise dos dados foi realizada por meio do *software* STATA[®] (versão 13.0; StataCorp. LP, Estados Unidos da América), admitindo-se o nível de significância para a inferência estatística de 5%. O estudo obteve aprovação da Comissão de Ética da Universidade Federal de Juiz de Fora conforme parecer número 3.128.283; CAAE 05341019.5.0000.5147

RESULTADOS:

Entre as 101 mulheres investigadas, a maior parte possuía mais que 50 anos de idade (70,3%), autodeclarava raça branca (59,4%), apresentava grau de instrução maior que 8 anos de estudos completos (59,4%), vivia com o companheiro (53,5%), não exercia atividade remunerada (64,0%), foi assistida pelo sistema público de saúde (55,5%), tinha renda familiar per capita $\geq 0,5$ salários mínimos (86,0%), pertencia as classes econômicas C1, C2 ou D/E conforme a ABEP (57,4%) e residia no município sede da instituição hospitalar (80,2%).

A maior parte das entrevistadas referiu bons hábitos alimentares (67,3%), não refeririam ser sedentária (76,2%), não fazer uso do tabaco (91,1%), não fazer uso de bebidas alcoólicas

(83,2%), exibiu escore na escala de religiosidade menor que a pontuação média (64,4%) e escore na escala de apoio social menor que a pontuação média (52,6%). A maioria apresentava sobrepeso (64,9%), possuía comorbidades (66,3%), foi submetida à setorectomia (91,0%) e foi diagnosticada em estádios iniciais da doença (78,2%).

Em relação à qualidade de vida, no questionário EORTC QLQ - C30, observou-se escore mediano na escala de saúde global de 75,00 (IQ= 33,33) e escores médios de 75,99 (DP=19,26) na escala funcional e de 19,67 (DP=16,91) na escala de sintomas. No questionário QLQ – BR23, foram verificados escores médios de 61,89 (DP= 17,21) na escala funcional e de 20,12 (DP=16,94) na escala de sintomas, conforme descrito na tabela 8, figuras 16 e 17.

Em relação às subescalas do questionário EORTC QLQ-C30, para o domínio funcional, observou-se um escore mediano de 86,67 pontos na escala física, 100 pontos na escala de papéis e social, 75,00 pontos na escala cognitiva e 83,33 na escala emocional. Para o domínio dos sintomas, observou-se escore mediano de 22,22 para fadiga, 0 pontos para náusea, dispneia, insônia, perda do apetite, constipação, diarreia e dificuldades financeiras e 16,67 pontos para dor (tabela 8, figuras 16 e 17).

Em relação às subescalas do questionário EORTC QLQ – BR23, para o domínio funcional, observou-se escore mediano de 91,67 pontos na escala de imagem corporal, 66,67 pontos na escala de perspectivas futuras e satisfação sexual e 33,33 pontos na escala de função sexual. Para o domínio dos sintomas, observou-se escore mediano de 14,29 para a escala de efeitos da terapia sistêmica, 0 pontos para perda do cabelo, 11,11 pontos para a escala de sintomas relacionados ao braço e 8,33 pontos para a escala de sintomas relacionados à mama (tabela 8, figuras 16 e 17).

Figura 16. Representação gráfica dos escores do questionário QLQ-C30 para avaliação da qualidade de vida de mulheres diagnosticadas com câncer de mama assistidas em dois Centros de Referência em Oncologia, 2014-2016. Juiz de Fora, MG, Brasil.

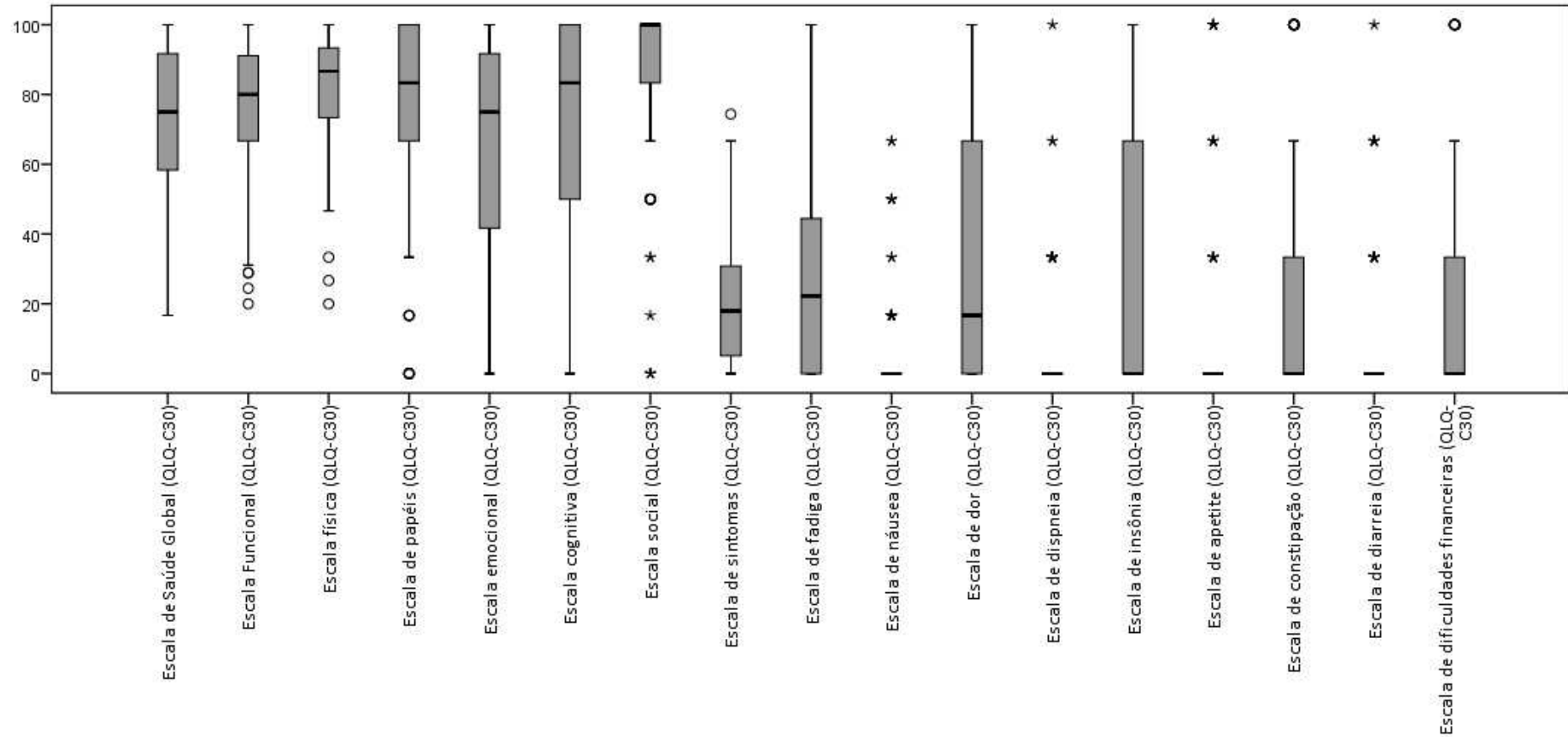


Figura 17. Representação gráfica dos escores do questionário QLQ-BR23 para avaliação da qualidade de vida de mulheres diagnosticadas com câncer de mama assistidas em dois Centros de Referência em Oncologia, 2014-2016. Juiz de Fora, MG, Brasil.

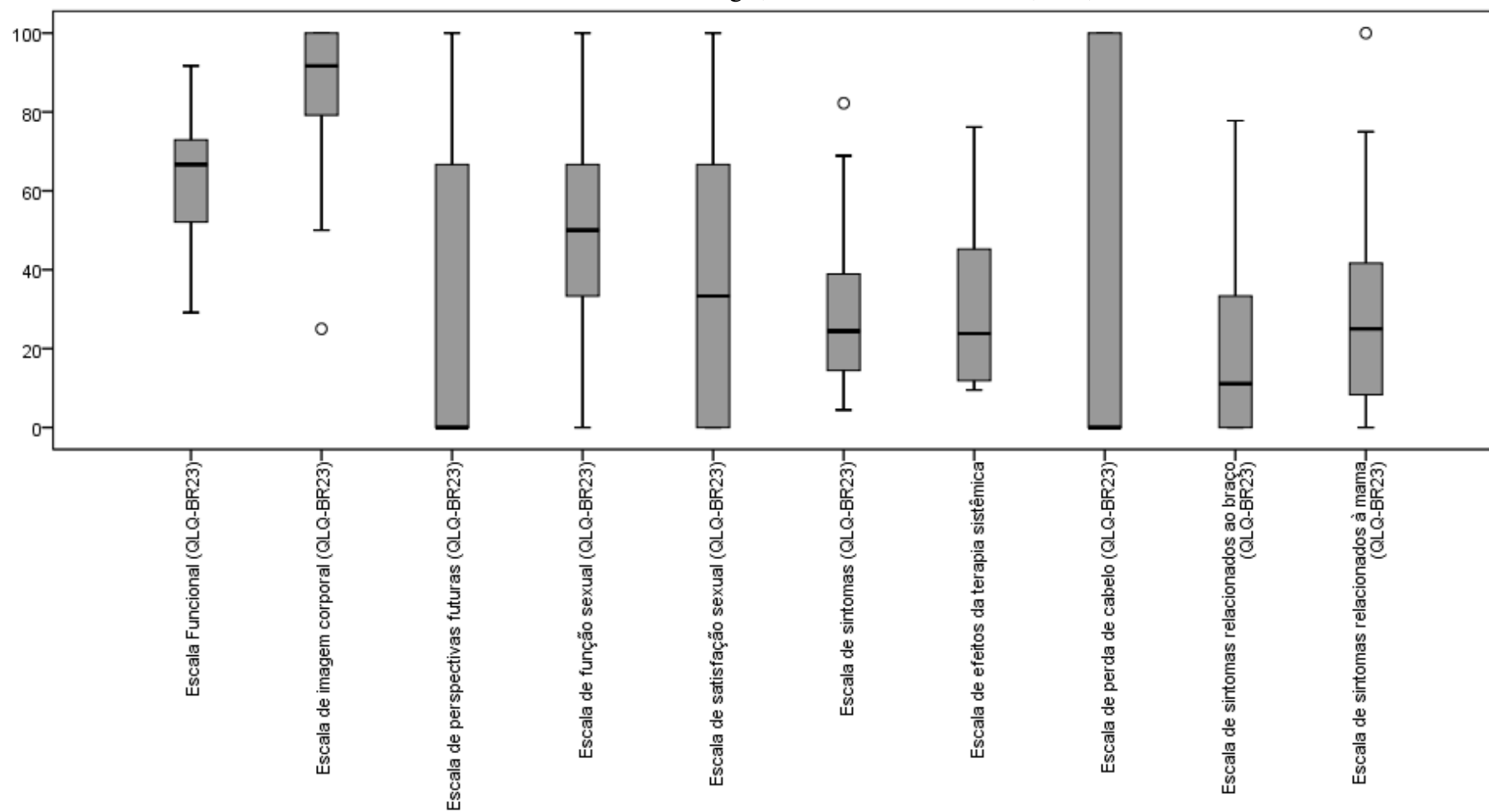


Tabela 8. Qualidade de vida das mulheres participantes do estudo, 2014-2016. Juiz de Fora, MG, Brasil.

QLQ-C30	Média	Desvio padrão	Mediana	Intervalo Interquartil
Escala de saúde global*	74,26	19,62	75,00	33,33
Escala funcional*	75,99	19,26	80,00	24,44
Escala física	81,19	18,27	86,67	20,00
Escala de papéis	78,71	28,49	100	33,33
Escala cognitiva	65,43	31,45	75,00	50,00
Escala emocional	67,16	31,04	83,33	50,00
Escala social	90,26	21,51	100	0,00
Escala de sintomas**	19,67	16,91	15,38	23,08
Fadiga	28,05	28,22	22,22	44,44
Náusea	6,44	14,52	0,00	0,00
Dor	32,51	34,27	16,67	66,67
Dispnéia	5,61	14,19	0,00	0,00
Insônia	30,03	38,44	0,00	66,67
Perda de apetite	9,90	26,05	0,00	0,00
Constipação	24,75	37,31	0,00	33,33
Diarreia	5,94	17,89	0,00	0,00
Dificuldades financeiras	17,82	31,82	0,00	33,33
QLQ BR-23				
Escala funcional*	61,89	17,21	66,67	19,05
Imagem corporal	82,59	24,83	91,67	25,00
Perspectivas futuras	50,49	42,85	66,67	100
Função sexual	30,03	30,55	33,33	50,00
Satisfação sexual	52,54	38,76	66,67	100
Escala de sintomas**	20,12	16,94	16,67	21,90
Efeitos da terapia sistêmica	18,6	17,72	14,29	23,81
Perda de cabelo	35,35	44,05	0,00	100
Sintomas relacionados ao braço	26,18	28,99	11,11	44,44
Sintomas relacionados à mama	17,41	20,35	8,33	25,00

Fonte: dados da pesquisa (2019).

*correlação positiva. Maiores escores, melhor qualidade de vida.

**correlação negativa. Maiores escores, pior qualidade de vida.

Foram encontradas correlações estatisticamente significativas entre as escalas do QLQ-C30 e as escalas do QLQ-BR23. A escala de saúde global do QLQ C-30 correlacionou-se positivamente com as seguintes escalas do QLQ-BR23: imagem corporal, perspectivas futuras e satisfação sexual, e correlacionou-se negativamente com as seguintes escalas do QLQ-BR23: efeitos colaterais da terapia sistêmica, perda de cabelo, sintomas relacionados ao braço e mama, conforme evidenciado na tabela 9.

A escala funcional do QLQ-C30 e subescalas correlacionaram-se negativamente com as seguintes escalas QLQ-BR23: efeitos colaterais da terapia sistêmica, perda de cabelo, sintomas relacionados ao braço e mama, e correlacionaram-se positivamente com as seguintes escalas

QLQ-BR23: imagem corporal, perspectivas futuras, função sexual e satisfação sexual (tabela 9).

A escala de sintomas do QLQ-C30 e subescalas correlacionaram-se negativamente com as seguintes escalas do QLQ-BR23: imagem corporal, perspectivas futuras, função sexual e satisfação sexual, e correlacionaram-se positivamente com as seguintes escalas QLQ-BR23: efeitos colaterais da terapia sistêmica, perda de cabelo, sintomas relacionados ao braço e mama (tabela 9).

Tabela 9. Coeficientes de correlação de Spearman entre os valores das escalas dos questionários QLQ-C30 e QLQ-BR23, 2014-2016. Juiz de Fora, MG, Brasil.

QLQ-BR23 \ QLQ-C30	Escala funcional (QLQ-BR23)	Imagem corporal	Perspectivas futuras	Função sexual	Satisfação sexual	Escala de sintomas (QLQ-BR23)	Efeitos da terapia sistêmica	Perda de cabelo	Sintomas relacionados ao braço	Sintomas relacionados à mama
Escala de saúde global (QLQ-C30)	,295**	,265**	,251*	,114	,312*	-,515**	-,480**	-,347*	-,394**	-,329**
Escala funcional (QLQ-C30)	,544**	,359**	,260**	,367**	,305*	-,678**	-,642**	-,412*	-,650**	-,320**
Escala física	,352**	,195	,098	,297**	,338**	-,562**	-,509**	-,262	-,507**	-,290**
Escala de papéis	,373**	,247*	,152	,225*	,193	-,527**	-,502**	-,301	-,518**	-,201*
Escala emocional	,469**	,405**	,317**	,204*	,057	-,554**	-,507**	-,522**	-,572**	-,275**
Escala cognitiva	,405**	,254*	,188	,276**	,246	-,522**	-,537**	-,202	-,412**	-,333**
Escala social	,252*	,128	,138	,282**	,130	-,267**	-,317**	-,350*	-,253*	-,006
Escala de sintomas (QLQ-C30)	-,480**	-,277**	-,271**	-,262**	-,339**	,707**	,626**	,419*	,585**	,459**
Fadiga	-,482**	-,291**	-,222*	-,267**	-,380**	,551**	,544**	,411*	,433**	,317**
Náusea	-,014	-,084	-,137	,074	-,117	,287**	,284**	,136	,228*	,224*
Dor	-,296**	-,196	-,163	-,138	-,094	,580**	,370**	,506**	,601**	,386**
Dispneia	-,001	,072	-,097	,009	-,197	,252*	,263**	,082	,178	,185
Insônia	-,223*	-,023	-,043	-,291**	-,261*	,370**	,472**	-,034	,257**	,217*
Perda de apetite	-,202*	-,163	-,098	-,228*	,088	,322**	,389**	,192	,178	,198*
Constipação	-,326**	-,274**	-,187	-,054	-,164	,295**	,198*	,137	,267**	,271**
Diarreia	-,110	-,157	-,045	,049	-,114	,227*	,302**	,044	,105	,167
Dificuldades financeiras	-,431**	-,320**	-,259**	-,129	-,155	,468**	,349**	,409*	,499**	,250*

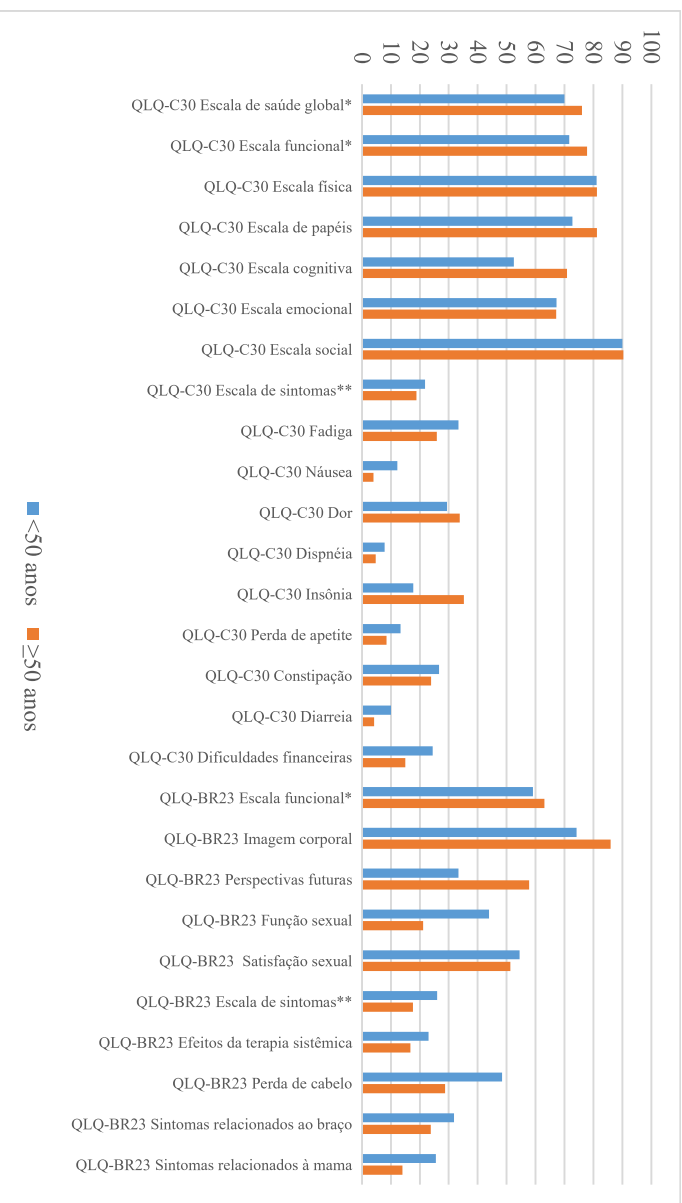
Fonte: dados da pesquisa (2019).

** . Significância estatística quando valor de $p < 0.01$.

* . Significância estatística quando valor de $p < 0.05$.

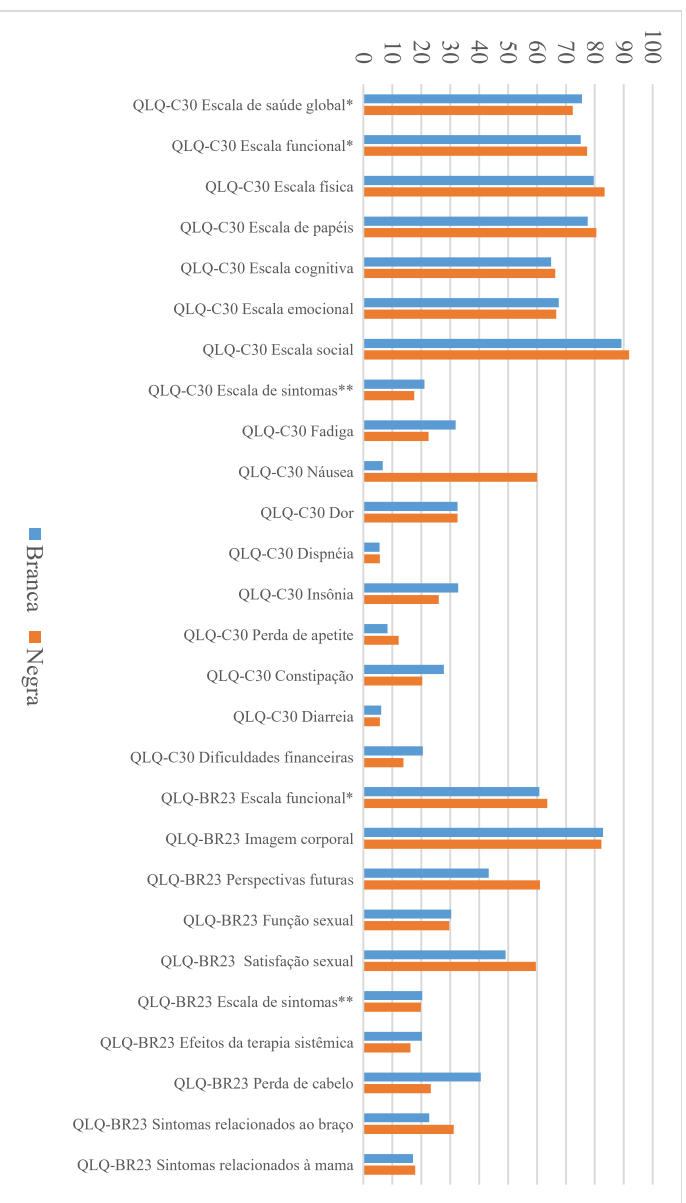
Em relação aos fatores relacionados à qualidade de vida, as mulheres com idade superior a 50 anos apresentaram melhores escores na escala funcional do QLQ-C30 (emocional), na escala funcional do QLQ-BR23 (imagem corporal e perspectivas futuras) e na escala de sintomas do QLQ-BR23 (sintomas relacionados à mama) e piores escores na escala de função sexual do QLQ-BR23 (figura 18 e tabela 10).

Figura 18. Escore médio da qualidade de vida das mulheres participantes do estudo nas escalas dos questionários QLQ-C30 e QLQ-BR23 segundo a faixa etária, 2014-2016. Juiz de Fora, MG, Brasil.



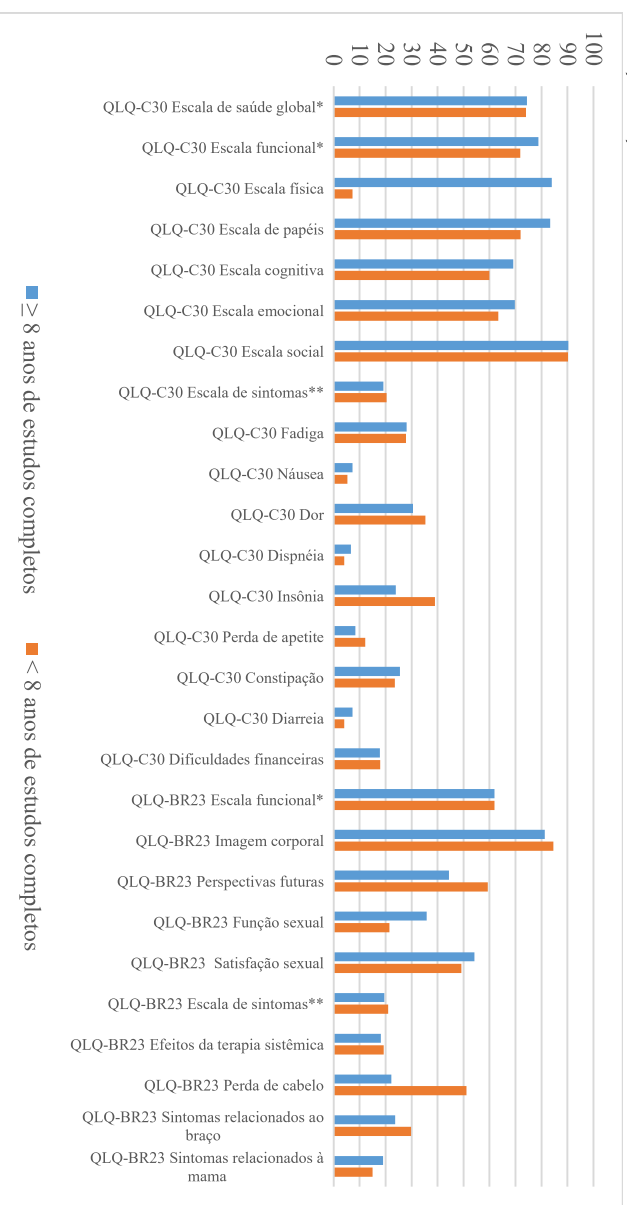
As mulheres de raça branca apresentaram piores escores na escala funcional do QLQ-BR0 (perspectivas futuras), em comparação com aquelas de raça negra (figura 19 e tabela 10).

Figura 19. Escore médio da qualidade de vida das mulheres participantes do estudo nas escalas dos questionários QLQ-C30 e QLQ-BR23 segundo a raça, 2014-2016. Juiz de Fora, MG, Brasil.



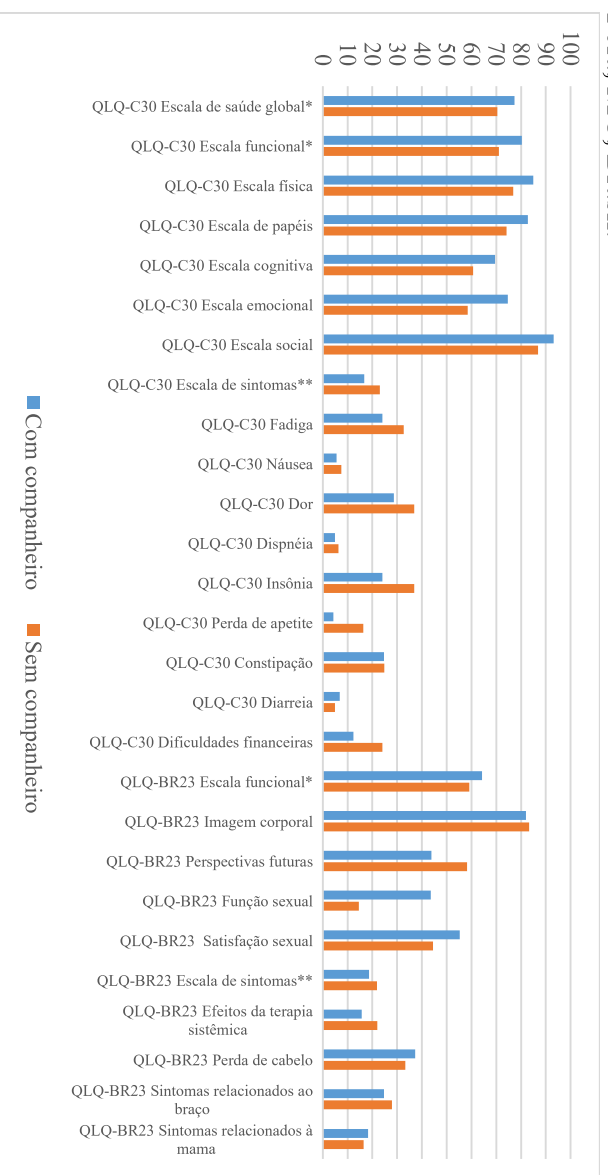
As mulheres com mais de oito anos de estudo completos, apresentaram melhores escores na escala funcional do QLQ-C30 (física e de papéis) e na escala funcional do QLQ-BR23 (função sexual) (figura 20 e tabela 10).

Figura 20. Escore médio da qualidade de vida das mulheres participantes do estudo nas escalas dos questionários QLQ-C30 e QLQ-BR23 segundo o grau de instrução, 2014-2016. Juiz de Fora, MG, Brasil.



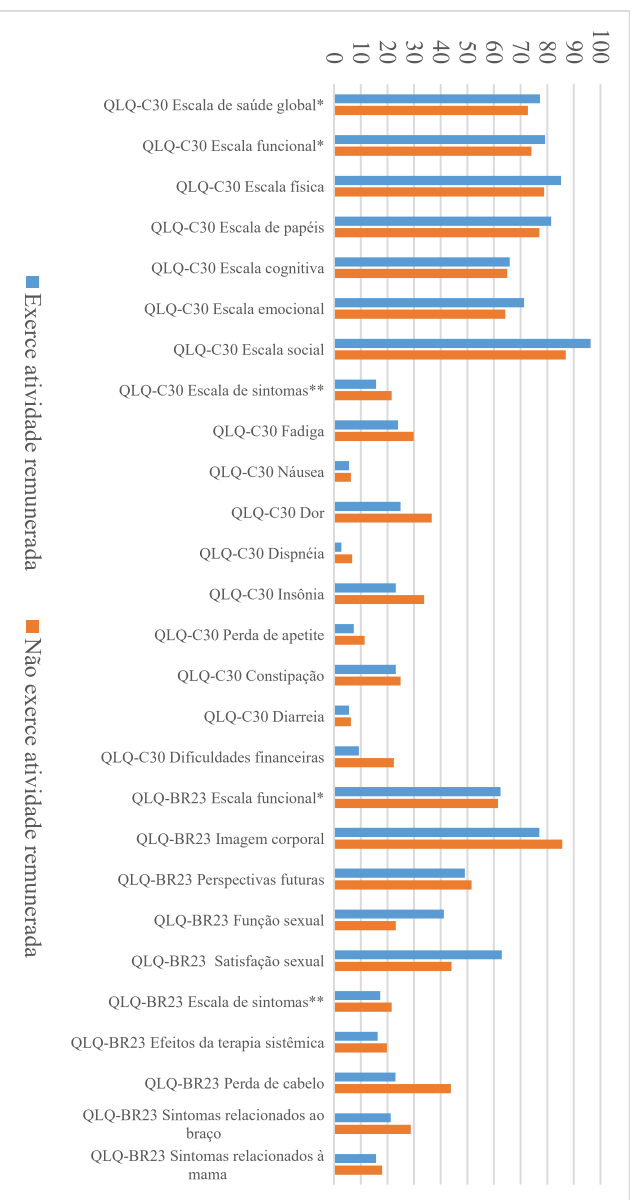
As mulheres que viviam com o companheiro apresentaram melhores escores na escala funcional do QLQ-C30 (funcional, física, de papéis e cognitiva), na escala de sintomas do QLQ-C30 (insônia, apetite e dificuldades financeiras), na escala funcional do QLQ-BR23 (função sexual) e na escala de sintomas do QLQ-BR23 (sintomas sistêmicos) (figura 21 e tabela 10).

Figura 21. Escore médio da qualidade de vida das mulheres participantes do estudo nas escalas dos questionários QLQ-C30 e QLQ-BR23 segundo a situação conjugal, 2014-2016. Juiz de Fora, MG, Brasil.



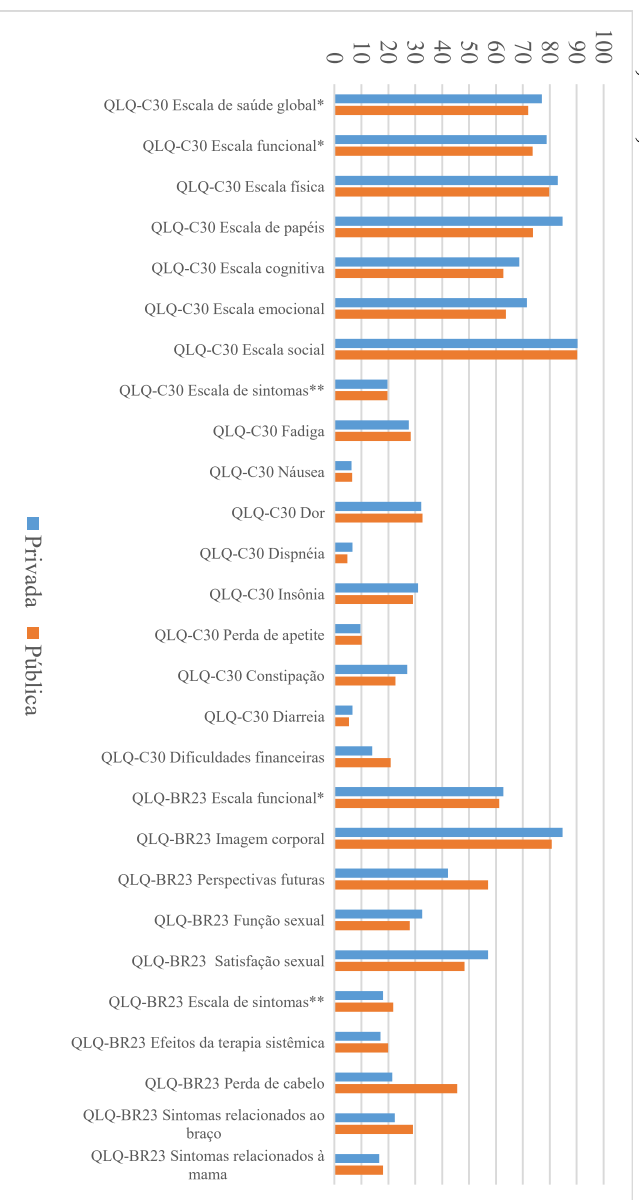
As mulheres que exerciam atividade remunerada apresentaram melhores escores na escala funcional do QLQ-C30 (social), na escala de sintomas do QLQ-C30 (dificuldade financeira) e na escala funcional do QLQ-BR23 (função sexual) (figura 22 e tabela 10).

Figura 22. Escore médio da qualidade de vida das mulheres participantes do estudo nas escalas dos questionários QLQ-C30 e QLQ-BR23 segundo a situação ocupacional, 2014-2016. Juiz de Fora, MG, Brasil.



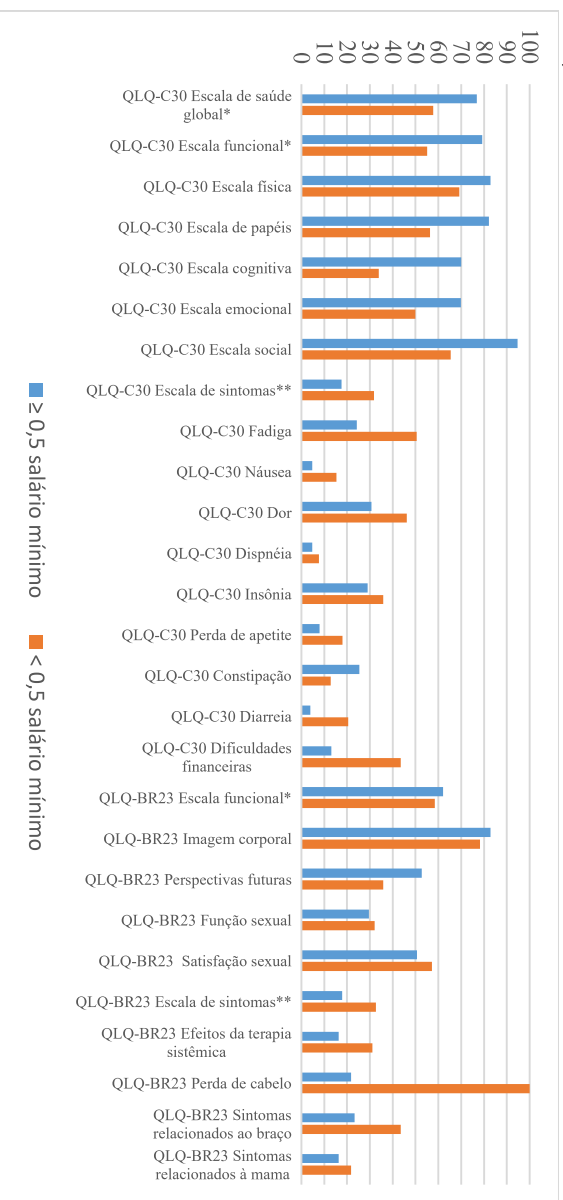
As mulheres assistidas pela rede privada apresentaram melhor qualidade de vida na escala funcional do QLQ-C30 (papéis) do que as que foram assistidas na rede pública (figura 23 e tabela 10).

Figura 23. Escore médio da qualidade de vida das mulheres participantes do estudo nas escalas dos questionários QLQ-C30 e QLQ-BR23 segundo a situação ocupacional, 2014-2016. Juiz de Fora, MG, Brasil.



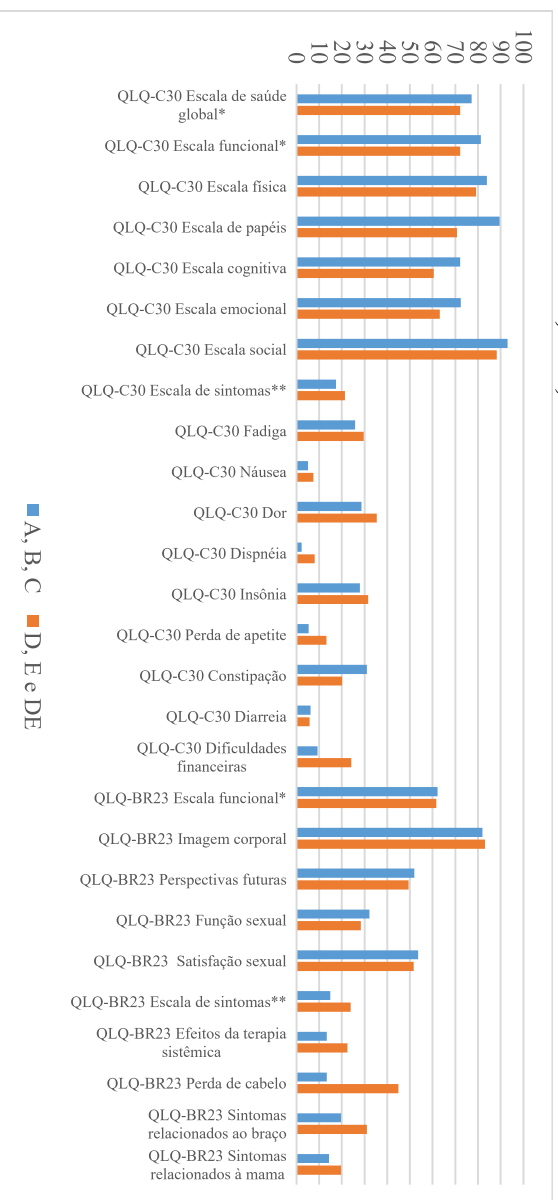
As mulheres com renda per capita superior a meio salário mínimo apresentaram melhor qualidade de vida na escala de saúde global do QLQ-C30, na escala funcional do QLQ-C30 (funcional, física, emocional e social), na escala de sintomas do QLQ-C30 (sintomas, fadiga, diarreia e dificuldades financeiras), na escala de sintomas do QLQ-BR23 (efeitos da terapia sistêmica, perda de cabelo e sintomas relacionados ao braço) (figura 24 e tabela 10).

Figura 24. Escore médio da qualidade de vida das mulheres participantes do estudo nas escalas dos questionários QLQ-C30 e QLQ-BR23 segundo a renda per capita, 2014-2016. Juiz de Fora, MG, Brasil.



As mulheres das classes econômicas A, B e C pela ABEP apresentaram melhor qualidade de vida na escala funcional do QLQ-C30 (funcional, de papéis e emocional) nas escalas de sintomas do QLQ-C30 (dificuldades financeira) e do QLQ-BR23 (sintomas e efeitos da terapia sistêmica) (figura 25 e tabela 10).

Figura 25. Escore médio da qualidade de vida das mulheres participantes do estudo nas escalas dos questionários QLQ-C30 e QLQ-BR23 segundo a classificação econômica pela ABEP, 2014-2016. Juiz de Fora, MG, Brasil.



As mulheres que residiam no município sede do serviço de oncologia apresentaram melhor qualidade de vida na escala de saúde global do QLQ-C30 do que aquelas que residiam em outros municípios (figura 26 e tabela 10).

Figura 26. Escore médio da qualidade de vida das mulheres participantes do estudo nas escalas dos questionários QLQ-C30 e QLQ-BR23 segundo o local de residência, 2014-2016. Juiz de Fora, MG, Brasil.

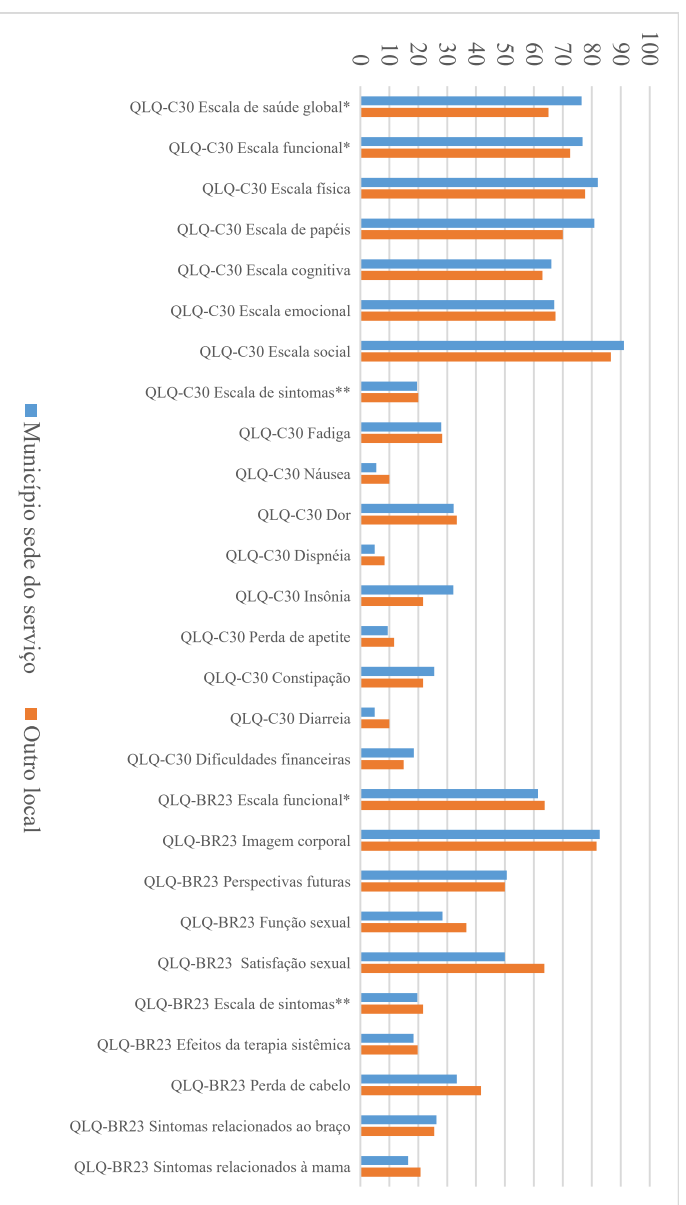


Tabela 10. Qualidade de vida das mulheres participantes do estudo nas escalas dos questionários QLQ-C30 e QLQ-BR23 segundo as características sociodemográficas, 2014-2016. Juiz de Fora, MG, Brasil.

QLQ-C30	n (%) ¹	Faixa etária		p	Raça autodeclarada		p	Grau de instrução		p
		<50 anos	≥50 anos		Branca	Negra		≥ 8 anos	< 8 anos	
Escala de saúde global^{**2}	M (DP)	70,0 (22,6)	76,1 (18,1)		75,6 (19,6)	72,4 (19,8)		74,4 (20,9)	73,9 (17,8)	
	Me (IIQ)	70,8 (41,7)	83,3 (25,0)	0,197	79,2 (33,3)	66,7 (25,0)	0,423	83,3 (33,3)	75,0 (25,0)	0,726
Escala funcional^{**3}	M (DP)	71,7 (21,3)	77,8 (19,2)		75,1 (20,4)	77,3 (17,6)		78,8 (18,8)	71,8 (19,4)	
	Me (IIQ)	75,6 (29,9)	80,0 (20,0)	0,146	76,7 (26,7)	82,2 (24,4)	0,564	84,4 (22,2)	75,6 (26,7)	0,071
Escala física ²	M (DP)	81,1 (16,8)	81,2 (18,9)		79,7 (19,3)	83,4 (16,5)		83,9 (17,6)	77,2 (18,7)	
	Me (IIQ)	86,7 (26,7)	86,7 (20,0)	0,769	86,7 (26,7)	86,7 (26,7)	0,372	86,7 (20,0)	80,0 (26,7)	0,036
Escala de papéis ²	M (DP)	72,8 (33,8)	81,2 (25,8)		77,5 (31,9)	80,5 (22,8)		83,3 (27,8)	71,9 (28,5)	
	Me (IIQ)	83,3 (50,0)	100 (33,3)	0,298	100 (33,3)	83,3 (33,3)	0,848	100 (33,3)	66,7 (33,3)	0,009
Escala emocional ²	M (DP)	52,5 (33,3)	70,9 (29,2)		64,9 (31,7)	66,3 (31,4)		69,2 (30,5)	59,9 (32,5)	
	Me (IIQ)	62,5 (58,3)	75,0 (41,7)	0,006	75,0 (50,0)	75,0 (50,0)	0,834	75,0 (41,7)	75,0 (50,0)	0,114
Escala cognitiva ²	M (DP)	67,2 (30,8)	67,1 (31,4)		67,5 (31,2)	66,7 (31,2)		69,7 (30,3)	63,4 (32,1)	
	Me (IIQ)	75,0 (33,3)	83,3 (50,0)	0,921	83,3 (41,7)	66,7 (50,0)	0,916	83,3 (41,7)	66,7 (66,7)	0,362
Escala social ²	M (DP)	90,0 (21,3)	90,4 (21,8)		89,2 (23,3)	91,9 (18,7)		90,3 (20,6)	90,2 (22,9)	
	Me (IIQ)	100 (16,7)	100 (0,0)	0,542	100 (8,3)	100 (0,0)	0,816	100 (16,7)	100 (0,0)	0,671
Escala de sintomas^{**3}	M (DP)	21,8 (20,2)	18,8 (15,4)		21,1 (18,9)	17,6 (13,4)		19,2 (17,3)	20,4 (16,5)	
	Me (IIQ)	15,4 (20,5)	15,4 (25,6)	0,416	15,4 (26,9)	15,4 (15,4)	0,274	17,9 (25,6)	15,4 (20,5)	0,728
Fadiga ²	M (DP)	33,3 (31,1)	25,8 (26,8)		31,8 (30,6)	22,5 (23,5)		28,1 (29,2)	27,9 (27,1)	
	Me (IIQ)	22,2 (44,4)	11,1 (44,4)	0,209	22,2 (50,0)	11,1 (33,3)	0,168	22,2 (44,4)	11,1 (33,3)	0,776
Náusea ²	M (DP)	12,2 (20,5)	3,9 (10,3)		6,7 (17,1)	60,1 (9,7)		7,2 (16,9)	5,3 (10,2)	
	Me (IIQ)	0,0 (16,7)	0,0 (0,0)	0,055	0,0 (0,0)	0,0 (16,7)	0,157	0,0 (0,0)	0,0 (16,7)	0,627
Dor ²	M (DP)	29,4 (29,3)	33,8 (36,3)		32,5 (36,5)	32,5 (31,2)		30,6 (34,2)	35,4 (34,6)	
	Me (IIQ)	16,7 (50,0)	16,7 (66,7)	0,866	16,7 (66,7)	16,7 (50,0)	0,599	16,7 (50,0)	16,7 (50,0)	0,330
Dispneia ²	M (DP)	7,8 (16,8)	4,7 (12,9)		5,6 (15,2)	5,7 (12,7)		6,7 (16,0)	4,1 (11,0)	
	Me (IIQ)	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	0,338	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	0,662	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	0,501
Insônia ²	M (DP)	17,8 (29,9)	35,2 (40,6)		32,8 (40,0)	26,0 (36,1)		23,9 (34,7)	39,0 (42,1)	
	Me (IIQ)	0,0 (33,3)	33,3 (66,7)	0,051	0,0 (66,7)	0,0 (33,3)	0,414	0,0 (33,3)	33,3 (66,7)	0,078
Perda de apetite ²	M (DP)	13,3 (27,1)	8,5 (25,6)		8,3 (23,5)	12,2 (29,6)		8,3 (25,0)	12,2 (27,6)	
	Me (IIQ)	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	0,154	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	0,568	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	0,306
Constipação ²	M (DP)	26,7 (33,2)	23,9 (39,1)		27,8 (38,4)	20,3 (35,6)		25,6 (37,0)	23,6 (38,2)	
	Me (IIQ)	0,0 (66,7)	0,0 (33,3)	0,378	0,0 (50,0)	0,0 (33,3)	0,243	0,0 (50,0)	0,0 (33,3)	0,723
Diarreia ²	M (DP)	10,0 (24,9)	4,2 (13,7)		6,1 (18,9)	5,7 (16,5)		7,2 (18,5)	4,1 (16,9)	
	Me (IIQ)	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	0,296	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	0,951	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	0,247
Dificuldades financeiras ²	M (DP)	24,4 (15,0)	15,0 (30,2)		20,6 (35,3)	13,8 (25,8)		17,8 (32,2)	17,9 (31,7)	
	Me (IIQ)	0,0 (33,3)	0,0 (0,0)	0,077	0,0 (33,3)	0,0 (33,3)	0,652	0,0 (33,3)	0,0 (33,3)	0,979
QLQ BR-23										
Escala funcional^{**3}	M (DP)	59,1 (20,6)	63,1 (15,6)		60,8 (16,0)	63,5 (18,9)		61,9 (18,8)	61,9 (14,7)	
	Me (IIQ)	64,6 (32,1)	66,7 (17,3)	0,353	62,5 (21,1)	70,8 (16,7)	0,428	66,7 (23,8)	62,5 (19,1)	0,999
Imagem corporal ²	M (DP)	74,2 (26,2)	85,9 (23,6)		82,8 (24,4)	82,3 (25,8)		81,2 (27,6)	84,5 (20,2)	
	Me (IIQ)	83,3 (25,0)	100 (25,0)	0,001	91,7 (25,0)	91,7 (25,0)	0,994	91,7 (25,0)	91,7 (25,0)	0,896
Perspectivas futuras ²	M (DP)	33,3 (42,9)	57,7 (41,0)		43,3 (42,2)	60,9 (42,1)		44,4 (41,5)	59,3 (43,8)	
	Me (IIQ)	0,0 (66,7)	66,7 (100)	0,009	33,3 (100)	66,7 (66,7)	0,037	33,3 (100)	66,7 (100)	0,083
Função sexual ²	M (DP)	43,9 (31,4)	21,2 (28,4)		30,3 (29,5)	29,7 (32,4)		35,8 (31,6)	21,5 (21,2)	
	Me (IIQ)	50,0 (33,3)	16,7 (50,0)	0,004	33,3 (50,0)	16,7 (50,0)	0,793	33,3 (66,7)	0,0 (33,3)	0,020
Satisfação sexual ²	M (DP)	54,5 (37,9)	51,3 (66,7)		49,2 (38,5)	59,6 (39,4)		54,2 (38,3)	49,1 (40,6)	
	Me (IIQ)	50,0 (66,7)	66,7 (100)	0,752	50,0 (83,3)	66,7 (66,7)	0,326	66,7 (66,7)	66,7 (100)	0,645
Escala de sintomas^{**3}	M (DP)	25,9 (21,6)	17,7 (14,0)		20,3 (18,2)	19,9 (15,1)		19,5 (16,8)	20,9 (17,3)	
	Me (IIQ)	26,5 (28,9)	14,3 (17,3)	0,060	14,9 (21,9)	17,8 (23,8)	0,899	15,5 (23,2)	17,8 (19,1)	0,673
Efeitos da terapia sistêmica ²	M (DP)	23,0 (21,8)	16,8 (15,5)		20,2 (18,9)	16,3 (15,7)		18,2 (17,5)	19,3 (18,2)	
	Me (IIQ)	16,7 (23,8)	9,5 (23,8)	0,256	14,3 (23,8)	9,5 (23,8)	0,385	16,7 (23,8)	9,5 (23,8)	0,655
Perda de cabelo ²	M (DP)	48,5 (50,2)	28,8 (40,2)		40,6 (47,1)	23,3 (35,3)		22,2 (37,9)	51,1 (46,9)	
	Me (IIQ)	33,3 (100)	0,0 (66,7)	0,272	0,0 (100)	0,0 (33,3)	0,398	0,0 (33,3)	66,7 (100)	0,082
Sintomas relacionados ao braço ²	M (DP)	31,8 (31,2)	23,8 (27,8)		22,8 (27,3)	31,2 (30,9)		23,7 (28,4)	29,8 (29,9)	
	Me (IIQ)	27,8 (55,6)	11,1 (33,3)	0,190	11,1 (33,3)	22,2 (44,4)	0,114	11,1 (33,3)	22,2 (44,4)	0,191
Sintomas relacionados à mama ²	M (DP)	25,6 (25,5)	13,9 (16,7)		17,1 (20,6)	17,9 (20,2)		19,0 (21,8)	15,0 (17,9)	
	Me (IIQ)	25,0 (33,3)	8,3 (25,0)	0,025	8,3 (25,0)	8,3 (25,0)	0,708	8,3 (33,3)	8,3 (25,0)	0,478

Fonte: dados da pesquisa (2019).

M – Média; DP – Desvio padrão; Me – Mediana; IIQ – Intervalo interquartil; 1 As diferenças são justificadas pela ausência de informação; 2 Valor de p do teste de Mann-Whitney; 3 Valor de p do teste T de Student; *correlação positiva. Maiores escores, melhor qualidade de vida; **correlação negativa. Maiores escores, pior qualidade de vida.

Continua

Continuação
Tabela 10. Qualidade de vida das mulheres participantes do estudo nas escalas dos questionários QLQ-C30 e QLQ-BR23 segundo as características sociodemográficas, 2014-2016. Juiz de Fora, MG, Brasil.

		Situação conjugal			Situação ocupacional		Tipo de assistência			
		Com companheiro	Sem companheiro	p	Exerce atividade remunerada	Não exerce atividade remunerada	p	Privada	Pública	p
QLQ-C30	n (%)¹	54 (53,5)	47 (46,5)		36 (36,0)	64 (64,0)		45 (44,6)	56 (55,4)	
Escala de saúde global ^{*2}	M (DP)	77,3 (20,2)	70,4 (18,5)		77,3 (21,4)	72,8 (18,6)		77,0 (19,5)	72,0 (19,6)	
	Me (IIQ)	83,3 (41,7)	66,7 (25,0)	0,074	83,3 (29,2)	66,7 (29,2)	0,159	83,3 (25,0)	70,8 (33,3)	0,173
Escala funcional ^{*3}	M (DP)	80,3 (18,1)	71,1 (19,5)		79,2 (16,9)	74,1 (20,5)		78,9 (18,4)	73,7 (19,8)	
	Me (IIQ)	86,7 (24,4)	75,6 (31,1)	0,016	82,2 (27,8)	78,9 (28,9)	0,204	84,4 (22,2)	77,8 (27,8)	0,181
Escala física ²	M (DP)	84,9 (16,6)	76,9 (19,2)		85,2 (14,9)	78,8 (19,8)		82,9 (19,4)	79,8 (17,4)	
	Me (IIQ)	86,7 (20,0)	80,0 (33,3)	0,024	90,0 (20,0)	80,0 (26,7)	0,129	86,7 (20,0)	83,3 (26,7)	0,152
Escala de papéis ²	M (DP)	82,7 (28,9)	74,1 (27,5)		81,5 (24,2)	77,1 (30,9)		84,8 (26,8)	73,8 (29,1)	
	Me (IIQ)	100 (33,3)	66,7 (33,3)	0,034	100 (33,3)	100 (33,3)	0,737	100 (16,7)	83,3 (33,3)	0,018
Escala emocional ²	M (DP)	69,6 (30,5)	60,6 (32,2)		65,9 (28,6)	64,9 (33,4)		68,7 (28,5)	62,8 (33,7)	
	Me (IIQ)	75,0 (41,7)	66,7 (58,3)	0,131	75,0 (45,8)	75,0 (50,0)	0,806	75,0 (50,0)	75,0 (58,3)	0,459
Escala cognitiva ²	M (DP)	74,7 (29,9)	58,5 (30,3)		71,3 (29,9)	64,3 (31,5)		71,5 (29,4)	63,7 (32,1)	
	Me (IIQ)	83,3 (33,3)	66,7 (50,0)	0,003	83,3 (50,0)	66,7 (58,3)	0,268	83,3 (16,7)	66,7 (66,7)	0,248
Escala social ²	M (DP)	93,2 (17,9)	86,9 (24,8)		96,3 (12,7)	86,9 (24,7)		90,4 (21,5)	90,2 (21,7)	
	Me (IIQ)	100 (0,0)	100 (16,7)	0,115	100 (0,0)	100 (16,7)	0,022	100 (0,0)	100 (8,3)	0,953
Escala de sintomas ^{**3}	M (DP)	16,7 (16,4)	23,1 (16,9)		15,7 (14,9)	21,6 (17,7)		19,7 (18,1)	19,7 (16,0)	
	Me (IIQ)	12,8 (17,9)	20,5 (23,1)	0,059	12,8 (16,7)	19,2 (24,4)	0,096	17,9 (25,6)	15,4 (20,5)	0,993
Fadiga ²	M (DP)	24,1 (25,8)	32,6 (30,4)		24,0 (26,5)	29,9 (29,1)		27,6 (28,5)	28,4 (28,3)	
	Me (IIQ)	16,7 (33,3)	22,2 (44,4)	0,149	16,7 (38,9)	22,2 (55,6)	0,415	22,2 (44,4)	11,1 (33,3)	0,744
Náusea ²	M (DP)	5,5 (14,1)	7,4 (15,1)		5,6 (11,3)	6,2 (15,3)		6,3 (16,0)	6,5 (13,4)	
	Me (IIQ)	0,0 (0,0)	0,0 (16,7)	0,306	0,0 (8,3)	0,0 (0,0)	0,676	0,0 (0,0)	0,0 (8,3)	0,585
Dor ²	M (DP)	28,7 (32,6)	36,9 (35,9)		25,0 (32,5)	36,7 (35,0)		32,2 (36,5)	32,7 (32,7)	
	Me (IIQ)	16,7 (50,0)	16,7 (66,7)	0,208	16,7 (41,7)	33,3 (66,7)	0,084	16,7 (66,7)	16,7 (58,3)	0,681
Dispneia ²	M (DP)	4,9 (13,6)	6,4 (14,9)		2,8 (9,3)	6,8 (15,9)		6,7 (16,8)	4,8 (11,8)	
	Me (IIQ)	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	0,573	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	0,210	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	0,790
Insônia ²	M (DP)	24,1 (36,9)	36,8 (36,9)		23,1 (33,6)	33,8 (40,9)		31,1 (37,2)	29,2 (39,7)	
	Me (IIQ)	0,0 (33,3)	33,3 (66,7)	0,049	0,0 (33,3)	0,0 (66,7)	0,229	33,3 (66,7)	0,0 (66,7)	0,565
Perda de apetite ²	M (DP)	4,3 (17,2)	16,3 (32,5)		7,4 (21,2)	11,5 (28,6)		9,6 (27,2)	10,1 (25,4)	
	Me (IIQ)	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	0,022	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	0,729	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	0,744
Constipação ²	M (DP)	24,7 (35,6)	24,8 (39,6)		23,1 (34,6)	25,0 (38,9)		27,0 (37,8)	22,6 (37,1)	
	Me (IIQ)	0,0 (33,3)	0,0 (33,3)	0,800	0,0 (33,3)	0,0 (33,3)	0,896	0,0 (33,3)	0,0 (33,3)	0,382
Diarreia ²	M (DP)	6,8 (18,7)	4,9 (16,9)		5,5 (14,9)	6,2 (19,6)		6,7 (16,8)	5,4 (18,8)	
	Me (IIQ)	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	0,680	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	0,731	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	0,349
Dificuldades financeiras ²	M (DP)	12,3 (28,4)	24,1 (34,5)		9,3 (24,7)	22,4 (34,7)		14,1 (30,6)	20,8 (32,8)	
	Me (IIQ)	0,0 (0,0)	0,0 (33,3)	0,031	0,0 (0,0)	0,0 (33,3)	0,037	0,0 (0,0)	0,0 (33,3)	0,168
QLQ BR-23										
Escala funcional ^{*3}	M (DP)	64,3 (17,6)	59,1 (16,5)		62,5 (20,6)	61,5 (15,3)		62,8 (16,9)	61,2 (17,6)	
	Me (IIQ)	66,7 (21,2)	61,9 (19,0)	0,135	66,7 (27,1)	62,5 (19,0)	0,773	66,7 (20,8)	66,7 (21,4)	0,646
Imagem corporal ²	M (DP)	81,9 (26,4)	83,3 (23,2)		77,1 (29,3)	85,7 (21,8)		84,8 (21,6)	80,8 (27,2)	
	Me (IIQ)	91,7 (25,0)	91,7 (25,0)	0,864	91,7 (33,3)	91,7 (25,0)	0,146	91,7 (25,0)	91,7 (25,0)	0,665
Perspectivas futuras ²	M (DP)	43,8 (42,4)	58,2 (42,5)		49,1 (44,7)	51,6 (42,4)		42,2 (38,5)	57,1 (45,3)	
	Me (IIQ)	33,3 (100)	66,7 (100)	0,092	50,0 (100)	66,7 (100)	0,798	33,3 (66,7)	66,7 (100)	0,078
Função sexual ²	M (DP)	43,5 (28,5)	14,5 (25,2)		41,2 (30,2)	23,2 (28,9)		32,6 (30,3)	27,9 (30,8)	
	Me (IIQ)	33,3 (33,3)	0,0 (16,7)	<0,001	33,3 (41,7)	8,3 (50,0)	0,003	33,3 (50,0)	16,7 (50,0)	0,388
Satisfação sexual ²	M (DP)	55,3 (36,6)	44,4 (44,8)		62,9 (36,2)	44,1 (39,8)		57,1 (38,3)	48,4 (39,3)	
	Me (IIQ)	66,7 (66,7)	66,7 (100)	0,368	66,7 (66,7)	33,3 (66,7)	0,069	66,7 (66,7)	33,3 (100)	0,392
Escala de sintomas ^{**3}	M (DP)	18,6 (17,6)	21,9 (16,2)		17,3 (14,5)	21,6 (18,2)		18,0 (16,9)	21,8 (16,9)	
	Me (IIQ)	12,6 (23,8)	19,0 (24,4)	0,337	13,9 (22,6)	17,2 (22,1)	0,229	11,9 (19,5)	19,0 (26,4)	0,262
Efeitos da terapia sistêmica ²	M (DP)	15,7 (17,5)	21,9 (17,6)		16,4 (15,2)	19,9 (19,1)		17,0 (17,1)	19,9 (18,2)	
	Me (IIQ)	9,5 (19,0)	19,0 (28,6)	0,025	11,9 (19,0)	16,7 (23,8)	0,522	14,3 (19,0)	14,3 (23,8)	0,358
Perda de cabelo ²	M (DP)	37,2 (45,5)	33,3 (43,9)		23,1 (39,4)	43,9 (47,2)		21,4 (36,1)	45,6 (47,4)	
	Me (IIQ)	0,0 (100)	0,0 (83,3)	0,811	0,0 (33,3)	33,3 (100)	0,191	0,0 (33,3)	33,3 (100)	0,183
Sintomas relacionados ao braço ²	M (DP)	24,7 (31,0)	27,9 (26,7)		21,3 (27,1)	28,8 (30,1)		22,5 (25,8)	29,2 (31,2)	
	Me (IIQ)	11,1 (44,4)	22,2 (44,4)	0,206	11,1 (33,3)	16,7 (55,6)	0,187	11,1 (33,3)	16,7 (55,6)	0,285
Sintomas relacionados à mama ²	M (DP)	18,2 (22,3)	16,5 (18,0)		15,7 (17,9)	17,9 (21,6)		16,7 (21,3)	18,0 (19,7)	
	Me (IIQ)	8,3 (25,0)	8,3 (33,3)	0,919	8,3 (29,2)	8,3 (25,0)	0,789	8,3 (25,0)	8,3 (29,2)	0,595

Fonte: dados da pesquisa (2019).

M – Média; DP – Desvio padrão; Me – Mediana; IIQ – Intervalo interquartil; 1 As diferenças são justificadas pela ausência de informação; 2 Valor de p do teste de Mann-Whitney; 3 Valor de p do teste T de Student; *correlação positiva. Maiores escores, melhor qualidade de vida; **correlação negativa. Maiores escores, pior qualidade de vida.

Continua

Continuação

Tabela 10. Qualidade de vida das mulheres participantes do estudo nas escalas dos questionários QLQ-C30 e QLQ-BR23 segundo as características sociodemográficas, 2014-2016. Juiz de Fora, MG, Brasil.

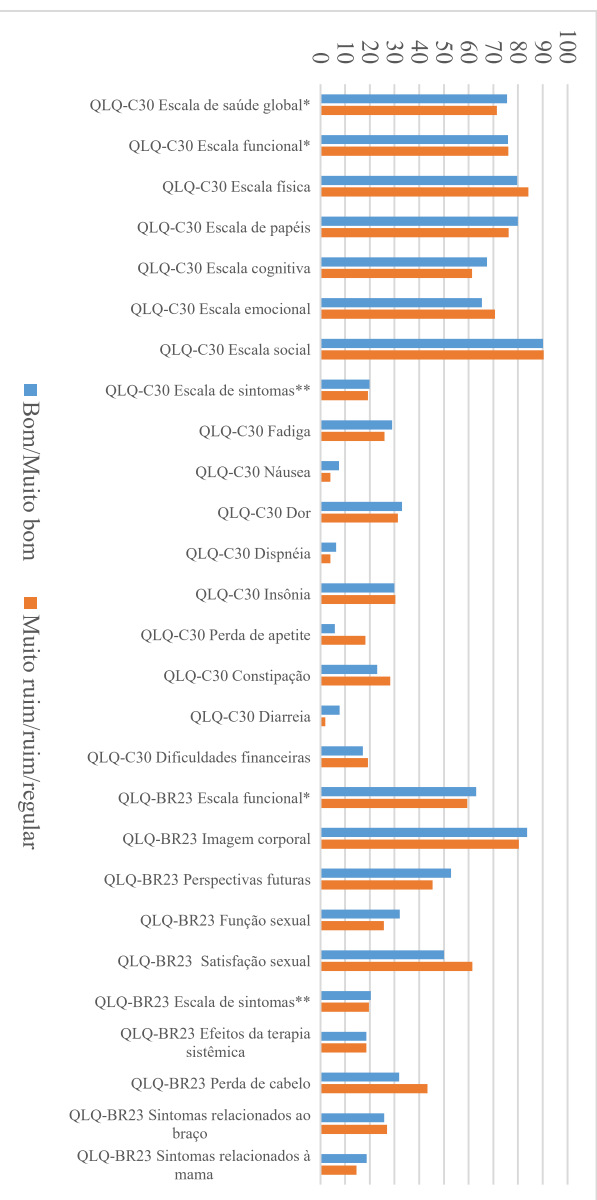
		Renda per capita		Situação socioeconômica (ABEP)			Local de residência			
		≥ 0,5 salário mínimo	< 0,5 salário mínimo	p	A1-B1-B2	C1-C2-D/E	p	Município sede do serviço	Outro local	p
QLQ-C30	n (%)¹	84 (86,6)	13 (13,4)		43 (42,6)	58 (57,4)		81 (80,2)	20 (19,8)	
Escala de saúde global ²	M (DP)	76,8 (18,6)	57,7 (17,5)		77,1 (19,2)	72,1 (19,8)		76,5 (18,7)	65,0 (20,9)	
	Me (IIQ)	83,3 (25,0)	50,0 (8,3)	0,001	83,3 (25,0)	75,0 (25,0)	0,171	83,3 (33,3)	66,7 (33,3)	0,033
Escala funcional ³	M (DP)	79,1 (16,5)	55,0 (22,7)		81,2 (16,6)	72,1 (20,3)		76,8 (19,1)	72,6 (20,0)	
	Me (IIQ)	81,1 (20,0)	62,2 (31,1)	<0,001	84,4 (22,2)	75,6 (28,9)	0,019	80,0 (22,2)	74,4 (25,6)	0,375
Escala física ²	M (DP)	82,8 (18,2)	69,2 (15,3)		83,9 (18,4)	79,2 (18,1)		82,1 (17,9)	77,7 (19,6)	
	Me (IIQ)	86,7 (20,0)	66,7 (20,0)	0,003	93,3 (20,0)	80,0 (26,7)	0,093	86,7 (13,3)	73,3 (40,0)	0,506
Escala de papéis ²	M (DP)	82,1 (24,8)	56,4 (38,2)		89,5 (18,9)	70,7 (31,7)		80,9 (26,9)	70,0 (33,6)	
	Me (IIQ)	100 (33,3)	66,7 (50,0)	0,008	100 (16,7)	66,7 (50,0)	0,001	100 (33,3)	75,0 (50,0)	0,174
Escala emocional ²	M (DP)	70,0 (28,1)	33,9 (31,3)		72,1 (30,4)	60,5 (31,6)		66,0 (32,2)	62,9 (28,7)	
	Me (IIQ)	75,0 (41,7)	25,0 (41,7)	0,001	83,3 (41,7)	66,7 (50,0)	0,029	75,0 (50,0)	70,8 (37,5)	0,434
Escala cognitiva ²	M (DP)	69,8 (29,9)	50,0 (36,4)		72,5 (27,9)	63,2 (32,9)		67,1 (31,2)	67,5 (31,3)	
	Me (IIQ)	83,3 (50,0)	66,7 (50,0)	0,052	83,3 (50,0)	66,7 (66,8)	0,198	83,3 (50,0)	66,7 (50,0)	0,969
Escala social ²	M (DP)	94,6 (13,7)	65,4 (38,2)		93,0 (16,4)	88,2 (24,6)		91,1 (20,9)	86,7 (23,9)	
	Me (IIQ)	100 (0,0)	66,7 (50,0)	0,001	100 (0,0)	100 (16,7)	0,391	100 (0,0)	100 (16,7)	0,117
Escala de sintomas ^{**3}	M (DP)	17,5 (14,8)	31,7 (20,1)		17,5 (15,9)	21,3 (17,6)		19,6 (16,8)	20,0 (17,9)	
	Me (IIQ)	12,8 (23,1)	25,6 (17,9)	0,003	12,8 (23,1)	17,9 (23,1)	0,262	15,4 (25,6)	19,2 (19,2)	0,924
Fadiga ²	M (DP)	24,3 (25,7)	50,4 (30,9)		25,8 (25,5)	29,7 (30,2)		27,9 (28,0)	28,3 (29,8)	
	Me (IIQ)	11,1 (38,9)	55,6 (33,3)	0,004	22,2 (44,4)	16,7 (55,6)	0,670	22,2 (44,4)	11,1 (50,0)	0,993
Náusea ²	M (DP)	4,8 (12,0)	15,4 (24,0)		5,0 (13,9)	7,5 (15,0)		5,5 (13,4)	10,0 (18,3)	
	Me (IIQ)	0,0 (0,0)	0,0 (16,7)	0,073	0,0 (0,0)	0,0 (16,7)	0,207	0,0 (0,0)	0,0 (16,7)	0,157
Dor ²	M (DP)	30,7 (34,8)	46,1 (29,8)		28,7 (33,4)	35,3 (34,9)		32,3 (34,3)	33,3 (35,0)	
	Me (IIQ)	16,7 (58,3)	50,0 (33,3)	0,072	16,7 (50,0)	16,7 (66,7)	0,355	16,7 (66,7)	16,7 (58,3)	0,958
Dispneia ²	M (DP)	4,8 (12,8)	7,7 (19,9)		2,3 (8,6)	8,0 (16,9)		4,9 (13,0)	8,3 (18,3)	
	Me (IIQ)	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	0,761	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	0,053	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	0,443
Insônia ²	M (DP)	28,9 (38,3)	35,9 (35,6)		27,9 (38,4)	31,6 (38,7)		32,1 (39,6)	21,7 (32,9)	
	Me (IIQ)	0,0 (66,7)	33,3 (66,7)	0,514	0,0 (66,7)	0,0 (66,7)	0,574	0,0 (66,7)	0,0 (50,0)	0,269
Perda de apetite ²	M (DP)	7,9 (24,1)	17,9 (29,2)		5,4 (21,7)	13,2 (28,6)		9,5 (26,5)	11,7 (24,8)	
	Me (IIQ)	0,0 (0,0)	0,0 (33,3)	0,083	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	0,065	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	0,517
Constipação ²	M (DP)	25,4 (37,9)	12,8 (21,7)		31,0 (41,4)	20,1 (33,6)		25,5 (38,1)	21,7 (34,7)	
	Me (IIQ)	0,0 (33,3)	0,0 (33,3)	0,425	0,0 (66,7)	0,0 (33,3)	0,222	0,0 (33,3)	0,0 (33,3)	0,766
Diarreia ²	M (DP)	3,9 (13,1)	20,5 (34,8)		6,2 (16,7)	5,7 (18,9)		4,9 (16,8)	10,0 (21,9)	
	Me (IIQ)	0,0 (0,0)	0,0 (33,3)	0,021	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	0,616	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	0,208
Dificuldades financeiras ²	M (DP)	13,1 (28,8)	43,6 (34,4)		9,3 (20,9)	24,1 (36,8)		18,5 (32,9)	15,0 (27,5)	
	Me (IIQ)	0,0 (0,0)	33,3 (33,3)	0,001	0,0 (0,0)	0,0 (33,3)	0,050	0,0 (33,3)	0,0 (33,3)	0,886
QLQ BR-23										
Escala funcional ³	M (DP)	62,1 (17,5)	58,4 (14,4)		62,2 (18,3)	61,7 (16,6)		61,4 (17,4)	63,7 (16,6)	
	Me (IIQ)	66,7 (19,0)	58,3 (19,0)	0,474	66,7 (25,0)	66,7 (19,0)	0,875	66,7 (19,0)	69,0 (23,8)	0,598
Imagem corporal ²	M (DP)	82,8 (25,9)	78,2 (18,8)		81,9 (23,8)	83,0 (25,7)		82,8 (26,2)	81,7 (18,6)	
	Me (IIQ)	91,7 (25,0)	75,0 (16,7)	0,104	91,7 (25,0)	91,7 (25,0)	0,386	91,7 (25,0)	87,5 (20,8)	0,168
Perspectivas futuras ²	M (DP)	52,8 (42,1)	35,9 (44,0)		51,9 (43,8)	49,4 (42,5)		50,6 (43,2)	50,0 (42,6)	
	Me (IIQ)	66,7 (100)	0,0 (66,7)	0,175	66,7 (100)	50,0 (100)	0,776	66,7 (100)	66,7 (100)	0,893
Função sexual ²	M (DP)	29,6 (29,3)	32,1 (35,7)		32,2 (30,7)	28,4 (30,6)		28,4 (28,6)	36,7 (37,7)	
	Me (IIQ)	33,3 (50,0)	33,3 (50,0)	0,961	33,3 (50,0)	25,0 (50,0)	0,500	33,3 (50,0)	33,3 (75,0)	0,476
Satisfação sexual ²	M (DP)	50,7 (39,4)	57,1 (37,1)		53,6 (40,9)	51,6 (37,4)		50,0 (38,9)	63,6 (37,9)	
	Me (IIQ)	66,7 (100)	66,7 (66,7)	0,688	66,7 (100)	66,7 (66,7)	0,826	66,7 (83,3)	66,7 (66,7)	0,277
Escala de sintomas ^{**3}	M (DP)	17,9 (14,2)	32,6 (24,2)		14,9 (13,3)	23,9 (18,4)		19,7 (15,7)	21,7 (21,6)	
	Me (IIQ)	13,8 (19,8)	28,6 (27,3)	0,052	9,5 (15,2)	21,4 (23,8)	0,005	16,7 (19,7)	16,7 (34,3)	0,636
Efeitos da terapia sistêmica ²	M (DP)	16,4 (14,8)	31,1 (24,6)		13,4 (14,0)	22,5 (19,2)		18,3 (17,1)	19,8 (20,5)	
	Me (IIQ)	9,5 (21,4)	28,6 (38,1)	0,045	9,5 (23,8)	19,0 (28,6)	0,010	14,3 (23,8)	11,9 (26,2)	0,986
Perda de cabelo ²	M (DP)	21,8 (35,2)	100 (0,0)		13,3 (32,2)	44,9 (45,6)		33,3 (43,0)	41,7 (49,6)	
	Me (IIQ)	0,0 (33,3)	100 (0,0)	0,001	0,0 (0,0)	33,3 (100)	0,054	0,0 (66,7)	16,7 (100)	0,659
Sintomas relacionados ao braço ²	M (DP)	23,3 (26,4)	43,6 (34,9)		19,6 (22,6)	31,0 (32,3)		26,3 (28,9)	25,6 (29,9)	
	Me (IIQ)	11,1 (33,3)	33,3 (44,4)	0,029	11,1 (33,3)	22,2 (55,6)	0,088	11,1 (44,4)	16,7 (33,3)	0,906
Sintomas relacionados à mama ²	M (DP)	16,4 (18,7)	21,8 (30,1)		14,3 (16,5)	19,7 (22,7)		16,6 (18,7)	20,8 (16,1)	
	Me (IIQ)	8,3 (29,2)	8,3 (25,0)	0,857	8,3 (50,0)	8,3 (33,3)	0,377	8,3 (25,0)	8,3 (25,0)	0,623

Fonte: dados da pesquisa (2019).

M – Média; DP – Desvio padrão; Me – Mediana; IIQ – Intervalo interquartil; 1 As diferenças são justificadas pela ausência de informação; 2 Valor de p do teste de Mann-Whitney; 3 Valor de p do teste T de Student; *correlação positiva. Maiores escores, melhor qualidade de vida; **correlação negativa. Maiores escores, pior qualidade de vida.

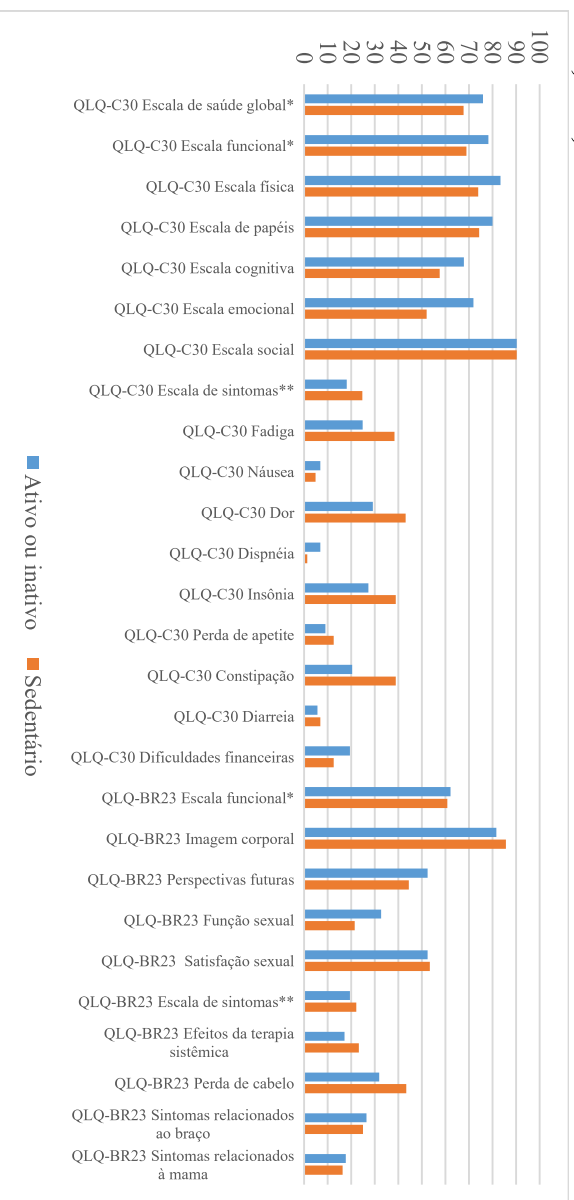
Os hábitos alimentares autorreferidos não apresentaram associação estatisticamente significativa com a qualidade de vida (figura 27 e tabela 11).

Figura 27. Escore médio da qualidade de vida das mulheres participantes do estudo nas escalas dos questionários QLQ-C30 e QLQ-BR23 segundo os hábitos alimentares autorreferidos, 2014-2016. Juiz de Fora, MG, Brasil.



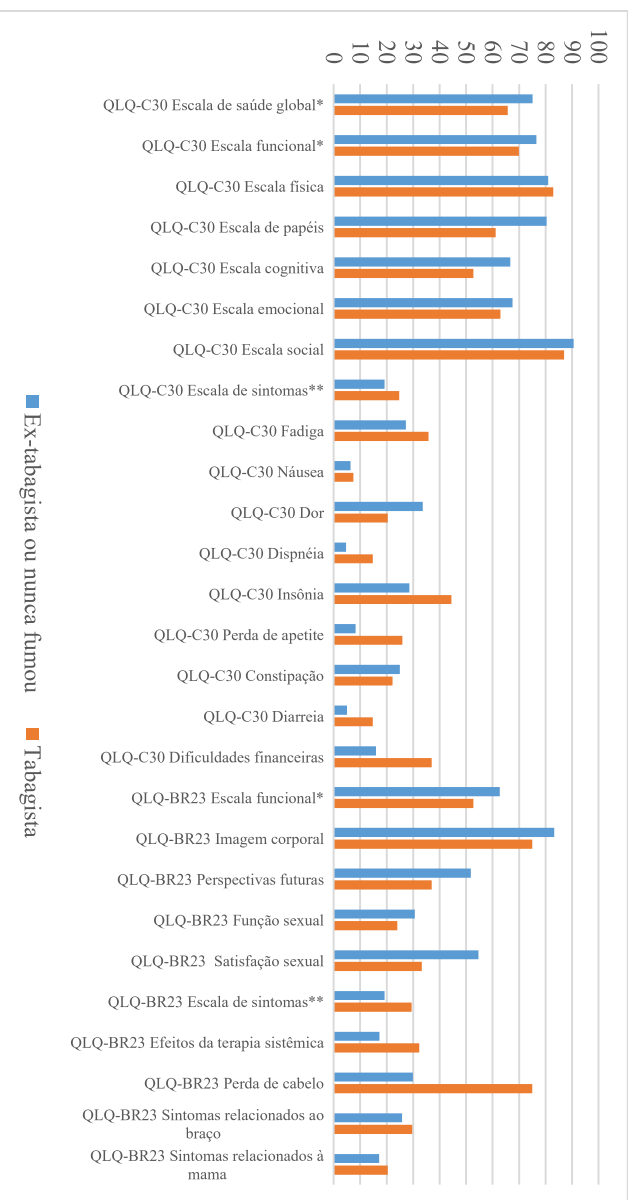
As mulheres que referiram realizar algum tipo de atividade física apresentaram melhor qualidade de vida na escala funcional do QLQ-C30 (funcional, física e cognitiva), na escala de sintomas do QLQ-C30 (fadiga) e do QLQ-BR23 (efeitos da terapia sistêmica) (figura 28 e tabela 11).

Figura 28. Escore médio da qualidade de vida das mulheres participantes do estudo nas escalas dos questionários QLQ-C30 e QLQ-BR23 segundo a prática de atividade física, 2014-2016. Juiz de Fora, MG, Brasil.



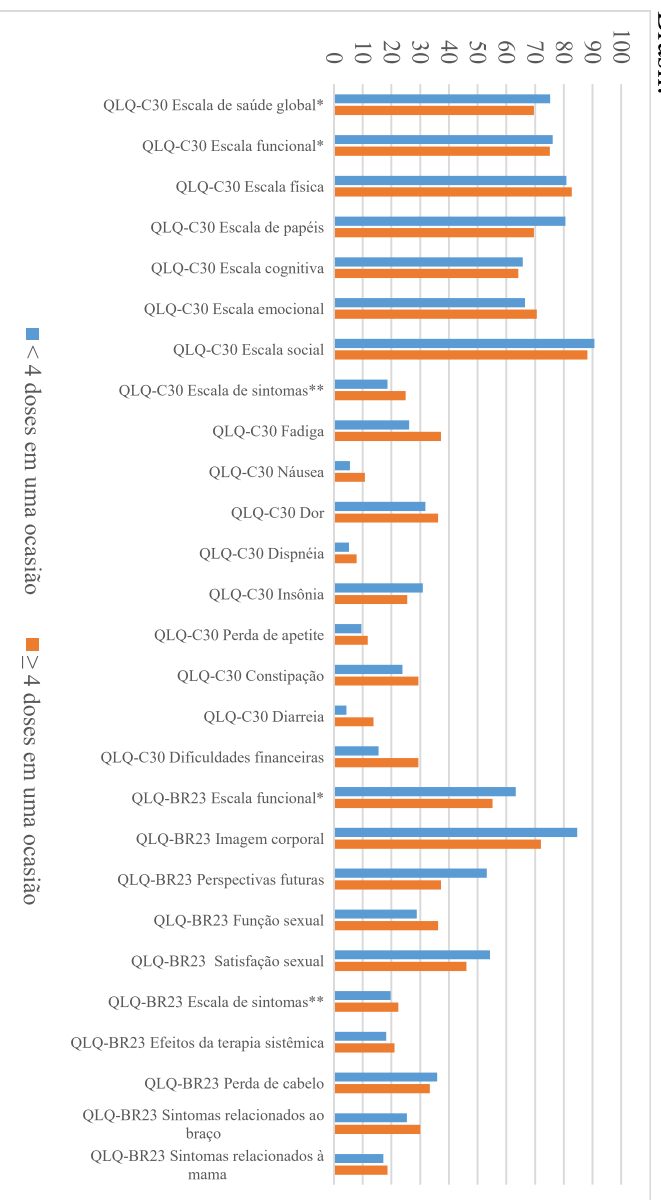
As mulheres que referiram fazer uso do tabaco apresentaram pior qualidade de vida na escala de sintomas no QLQ-C30 (dispneia) e do QLQ-BR23 (efeitos da terapia sistêmica) (figura 29 e tabela 11).

Figura 29. Escore médio da qualidade de vida das mulheres participantes do estudo nas escalas dos questionários QLQ-C30 e QLQ-BR23 segundo o uso do tabaco, 2014-2016. Juiz de Fora, MG, Brasil.



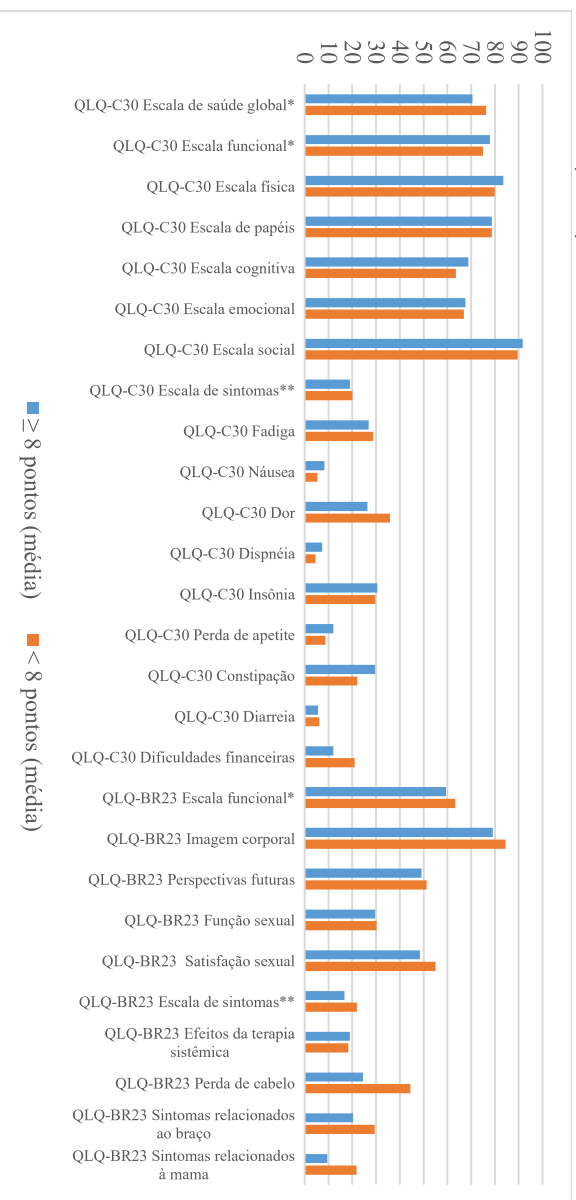
O consumo de bebidas alcoólicas não apresentou associação estatisticamente significativa com a qualidade de vida (figura 30 e tabela 11).

Figura 30. Escore médio da qualidade de vida das mulheres participantes do estudo nas escalas dos questionários QLQ-C30 e QLQ-BR23 segundo o uso do tabaco, 2014-2016. Juiz de Fora, MG, Brasil.



As mulheres com maior pontuação na escala de religiosidade apresentaram pior qualidade de vida na escala funcional do QLQ-BR23 (imagem corporal) e melhor qualidade de vida na escala de sintomas do QLQ-BR23 (efeitos relacionados a mama) (figura 31, tabela 11).

Figura 31. Escore médio da qualidade de vida das mulheres participantes do estudo nas escalas dos questionários QLQ-C30 e QLQ-BR23 segundo a pontuação na escala de religiosidade, 2014-2016. Juiz de Fora, MG, Brasil.



As mulheres com maior pontuação na escala de apoio social apresentaram melhor qualidade de vida na escala funcional do QLQ-C30 (cognitiva), na escala funcional do QLQ-BR23 (funcional) e na escala de sintomas do QLQ-BR23 (sintomas relacionados ao braço e sintomas relacionados à mama) (figura 32 e tabela 11).

Figura 32. Escore médio da qualidade de vida das mulheres participantes do estudo nas escalas dos questionários QLQ-C30 e QLQ-BR23 segundo a pontuação na escala de apoio social, 2014-2016. Juiz de Fora, MG, Brasil.

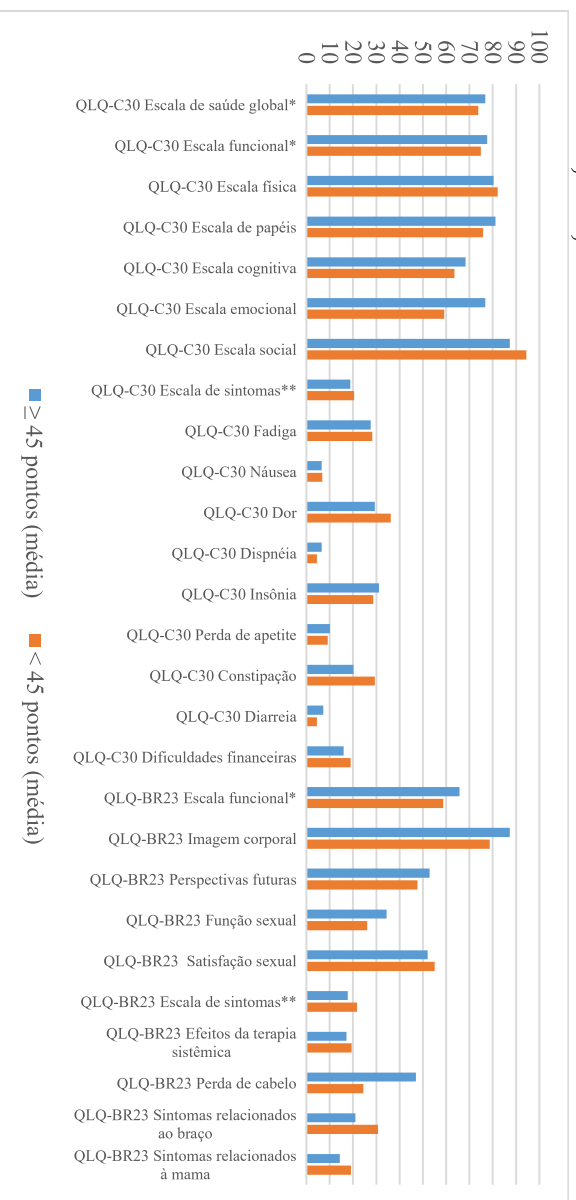


Tabela 11. Qualidade de vida das mulheres participantes do estudo nas escalas dos questionários QLQ-C30 e QLQ-BR23 segundo as características comportamentais, 2014-2016. Juiz de Fora, MG, Brasil.

		Hábitos alimentares autorreferidos		p	Prática de atividade física (IPAC) ⁴			Uso do tabaco		
		Bom/Muito bom	Muito ruim/ruim/re-gular		Ativo ou inativo	Sedentário	p	Ex-tabagista ou nunca fumou	Tabagista	p
QLQ-C30	n (%)¹	68 (67,3)	33 (32,7)		77 (76,2)	24 (23,8)		92 (91,1)	9 (8,9)	
Escala de saúde global ²	M (DP)	75,6 (18,6)	71,5 (21,5)		75,9 (18,2)	67,7 (23,1)		75,1 (19,5)	65,7 (20,2)	
	Me (IIQ)	83,3 (33,3)	75,0 (33,3)	0,397	83,3 (33,3)	66,7 (33,3)	0,202	79,2 (33,3)	58,3 (33,3)	0,142
Escala funcional ³	M (DP)	75,9 (19,8)	76,1 (18,4)		78,2 (18,5)	68,9 (20,3)		76,6 (19,1)	69,9 (21,5)	
	Me (IIQ)	80,0 (23,3)	80,0 (24,4)	0,972	80,0 (22,2)	70,0 (31,1)	0,038	80,0 (24,4)	73,3 (15,6)	0,388
Escala física ²	M (DP)	79,7 (19,7)	84,2 (14,6)		83,5 (17,6)	73,9 (18,8)		81,0 (18,5)	82,9 (17,0)	
	Me (IIQ)	86,7 (26,7)	86,7 (20,0)	0,393	86,7 (13,3)	73,3 (33,3)	0,022	86,7 (23,3)	86,7 (13,3)	0,852
Escala de papéis ²	M (DP)	79,9 (27,8)	76,3 (30,0)		80,1 (29,5)	74,3 (25,0)		80,4 (27,1)	61,1 (37,3)	
	Me (IIQ)	100 (33,3)	100 (33,3)	0,631	100 (33,3)	66,7 (41,7)	0,171	100 (33,3)	66,7 (67,7)	0,101
Escala emocional ²	M (DP)	67,4 (30,3)	61,4 (33,8)		67,9 (30,4)	57,6 (34,1)		66,7 (30,9)	52,8 (35,8)	
	Me (IIQ)	75,0 (45,8)	66,7 (58,3)	0,422	75,0 (41,7)	58,3 (53,3)	0,228	75,0 (50,0)	66,7 (33,3)	0,186
Escala cognitiva ²	M (DP)	65,4 (32,4)	70,7 (28,3)		71,9 (28,5)	52,1 (34,5)		67,6 (31,9)	62,9 (21,7)	
	Me (IIQ)	66,7 (50,0)	83,3 (50,0)	0,525	83,3 (50,0)	50,0 (58,3)	0,011	83,3 (50,0)	66,7 (16,7)	0,349
Escala social ²	M (DP)	90,2 (22,3)	90,4 (19,9)		90,3 (21,2)	90,3 (23,0)		90,6 (21,9)	87,0 (18,2)	
	Me (IIQ)	100 (8,3)	100 (0,0)	0,985	100 (0,0)	100 (8,3)	0,992	100 (0,0)	100 (16,7)	0,202
Escala de sintomas ^{***}	M (DP)	19,7 (16,7)	19,3 (17,5)		18,1 (17,2)	24,8 (15,1)		19,2 (16,0)	24,8 (25,1)	
	Me (IIQ)	17,9 (25,6)	15,4 (23,0)	0,868	12,8 (20,5)	26,9 (23,1)	0,090	15,4 (24,4)	17,9 (17,9)	0,345
Fadiga ²	M (DP)	29,1 (29,2)	25,9 (26,3)		24,8 (27,3)	38,4 (29,1)		27,3 (27,8)	35,8 (33,2)	
	Me (IIQ)	22,2 (50,0)	22,2 (44,4)	0,691	11,1 (33,3)	38,9 (55,6)	0,036	22,2 (44,4)	22,2 (44,4)	0,335
Náusea ²	M (DP)	7,6 (16,6)	4,0 (8,4)		6,9 (15,4)	4,9 (11,5)		6,3 (14,4)	7,4 (15,9)	
	Me (IIQ)	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	0,653	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	0,727	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	0,987
Dor ²	M (DP)	33,1 (33,3)	31,3 (36,7)		29,2 (32,9)	43,1 (37,1)		33,7 (34,8)	20,4 (27,4)	
	Me (IIQ)	16,7 (58,3)	16,7 (66,7)	0,599	16,7 (50,0)	25,0 (50,0)	0,067	16,7 (66,7)	16,7 (16,7)	0,275
Dispneia ²	M (DP)	6,4 (15,5)	4,0 (11,0)		6,9 (15,6)	1,4 (6,8)		4,7 (13,6)	14,8 (17,6)	
	Me (IIQ)	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	0,561	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	0,091	0,0 (0,0)	0,0 (33,3)	0,012
Insônia ²	M (DP)	29,9 (38,7)	30,3 (38,5)		27,3 (36,2)	38,9 (44,7)		28,6 (37,8)	44,4 (44,1)	
	Me (IIQ)	0,0 (66,7)	0,0 (33,3)	0,842	0,0 (33,3)	16,7 (100)	0,315	0,0 (66,7)	33,3 (100)	0,201
Perda de apetite ²	M (DP)	5,9 (19,0)	18,2 (35,4)		9,1 (25,1)	12,5 (29,2)		8,3 (24,0)	25,9 (40,1)	
	Me (IIQ)	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	0,051	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	0,384	0,0 (0,0)	0,0 (66,7)	0,086
Constipação ²	M (DP)	23,0 (36,1)	28,3 (40,1)		20,3 (33,8)	38,9 (44,7)		25,0 (36,9)	22,2 (44,1)	
	Me (IIQ)	0,0 (33,3)	0,0 (66,7)	0,587	0,0 (33,3)	16,7 (100)	0,059	0,0 (33,3)	0,0 (0,0)	0,546
Diarreia ²	M (DP)	7,8 (20,9)	2,0 (8,1)		5,6 (18,3)	6,9 (16,9)		5,07 (15,6)	14,8 (33,8)	
	Me (IIQ)	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	0,188	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	0,447	0,00 (0,0)	0,0 (0,0)	0,289
Dificuldades financeiras ²	M (DP)	17,2 (30,7)	19,2 (34,4)		19,5 (33,0)	12,5 (27,5)		15,94 (30,2)	37,0 (42,3)	
	Me (IIQ)	0,0 (33,3)	0,0 (33,3)	0,875	0,0 (33,3)	0,0 (0,0)	0,294	0,00 (33,3)	33,3 (66,7)	0,061
QLQ BR-23										
Escala funcional ³	M (DP)	63,1 (16,4)	59,4 (18,8)		62,2 (18,4)	60,8 (12,7)		62,8 (17,1)	52,8 (16,5)	
	Me (IIQ)	66,7 (20,8)	61,9 (21,4)	0,319	66,7 (25,0)	66,7 (13,1)	0,733	66,7 (20,8)	57,1 (24,4)	0,096
Imagem corporal ²	M (DP)	83,7 (24,6)	80,3 (25,5)		81,6 (26,8)	85,8 (17,3)		83,3 (23,6)	75,0 (34,1)	
	Me (IIQ)	91,7 (25,0)	91,7 (33,3)	0,360	91,7 (25,0)	91,7 (25,0)	0,867	91,7 (25,0)	91,7 (33,3)	0,480
Perspectivas futuras ²	M (DP)	52,9 (42,0)	45,4 (44,7)		52,4 (42,4)	44,4 (44,7)		51,8 (42,9)	37,0 (42,3)	
	Me (IIQ)	66,7 (100)	33,3 (100)	0,425	66,7 (100)	33,3 (100)	0,472	66,7 (100)	33,3 (66,7)	0,342
Função sexual ²	M (DP)	32,1 (28,3)	25,8 (34,9)		32,7 (30,6)	21,5 (29,3)		30,6 (30,3)	24,1 (34,5)	
	Me (IIQ)	33,3 (50,0)	0,0 (50,0)	0,142	33,3 (50,0)	0,0 (33,3)	0,093	33,3 (50,0)	0,0 (33,3)	0,403
Satisfação sexual ²	M (DP)	50,0 (38,9)	61,5 (38,1)		52,4 (38,5)	53,3 (42,2)		54,7 (39,3)	33,3 (29,8)	
	Me (IIQ)	66,7 (100)	66,7 (66,7)	0,339	66,7 (66,7)	66,7 (100)	0,942	66,7 (66,7)	33,3 (66,7)	0,186
Escala de sintomas ^{***}	M (DP)	20,3 (17,7)	19,6 (15,6)		19,5 (17,9)	22,2 (13,5)		19,2 (16,0)	29,4 (23,6)	
	Me (IIQ)	16,1 (25,2)	17,8 (20,0)	0,848	14,3 (23,8)	21,8 (20,5)	0,489	16,1 (21,9)	26,2 (16,7)	0,085
Efeitos da terapia sistêmica ²	M (DP)	18,6 (18,1)	18,6 (17,2)		17,2 (18,1)	23,2 (15,8)		17,3 (16,6)	32,3 (23,4)	
	Me (IIQ)	14,3 (23,8)	14,3 (23,8)	0,858	9,5 (23,8)	21,4 (28,6)	0,044	9,5 (21,4)	28,6 (23,8)	0,029
Perda de cabelo ²	M (DP)	31,9 (44,4)	43,3 (44,6)		31,9 (42,0)	43,3 (49,8)		29,9 (41,2)	75,0 (50,0)	
	Me (IIQ)	0,0 (100)	33,3 (100)	0,398	0,0 (66,7)	16,7 (100)	0,544	0,0 (66,7)	100 (50,0)	0,082
Sintomas relacionados ao braço ²	M (DP)	25,8 (28,3)	26,9 (30,8)		26,5 (29,9)	25,0 (26,3)		25,8 (28,6)	29,6 (34,2)	
	Me (IIQ)	11,1 (38,9)	11,1 (44,4)	0,959	11,1 (44,4)	22,2 (33,3)	0,873	11,1 (44,4)	22,2 (33,3)	0,793
Sintomas relacionados à mama ²	M (DP)	18,7 (22,5)	14,6 (14,9)		17,7 (21,9)	16,3 (14,4)		17,1 (20,3)	20,4 (21,7)	
	Me (IIQ)	8,3 (33,3)	8,3 (25,0)	0,846	8,3 (25,0)	12,5 (20,8)	0,605	8,3 (25,0)	25,0 (25,0)	0,645

Fonte: dados da pesquisa (2019).

M – Média; DP – Desvio padrão; Me – Mediana; IIQ – Intervalo interquartil; 1 As diferenças são justificadas pela ausência de informação; 2 Valor de p do teste de Mann-Whitney; 3 Valor de p do teste T de Student; 4Ativo: Realiza pelo menos 150 minutos de atividade física semanais; Inativo: Realiza menos que 150 minutos de atividade física semanais; Sedentário: Não realiza atividade física; *correlação positiva. Maiores escores, melhor qualidade de vida; **correlação negativa. Maiores escores, pior qualidade de vida.

Continua

Continuação

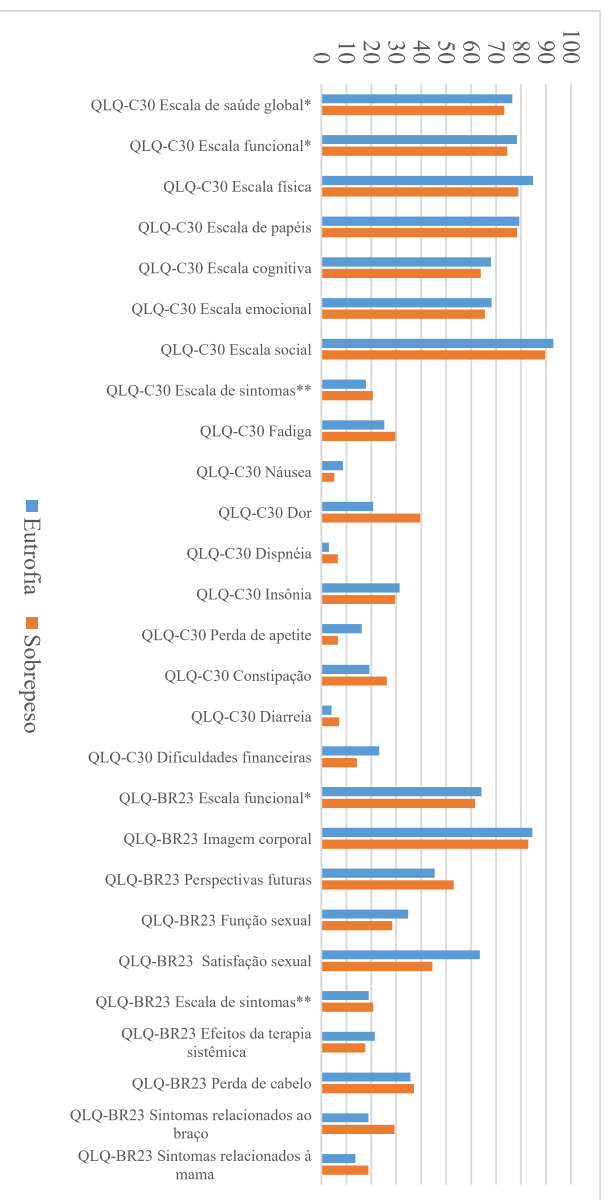
Tabela 11. Qualidade de vida das mulheres participantes do estudo nas escalas dos questionários QLQ-C30 e QLQ-BR23 segundo as características comportamentais, 2014-2016. Juiz de Fora, MG, Brasil.

		Consumo de bebidas alcoólicas			Religiosidade ⁵			Apoio social ⁶		
		< 4 doses em uma ocasião	≥ 4 doses em uma ocasião	p	≥ 8 pontos (média)	< 8 pontos (média)	p	≥ 45 pontos (média)	< 45 pontos (média)	p
QLQ-C30	n (%)¹	84 (83,2)	17 (16,8)		36 (35,6)	65 (64,4)		46 (47,4)	51 (52,6)	
Escala de saúde global ^{*2}	M (DP)	75,2 (20,1)	69,6 (16,6)		70,6 (19,9)	76,3 (19,3)		76,8 (17,9)	73,9 (20,4)	
	Me (IIQ)	83,3 (33,3)	66,7 (25,0)	0,196	66,7 (25,0)	83,3 (33,3)	0,189	83,3 (33,3)	75,0 (33,3)	0,558
Escala funcional ^{*3}	M (DP)	76,2 (19,8)	75,2 (17,1)		77,9 (16,9)	74,9 (20,5)		77,7 (21,3)	74,9 (17,1)	
	Me (IIQ)	80,0 (25,6)	75,6 (11,1)	0,846	77,8 (24,4)	80,0 (24,4)	0,462	82,2 (24,4)	75,6 (28,9)	0,479
Escala física ²	M (DP)	80,9 (18,9)	82,7 (14,5)		83,5 (16,6)	79,9 (19,1)		80,3 (19,9)	82,1 (16,8)	
	Me (IIQ)	86,7 (26,7)	86,7 (13,3)	0,919	86,7 (13,3)	86,7 (26,7)	0,395	86,7 (26,7)	86,7 (20,0)	0,838
Escala de papéis ²	M (DP)	80,6 (26,9)	69,6 (34,9)		78,7 (30,5)	78,7 (27,6)		81,2 (29,1)	75,8 (28,3)	
	Me (IIQ)	100 (33,3)	83,3 (50,0)	0,216	100 (33,3)	100 (33,3)	0,785	100 (33,3)	83,3 (50,0)	0,227
Escala emocional ²	M (DP)	65,7 (32,1)	64,2 (28,8)		68,7 (28,4)	63,6 (33,1)		68,3 (33,9)	63,6 (29,3)	
	Me (IIQ)	75,0 (50,0)	66,7 (50,0)	0,638	75,0 (41,7)	75,0 (58,3)	0,555	75,0 (58,3)	75,0 (41,7)	0,184
Escala cognitiva ²	M (DP)	66,5 (32,4)	70,6 (23,9)		67,6 (31,1)	66,9 (31,2)		76,8 (28,2)	59,1 (32,0)	
	Me (IIQ)	83,3 (50,0)	66,7 (33,3)	0,915	83,3 (41,7)	83,3 (50,0)	0,951	83,3 (33,3)	66,7 (50,0)	0,003
Escala social ²	M (DP)	90,7 (21,5)	88,2 (21,9)		91,7 (18,0)	89,5 (23,3)		87,3 (24,4)	94,4 (15,5)	
	Me (IIQ)	100 (0,0)	100 (16,7)	0,593	100 (8,3)	100 (0,0)	0,940	100 (16,7)	100 (0,0)	0,053
Escala de sintomas ^{**3}	M (DP)	18,6 (16,5)	24,9 (18,5)		19,0 (16,7)	20,0 (17,1)		18,9 (18,7)	20,5 (15,9)	
	Me (IIQ)	15,4 (23,1)	23,1 (17,9)	0,165	14,1 (25,6)	17,9 (20,5)	0,773	14,1 (17,9)	17,9 (25,6)	0,656
Fadiga ²	M (DP)	26,2 (27,6)	37,2 (30,4)		26,8 (26,1)	28,7 (29,5)		27,5 (28,5)	28,3 (28,5)	
	Me (IIQ)	11,1 (44,4)	22,2 (33,3)	0,087	22,2 (38,9)	22,2 (44,4)	0,965	22,2 (22,2)	22,2 (44,4)	0,991
Náusea ²	M (DP)	5,6 (13,3)	10,8 (19,5)		8,3 (16,7)	5,4 (13,2)		6,5 (15,1)	6,9 (14,6)	
	Me (IIQ)	0,0 (0,0)	0,0 (16,7)	0,375	0,0 (16,7)	0,0 (0,0)	0,347	0,0 (0,0)	0,0 (16,7)	0,712
Dor ²	M (DP)	31,7 (35,2)	36,3 (29,6)		26,4 (29,9)	35,9 (36,2)		29,3 (32,6)	36,3 (36,0)	
	Me (IIQ)	16,7 (58,3)	33,3 (50,0)	0,334	16,7 (33,3)	16,7 (66,7)	0,295	16,7 (50,0)	33,3 (66,7)	0,359
Dispneia ²	M (DP)	5,2 (14,2)	7,8 (14,6)		7,4 (14,0)	4,6 (14,3)		6,5 (15,1)	4,6 (13,4)	
	Me (IIQ)	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	0,299	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	0,147	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	0,441
Insônia ²	M (DP)	30,9 (40,0)	25,5 (30,1)		30,6 (35,9)	29,7 (40,0)		31,2 (39,4)	28,8 (38,9)	
	Me (IIQ)	0,0 (66,7)	33,3 (33,3)	0,960	33,3 (50,0)	0,0 (66,7)	0,607	0,0 (66,7)	0,0 (66,7)	0,773
Perda de apetite ²	M (DP)	9,5 (25,6)	11,8 (28,7)		12,0 (29,9)	8,7 (23,8)		10,1 (27,9)	9,1 (24,1)	
	Me (IIQ)	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	0,725	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	0,663	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	0,795
Constipação ²	M (DP)	23,8 (36,8)	29,4 (40,6)		29,6 (41,9)	22,0 (34,5)		20,3 (34,8)	29,4 (39,8)	
	Me (IIQ)	0,0 (33,3)	0,0 (66,7)	0,612	0,0 (66,7)	0,0 (33,3)	0,499	0,0 (33,3)	0,0 (66,7)	0,199
Diarreia ²	M (DP)	4,4 (14,4)	13,7 (29,0)		5,6 (16,9)	6,1 (18,5)		7,2 (22,1)	4,6 (13,4)	
	Me (IIQ)	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	0,094	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	0,869	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	0,995
Dificuldades financeiras ²	M (DP)	15,5 (29,9)	29,4 (38,9)		12,0 (26,6)	21,0 (34,1)		15,9 (31,2)	18,9 (32,8)	
	Me (IIQ)	0,0 (33,3)	0,0 (33,3)	0,084	0,0 (0,0)	0,0 (33,3)	0,188	0,0 (33,3)	0,0 (33,3)	0,581
QLQ BR-23										
Escala funcional ^{*3}	M (DP)	63,3 (15,5)	55,1 (19,4)		59,4 (16,6)	63,3 (17,5)		65,7 (16,1)	58,8 (17,6)	
	Me (IIQ)	66,7 (20,8)	62,5 (16,7)	0,076	61,9 (19,9)	66,7 (22,6)	0,286	68,7 (26,8)	61,9 (21,4)	0,049
Imagem corporal ²	M (DP)	84,7 (23,4)	72,1 (29,4)		79,2 (22,9)	84,5 (25,8)		87,3 (20,5)	78,8 (27,6)	
	Me (IIQ)	91,7 (25,0)	83,3 (50,0)	0,059	83,3 (33,3)	100 (25,0)	0,025	100 (25,0)	91,7 (25,0)	0,058
Perspectivas futuras ²	M (DP)	53,2 (43,0)	37,2 (40,6)		49,1 (40,2)	51,3 (44,7)		52,9 (42,5)	47,7 (43,3)	
	Me (IIQ)	66,7 (100)	33,3 (66,7)	0,143	50,0 (100)	66,7 (100)	0,786	66,7 (100)	33,3 (100)	0,599
Função sexual ²	M (DP)	28,8 (31,5)	36,3 (25,2)		29,6 (30,9)	30,3 (30,6)		34,4 (30,7)	26,1 (29,1)	
	Me (IIQ)	16,7 (50,0)	33,3 (33,3)	0,201	33,3 (50,0)	33,3 (50,0)	0,880	33,3 (50,0)	16,7 (50,0)	0,174
Satisfação sexual ²	M (DP)	54,3 (39,9)	46,1 (34,8)		48,5 (42,1)	54,9 (37,0)		52,1 (38,7)	55,1 (38,8)	
	Me (IIQ)	66,7 (100)	33,3 (33,3)	0,472	33,3 (100)	66,7 (66,7)	0,576	66,7 (83,3)	66,7 (66,8)	0,765
Escala de sintomas ^{**3}	M (DP)	19,7 (16,9)	22,3 (17,7)		16,7 (15,6)	21,9 (17,5)		17,7 (18,8)	21,8 (15,3)	
	Me (IIQ)	16,7 (20,9)	20,0 (21,4)	0,557	9,5 (18,6)	19,0 (23,8)	0,137	13,8 (19,0)	19,0 (24,4)	0,274
Efeitos da terapia sistêmica ²	M (DP)	18,1 (17,4)	21,0 (19,6)		19,0 (16,8)	18,4 (18,3)		17,2 (19,5)	19,4 (16,6)	
	Me (IIQ)	9,5 (23,8)	19,0 (23,8)	0,684	14,3 (16,7)	14,3 (23,8)	0,572	9,5 (19,0)	19,0 (23,8)	0,278
Perda de cabelo ²	M (DP)	35,9 (44,1)	33,3 (47,1)		24,4 (40,7)	44,4 (45,7)		47,1 (48,7)	24,4 (36,7)	
	Me (IIQ)	0,0 (100)	0,0 (100)	0,903	0,0 (33,3)	33,3 (100)	0,200	33,3 (100)	0,0 (33,3)	0,220
Sintomas relacionados ao braço ²	M (DP)	25,4 (29,4)	30,1 (27,1)		20,4 (28,5)	29,4 (28,9)		21,0 (28,3)	30,7 (29,4)	
	Me (IIQ)	11,1 (38,9)	22,2 (33,3)	0,270	11,1 (33,3)	22,2 (55,6)	0,086	11,1 (33,3)	22,2 (44,4)	0,037
Sintomas relacionados à mama ²	M (DP)	17,2 (20,0)	18,6 (22,5)		9,5 (12,6)	21,8 (22,5)		14,3 (21,6)	19,1 (18,0)	
	Me (IIQ)	8,3 (25,0)	8,3 (41,7)	0,866	4,2 (16,7)	16,7 (33,3)	0,004	4,2 (25,0)	8,3 (33,3)	0,040

M – Média; DP – Desvio padrão; Me – Mediana; IIQ – Intervalo interquartil; 1 As diferenças são justificadas pela ausência de informação; 2 Valor de p do teste de Mann-Whitney; 3 Valor de p do teste T de Student; 5 Avaliada pela escala de religiosidade de Duke, em que a amostra total obteve média de 8 pontos; 6 Avaliado pelo Questionário de Suporte Social em que a amostra total obteve média de 45 pontos; *correlação positiva. Maiores escores, melhor qualidade de vida; **correlação negativa. Maiores escores, pior qualidade de vida.

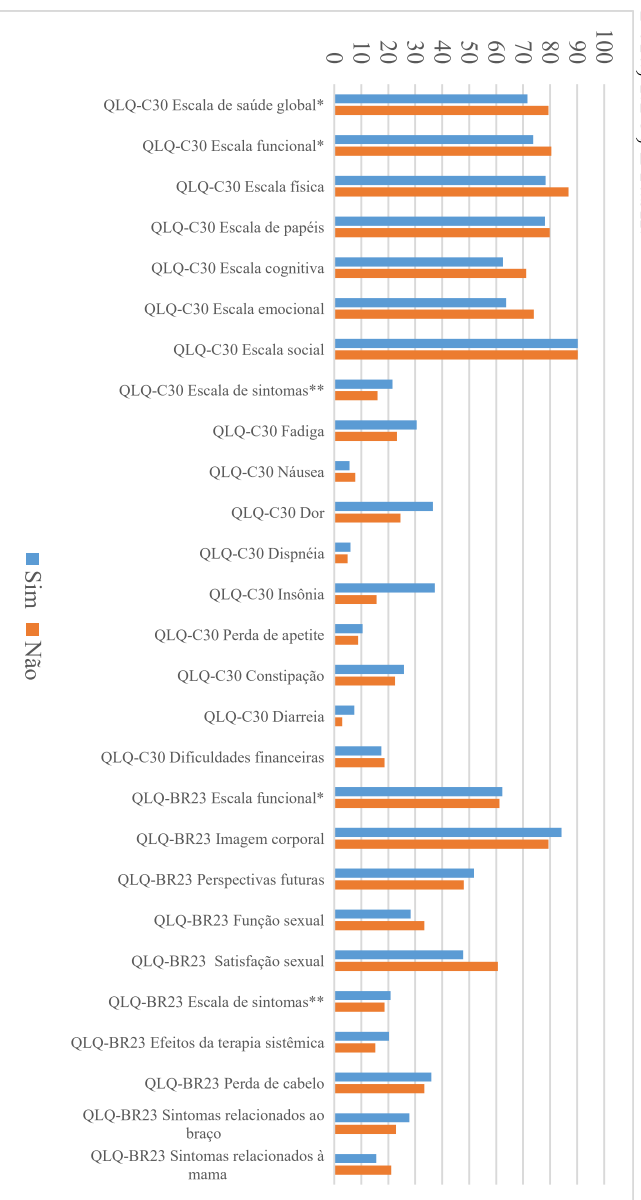
As mulheres eutróficas apresentaram melhor qualidade de vida na escala de sintomas do QLQ-C30 (dor) e escala de sintomas do QLQ-BR23 (sintomas relacionados ao braço) do que aquelas com sobrepeso e obesidade (figura 33 e tabela 12).

Figura 33. Escore médio da qualidade de vida das mulheres participantes do estudo nas escalas dos questionários QLQ-C30 e QLQ-BR23 segundo o estado nutricional, 2014-2016. Juiz de Fora, MG, Brasil.



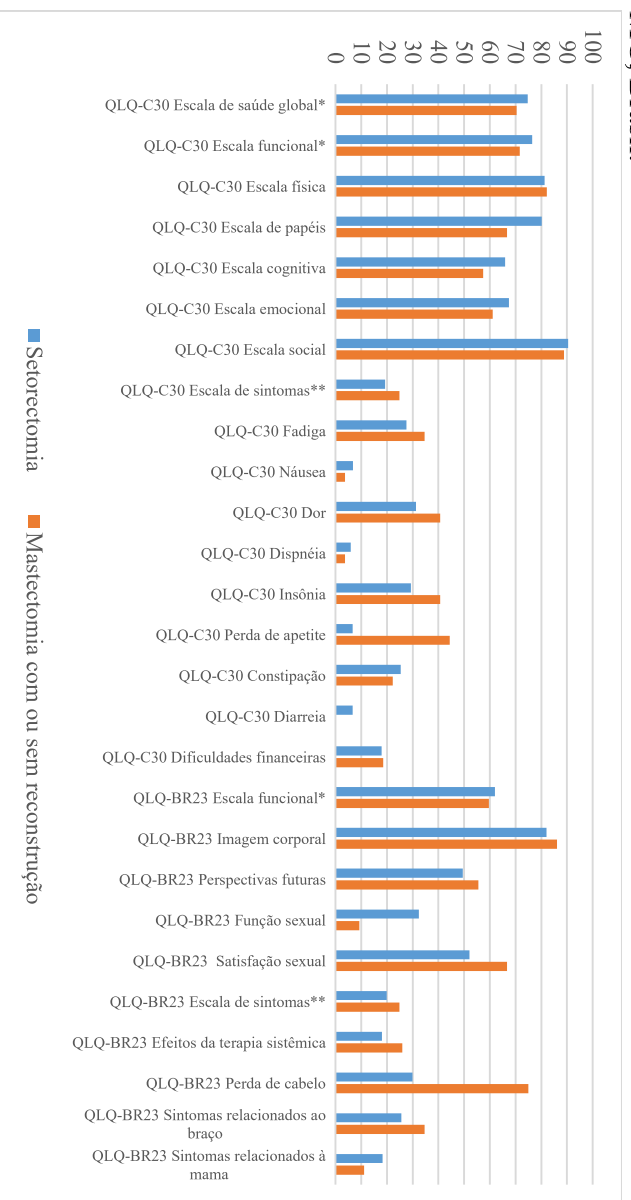
As mulheres com pelo menos uma comorbidade apresentaram pior qualidade de vida na escala funcional do QLQ-C30 (física) de sintomas do QLQ-C30 (insônia) (figura 34, tabela 12).

Figura 34. Escore médio da qualidade de vida das mulheres participantes do estudo nas escalas dos questionários QLQ-C30 e QLQ-BR23 segundo a presença de comorbidades, 2014-2016. Juiz de Fora, MG, Brasil.



Em comparação com as que fizeram mastectomia, as mulheres que foram submetidas à setorectomia apresentaram melhor qualidade de vida na escala funcional do QLQ-C30 (escala de papéis), na escala sintomas do QLQ-C30 (apetite), na escala funcional do QLQ-BR23 (função sexual), na escala de sintomas do QLQ-BR23 (preocupações com a perda de cabelo) (figura 35 e tabela 12).

Figura 35. Escore médio da qualidade de vida das mulheres participantes do estudo nas escalas dos questionários QLQ-C30 e QLQ-BR23 segundo a abordagem cirúrgica, 2014-2016. Juiz de Fora, MG, Brasil.



O estadiamento apresentou associação estatisticamente significativa com a qualidade de vida (figura 36 e tabela 12).

Figura 36. Escore médio da qualidade de vida das mulheres participantes do estudo nas escalas dos questionários QLQ-C30 e QLQ-BR23 segundo a abordagem cirúrgica, 2014-2016. Juiz de Fora, MG, Brasil.

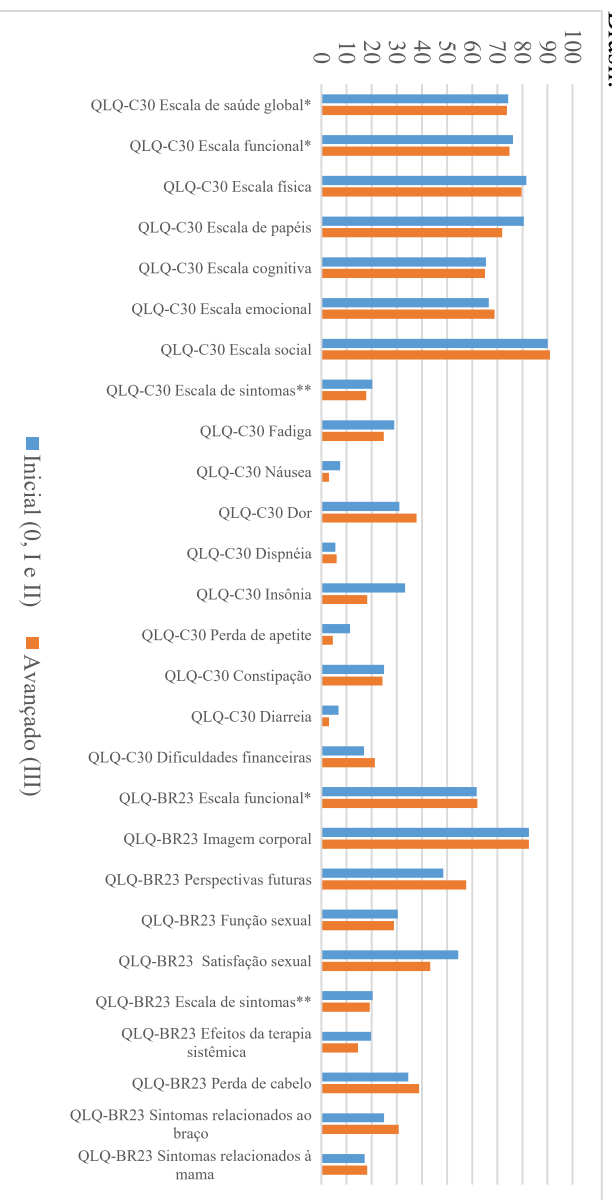


Tabela 12. Qualidade de vida das mulheres participantes do estudo nas escalas dos questionários QLQ-C30 e QLQ-BR23 segundo as características clínicas, 2014-2016. Juiz de Fora, MG, Brasil.

		Estado nutricional ⁷		p	Comorbidades ⁸		p	Intervenção cirúrgica		p
		Eutrofia	Sobrepeso		Sim	Não		Setorectomia	Mastectomia com ou sem reconstrução	
QLQ-C30	n (%)¹	33 (35,1)	61 (64,9)		67 (66,3)	34 (33,7)		91 (91,0)	9 (9,0)	
Escala de saúde global ²	M (DP)	76,5 (18,6)	73,4 (20,7)		71,6 (19,5)	79,4 (19,0)		74,7 (19,8)	70,4 (19,6)	
	Me (IIQ)	83,3 (25,0)	75,0 (33,3)	0,550	75,0 (25,0)	83,3 (33,3)	0,059	75,0 (33,3)	75,0 (33,3)	0,464
Escala funcional ³	M (DP)	78,4 (18,7)	74,5 (20,3)		73,7 (19,6)	80,5 (18,1)		76,4 (19,7)	71,6 (16,3)	
	Me (IIQ)	84,4 (26,7)	77,8 (24,4)	0,358	75,6 (28,9)	86,7 (24,4)	0,098	80,0 (26,7)	71,1 (17,8)	0,480
Escala física ²	M (DP)	84,8 (13,5)	78,9 (20,7)		78,3 (19,7)	86,9 (13,6)		81,2 (19,0)	82,2 (8,8)	
	Me (IIQ)	86,7 (13,3)	86,7 (33,3)	0,344	80,0 (33,3)	86,7 (20,0)	0,036	86,7 (26,7)	80,0 (6,7)	0,506
Escala de papéis ²	M (DP)	79,3 (29,8)	78,4 (28,3)		78,1 (26,9)	79,9 (31,7)		80,2 (28,7)	66,7 (23,6)	
	Me (IIQ)	100 (33,3)	100 (33,3)	0,738	83,3 (33,3)	100 (33,3)	0,380	100 (33,3)	66,7 (16,7)	0,036
Escala emocional ²	M (DP)	67,9 (30,7)	63,9 (32,8)		62,6 (33,1)	71,1 (27,5)		65,9 (31,1)	57,4 (36,4)	
	Me (IIQ)	83,3 (41,7)	75,0 (50,0)	0,555	75,0 (50,0)	75,0 (25,0)	0,309	75,0 (50,0)	66,7 (66,7)	0,485
Escala cognitiva ²	M (DP)	68,2 (29,6)	65,6 (33,0)		63,7 (31,1)	74,0 (30,2)		67,4 (30,8)	61,1 (34,4)	
	Me (IIQ)	83,3 (50,0)	83,3 (50,0)	0,836	66,7 (50,0)	83,3 (33,3)	0,080	83,3 (50,0)	66,7 (50,0)	0,580
Escala social ²	M (DP)	92,9 (19,1)	89,6 (22,4)		90,3 (21,7)	90,2 (21,4)		90,5 (21,9)	88,9 (18,6)	
	Me (IIQ)	100 (0,0)	100 (16,7)	0,378	100 (0,0)	100 (16,7)	0,575	100 (0,0)	100 (16,7)	0,525
Escala de sintomas ^{**3}	M (DP)	17,8 (17,3)	20,6 (17,3)		21,5 (16,4)	15,9 (17,6)		19,2 (16,9)	24,8 (17,9)	
	Me (IIQ)	12,8 (20,5)	17,9 (23,1)	0,449	17,9 (23,1)	11,5 (20,5)	0,119	15,4 (25,6)	23,1 (15,4)	0,353
Fadiga ²	M (DP)	25,2 (30,7)	29,7 (28,0)		30,5 (28,4)	23,2 (27,7)		27,6 (28,2)	34,6 (30,6)	
	Me (IIQ)	11,1 (44,4)	22,2 (33,3)	0,253	22,2 (44,4)	11,1 (33,3)	0,165	22,2 (44,4)	33,3 (44,4)	0,466
Náusea ²	M (DP)	8,6 (15,7)	5,2 (14,1)		5,7 (13,1)	7,8 (17,0)		6,8 (15,1)	3,7 (7,3)	
	Me (IIQ)	0,0 (16,7)	0,0 (0,0)	0,169	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	0,791	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	0,850
Dor ²	M (DP)	20,7 (25,3)	39,6 (37,7)		36,6 (35,4)	24,5 (30,8)		31,3 (34,7)	40,7 (30,2)	
	Me (IIQ)	16,7 (33,3)	16,7 (66,7)	0,023	16,7 (66,7)	16,7 (50,0)	0,069	16,7 (66,7)	33,3 (33,3)	0,222
Dispneia ²	M (DP)	3,0 (9,7)	6,6 (15,9)		5,9 (14,1)	4,9 (14,5)		5,9 (14,6)	3,7 (11,1)	
	Me (IIQ)	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	0,311	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	0,564	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	0,719
Insônia ²	M (DP)	31,3 (39,0)	29,5 (39,9)		37,3 (41,6)	15,7 (26,2)		29,3 (37,8)	40,7 (46,5)	
	Me (IIQ)	0,0 (66,7)	0,0 (66,7)	0,669	33,3 (66,7)	0,0 (33,3)	0,015	0,0 (66,7)	33,3 (100)	0,439
Perda de apetite ²	M (DP)	16,2 (32,4)	6,6 (21,8)		10,4 (27,3)	8,8 (23,6)		6,6 (20,6)	44,4 (47,1)	
	Me (IIQ)	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	0,063	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	0,930	0,0 (0,0)	33,3 (100)	0,001
Constipação ²	M (DP)	19,2 (32,3)	26,2 (38,5)		25,9 (40,1)	22,5 (31,5)		25,3 (36,9)	22,2 (44,1)	
	Me (IIQ)	0,0 (33,3)	0,0 (33,3)	0,508	0,0 (33,3)	0,0 (33,3)	0,887	0,0 (33,3)	0,0 (0,0)	0,534
Diarreia ²	M (DP)	4,0 (11,0)	7,1 (21,2)		7,5 (19,9)	2,9 (12,6)		6,6 (18,7)	0,0 (0,0)	
	Me (IIQ)	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	0,960	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	0,189	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	0,249
Dificuldades financeiras ²	M (DP)	23,2 (35,8)	14,2 (30,7)		17,4 (32,5)	18,6 (30,9)		17,9 (31,9)	18,5 (33,8)	
	Me (IIQ)	0,0 (33,3)	0,0 (0,0)	0,132	0,0 (33,3)	0,0 (33,3)	0,529	0,0 (33,3)	0,0 (33,3)	0,876
QLQ BR-23										
Escala funcional ³	M (DP)	64,1 (15,9)	61,6 (17,5)		62,2 (15,6)	61,2 (20,2)		62,0 (17,6)	59,6 (14,5)	
	Me (IIQ)	66,7 (20,8)	62,5 (21,4)	0,494	66,7 (19,0)	66,7 (25,0)	0,776	66,7 (22,6)	66,7 (23,2)	0,690
Imagem corporal ²	M (DP)	84,6 (18,4)	82,9 (27,5)		84,2 (23,0)	79,4 (28,1)		82,0 (25,7)	86,1 (15,6)	
	Me (IIQ)	91,7 (25,0)	91,7 (25,0)	0,453	91,7 (25,0)	91,7 (33,3)	0,534	91,7 (25,0)	91,7 (33,3)	0,995
Perspectivas futuras ²	M (DP)	45,4 (43,1)	53,0 (43,2)		51,7 (43,5)	48,0 (41,9)		49,4 (42,6)	55,6 (47,1)	
	Me (IIQ)	33,3 (100)	66,7 (100)	0,422	66,7 (100)	50,0 (100)	0,654	66,7 (100)	66,7 (100)	0,668
Função sexual ²	M (DP)	34,8 (31,3)	28,4 (30,2)		28,4 (31,8)	33,3 (28,1)		32,4 (30,6)	9,3 (22,2)	
	Me (IIQ)	33,3 (50,0)	33,3 (50,0)	0,305	16,7 (50,0)	33,3 (50,0)	0,309	33,3 (50,0)	0,0 (0,0)	0,021
Satisfação sexual ²	M (DP)	63,5 (33,2)	44,4 (40,6)		47,7 (41,2)	60,6 (33,5)		52,0 (39,3)	66,7 (0,0)	
	Me (IIQ)	66,7 (66,7)	33,3 (83,3)	0,079	66,7 (100)	66,7 (66,7)	0,233	66,7 (100)	66,7 (0,0)	0,665
Escala de sintomas ^{**3}	M (DP)	18,9 (17,5)	20,7 (17,2)		20,9 (16,9)	18,6 (17,2)		19,8 (16,9)	24,9 (16,6)	
	Me (IIQ)	11,1 (26,7)	17,8 (17,3)	0,636	17,8 (17,8)	13,1 (24,1)	0,529	16,7 (24,3)	21,4 (8,9)	0,399
Efeitos da terapia sistêmica ²	M (DP)	21,4 (19,7)	17,6 (17,1)		20,3 (17,7)	15,3 (17,5)		18,0 (17,3)	25,9 (21,9)	
	Me (IIQ)	19,0 (23,8)	9,5 (23,8)	0,436	19,0 (23,8)	9,5 (14,3)	0,083	14,3 (23,8)	23,8 (23,8)	0,246
Perda de cabelo ²	M (DP)	35,7 (46,2)	37,0 (44,1)		36,0 (45,0)	33,3 (43,6)		29,9 (43,0)	75,0 (31,9)	
	Me (IIQ)	0,0 (100)	16,7 (100)	0,834	0,0 (100)	16,7 (66,7)	0,963	0,0 (66,7)	83,3 (50,0)	0,034
Sintomas relacionados ao braço ²	M (DP)	18,8 (28,1)	29,3 (29,6)		27,9 (29,4)	22,9 (28,9)		25,6 (27,8)	34,6 (40,6)	
	Me (IIQ)	11,1 (22,2)	22,2 (55,6)	0,045	11,1 (44,4)	5,6 (33,3)	0,209	11,1 (44,4)	11,1 (44,4)	0,596
Sintomas relacionados à mama ²	M (DP)	13,6 (15,9)	18,8 (22,4)		15,5 (18,0)	21,1 (24,1)		18,2 (20,9)	11,1 (12,5)	
	Me (IIQ)	8,3 (25,0)	8,3 (25,0)	0,339	8,3 (25,0)	8,3 (41,7)	0,368	8,3 (33,3)	8,3 (16,7)	0,417

Fonte: dados da pesquisa (2019).

M – Média; DP – Desvio padrão; Me – Mediana; IIQ – Intervalo interquartil; 1 As diferenças são justificadas pela ausência de informação; 2 Valor de p do teste de Mann-Whitney; 3 Valor de p do teste T de Student; 7 Considerada sobrepeso se índice de massa corporal ≥ 25 kg/m²; 8 Comorbidades considerada sim, quando havia registro no prontuário de comorbidades como hipertensão, diabetes, dislipidemia, depressão, dentre outras. *correlação positiva. Maiores escores, melhor qualidade de vida; **correlação negativa. Maiores escores, pior qualidade de vida.

Continua

Continuação

Tabela 12. Qualidade de vida das mulheres participantes do estudo nas escalas dos questionários QLQ-C30 e QLQ-BR23 segundo as características clínicas, 2014-2016. Juiz de Fora, MG, Brasil.

QLQ-C30	n (%) ¹	Estadiamento		P
		Inicial (0, I e II)	Avançado (III)	
Escola de saúde global²	M (DP)	79 (78,2)	22 (21,8)	
	Me (IIQ)	74,4 (19,6)	73,9 (20,3)	0,943
Escola funcional³	M (DP)	76,3 (20,6)	74,8 (13,9)	
	Me (IIQ)	82,2 (26,7)	75,6 (15,6)	0,754
Escola física ²	M (DP)	81,6 (18,0)	79,7 (19,5)	
	Me (IIQ)	86,7 (20,0)	80,0 (26,7)	0,626
Escola de papéis ²	M (DP)	80,6 (28,5)	71,9 (27,9)	
	Me (IIQ)	100 (33,3)	66,7 (50,0)	0,093
Escola emocional ²	M (DP)	65,5 (32,9)	65,1 (26,3)	
	Me (IIQ)	75,0 (50,0)	66,7 (50,0)	0,562
Escola cognitiva ²	M (DP)	66,7 (32,0)	68,9 (27,8)	
	Me (IIQ)	83,3 (50,0)	66,7 (50,0)	0,899
Escola social ²	M (DP)	90,1 (23,2)	90,9 (14,3)	
	Me (IIQ)	100 (0,0)	100 (16,7)	0,278
Escola de sintomas^{**3}	M (DP)	20,2 (18,3)	17,8 (10,3)	
	Me (IIQ)	12,8 (25,6)	19,2 (12,8)	0,438
Fadiga ²	M (DP)	28,9 (29,4)	24,7 (23,9)	
	Me (IIQ)	22,2 (44,4)	16,7 (22,2)	0,792
Náusea ²	M (DP)	7,4 (15,9)	3,0 (6,6)	
	Me (IIQ)	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	0,451
Dor ²	M (DP)	31,0 (35,9)	37,9 (27,3)	
	Me (IIQ)	16,7 (66,7)	41,7 (33,3)	0,154
Dispneia ²	M (DP)	5,5 (14,5)	6,1 (13,2)	
	Me (IIQ)	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	0,659
Insônia ²	M (DP)	33,3 (39,9)	18,2 (30,4)	
	Me (IIQ)	0,0 (66,7)	0,0 (33,3)	0,106
Perda de apetite ²	M (DP)	11,4 (28,2)	4,5 (15,6)	
	Me (IIQ)	0,00 (0,0)	0,0 (0,0)	0,359
Constipação ²	M (DP)	24,9 (37,9)	24,2 (35,9)	
	Me (IIQ)	0,0 (33,3)	0,0 (33,3)	0,829
Diarreia ²	M (DP)	6,7 (18,8)	3,0 (14,2)	
	Me (IIQ)	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	0,250
Dificuldades financeiras ²	M (DP)	16,9 (32,8)	21,2 (28,3)	
	Me (IIQ)	0,0 (33,3)	0,0 (33,3)	0,156
QLQ BR-23				
Escola funcional³	M (DP)	61,8 (17,3)	62,1 (17,2)	
	Me (IIQ)	66,7 (19,0)	62,5 (21,4)	0,958
Imagem corporal ²	M (DP)	82,6 (24,6)	82,6 (26,1)	
	Me (IIQ)	91,7 (25,0)	95,8 (25,0)	0,773
Perspectivas futuras ²	M (DP)	48,5 (42,6)	57,6 (43,9)	
	Me (IIQ)	33,3 (100)	66,7 (100)	0,425
Função sexual ²	M (DP)	30,4 (30,0)	28,8 (30,0)	
	Me (IIQ)	33,3 (50,0)	16,7 (66,7)	0,745
Satisfação sexual ²	M (DP)	54,4 (37,7)	43,3 (44,6)	
	Me (IIQ)	66,7 (66,7)	33,3 (100)	0,439
Escola de sintomas^{**3}	M (DP)	20,4 (17,9)	19,2 (13,3)	
	Me (IIQ)	16,7 (21,9)	17,3 (23,8)	0,787
Efeitos da terapia sistêmica ²	M (DP)	19,8 (18,4)	14,5 (14,7)	
	Me (IIQ)	14,3 (23,8)	7,1 (28,6)	0,201
Perda de cabelo ²	M (DP)	34,6 (43,8)	38,9 (49,1)	
	Me (IIQ)	0,0 (100)	16,7 (100)	0,796
Sintomas relacionados ao braço ²	M (DP)	24,9 (29,1)	30,8 (28,7)	
	Me (IIQ)	11,1 (33,3)	22,2 (55,6)	0,303
Sintomas relacionados à mama ²	M (DP)	17,2 (19,5)	18,2 (23,5)	
	Me (IIQ)	8,3 (25,00)	8,3 (33,3)	0,716

Fonte: dados da pesquisa (2019).

M – Média; DP – Desvio padrão; Me – Mediana; IIQ – Intervalo interquartil; 1 As diferenças são justificadas pela ausência de informação; 2 Valor de p do teste de Mann-Whitney; 3 Valor de p do teste T de Student; *correlação positiva. Maiores escores, melhor qualidade de vida; **correlação negativa. Maiores escores, pior qualidade de vida.

DISCUSSÃO

Os valores observados nas escalas dos questionários EORTC se assemelham aos resultados de um estudo conduzido em Florianópolis que incluiu 172 mulheres que, em sua maioria (77,6%), havia finalizado o tratamento adjuvante para o câncer de mama e identificou escore mediano de 75 para a escala de saúde global, 73,3 para escala funcional e 20,5 para a escala de sintomas do EORTC QLQ-C30. Escore de 70,8 para escala funcional e 33,3 para a escala de sintomas do EORTC QLQ-BR23 (BOING et al., 2017). Para o QLQ-C30 os resultados foram muito semelhantes, mas para o EORTC QLQ-BR23 as mulheres investigadas no presente estudo apresentaram melhores níveis de qualidade de vida. Isso pode ser explicado pois o estudo de Florianópolis também incluiu mulheres durante a realização do tratamento, que tem grande impacto na qualidade de vida específica para o câncer de mama, avaliada no referido questionário.

Na presente investigação, foram observados melhores escores de qualidade de vida tanto nas escalas de saúde global quanto funcional e de sintomas de ambos os questionários, quando comparados aos estudos que avaliaram as mulheres durante a realização da quimioterapia ou radioterapia (BINOTTO et al., 2020; BRANDÃO et al., 2021; SILVA et al., 2021).

O tratamento adjuvante produz alterações físicas, sociais e funcionais e por isso está relacionado à diminuição da qualidade de vida. Entretanto, os efeitos negativos tendem a melhorar progressivamente com o tempo, após o término do tratamento sistêmico (BARBOSA et al., 2017).

Em relação aos fatores relacionados à qualidade de vida, as mulheres com mais de 50 anos apresentaram melhores escores de qualidade de vida na escala funcional do QLQ-C30 (emocional) e do QLQ-BR23 (imagem corporal e perspectivas futuras) e na escala de sintomas do QLQ-BR23 (sintomas relacionados à mama). Tal resultado é semelhante ao identificado em revisão da literatura que incluiu 82 estudos sobre a qualidade de vida de mulheres com câncer de mama publicados entre 2008 e 2018, dos quais cinco tratavam especificamente da análise do impacto da idade na qualidade de vida, e identificou melhor qualidade de vida entre as mulheres mais velhas, uma vez que estas pareciam estar mentalmente mais preparadas para lidar com o tratamento (MOKHTARI-HESSARI; MONTAZER, 2020). Contudo, o efeito da idade na qualidade de vida de mulheres com câncer de mama ainda é controverso, com estudos apontando inclusive para pior qualidade de vida global entre as mulheres mais velhas (HO et al., 2018).

O processo de envelhecimento usualmente vem acompanhado de perda da capacidade funcional e, conseqüentemente, prejuízos na qualidade de vida. Contudo, no contexto do câncer

de mama, as alterações emocionais e físicas provocadas pela doença e tratamento geram grande impacto na qualidade de vida, principalmente entre as mulheres mais jovens no que diz respeito à imagem corporal e às perspectivas futuras.

O corpo jovem está submetido a um padrão de beleza esteticamente delineado pela sociedade e tal exigência é menos evidente para o corpo idoso (SILVA; RODRIGUES, 2020). Além disso, a mulher mais velha possivelmente já vem sofrendo alterações na qualidade de vida provocada por outras condições e, quando diagnosticada com câncer de mama, a perda relativa adicional de qualidade de vida pode ser menor em comparação com as mulheres mais jovens (ROINE et al., 2021).

Por outro lado, as alterações hormonais fazem com que as mulheres mais velhas apresentem maior diminuição da libido e sintomas como dispareunia e ressecamento vaginal, resultando em perda da função sexual, que pode ser agravada pelas terapias instituídas (MAYER et al., 2018) e explicar os piores escores na escala de função sexual do QLQ-BR23 encontrados neste estudo para as mulheres com mais de 50 anos. A diminuição da função sexual entre as mulheres mais velhas também foi demonstrada em estudo realizado em Curitiba que incluiu 48 mulheres diagnosticadas com câncer de mama (GARCIA et al., 2017).

As mulheres de raça branca apresentaram piores escores na escala funcional do QLQ-C30 (perspectivas futuras). A raça constitui um indicador indireto da situação socioeconômica e, conseqüentemente, do acesso aos serviços de saúde e informações sobre a doença. Assim, as mulheres brancas tendem a ter maior acesso às informações sobre a gravidade e sintomas relacionados à doença (LOVELACE; MCDANIEL; GOLDEN, 2019) e, conseqüentemente, maior aprofundamento sobre as perspectivas futuras no cenário da doença, o que pode gerar maior preocupação.

As mulheres com mais de oito anos de estudo completos apresentaram melhores escores na escala funcional do QLQ-C30 (física e de papéis), na escala funcional do QLQ-BR23 (função sexual). Maiores níveis de qualidade de vida entre as mulheres com alta escolaridade também foi identificado em estudo realizado na Polônia que incluiu 350 mulheres diagnosticadas com câncer de mama (KONIECZNY et al., 2021).

As mulheres com alto grau de instrução compreendem melhor as orientações fornecidas pelos profissionais de saúde, apresentam melhor entendimento sobre a doença, podem identificar mais facilmente as alterações provocadas pelo tratamento e pela doença, e tendem a buscar mais por serviços de saúde (KONIECZNY et al., 2021). Assim, podem ter oportunidade de acesso à terapias e tratamentos que propiciam melhora da capacidade funcional e função sexual. Além disso, a educação está relacionada à maior conscientização sobre a saúde, melhora

do autocuidado e da capacidade de lidar com os efeitos adversos do tratamento (LOVELACE; MCDANIEL; GOLDEN, 2019; SOCHA; SOBIECH, 2021).

Destaca-se então, a importância da educação em saúde, considerando o contexto sócio cultural especialmente em condições de maior vulnerabilidade. Neste contexto, os profissionais de saúde devem se preocupar em adequar a linguagem utilizada para orientar os pacientes sobre o tratamento e a doença, além de identificarem aqueles com menor letramento em saúde e, se necessário direcionar maiores esforços para os mesmos.

As mulheres que viviam com o companheiro apresentaram melhores escores na escala funcional do QLQ-C30 (funcional, física, de papéis e cognitiva), na escala de sintomas do QLQ-C30 (insônia, apetite e dificuldades financeiras), na escala funcional do QLQ-BR23 (função sexual) e na escala de sintomas do QLQ-BR23 (sintomas sistêmicos). Maiores níveis de qualidade de vida entre as mulheres casadas também foram identificados em estudo realizado na Polônia que identificou que as mulheres que vivem com o companheiro usualmente contam com maior apoio familiar para o enfrentamento da doença, o que gera impacto positivo na qualidade de vida (KONIECZNY et al., 2021).

As mulheres que exerciam atividade remunerada apresentaram melhores escores na escala funcional do QLQ-C30 (social), na escala de sintomas do QLQ-C30 (dificuldade financeira) e na escala funcional do QLQ-BR23 (função sexual). O trabalho propicia maior contato social e constitui fonte de renda, o que pode explicar, pelo menos em parte, a maior pontuação obtida nestas escalas. Contudo, vale ponderar que as mulheres economicamente ativas usualmente possuem melhores condições de saúde que as permitem trabalhar. Estudo realizado em Barretos que incluiu 304 mulheres diagnosticadas com câncer de mama também identificou melhor qualidade de vida entre as mulheres que retornaram ao trabalho após a realização do tratamento sistêmico (COLOMBINO et al., 2019).

As mulheres assistidas pela rede privada apresentaram melhor qualidade de vida na escala funcional do QLQ-C30 (papéis). Estudo realizado em Curitiba que incluiu 115 mulheres diagnosticadas com câncer de mama identificou melhores níveis de qualidade de vida nas mulheres assistidas pela rede privada ao longo do tratamento quimioterápico (COELHO et al., 2018). As mulheres assistidas na rede privada geralmente têm condições socioeconômicas mais favoráveis e, conseqüentemente, maior acesso aos serviços de saúde, facilitando a realização de exames, consultas e abordagens diagnósticas. Assim, podem demandar terapias menos agressivas e mais específicas, o que repercute em melhor qualidade de vida (COELHO et al., 2018).

As mulheres com renda per capita superior a meio salário mínimo e das classes econômicas A, B e C pela ABEP apresentaram melhor qualidade de vida nas escalas dos questionários QLQ-C30 e QLQ-BR23. Maiores escores de qualidade de vida entre as mulheres com câncer de mama também foram identificados naquelas com maior nível socioeconômico em estudo realizado em Vitória/ES (PEREIRA et al., 2017). A renda pode possibilitar maior acesso às informações sobre a doença e à assistência à saúde, com tratamentos e terapias que inclusive podem amenizar os efeitos colaterais da doença e, assim, propiciar melhores escores de qualidade de vida (KONIECZNY et al., 2020).

As mulheres que residiam no município sede do serviço de oncologia apresentaram melhor qualidade de vida na escala de saúde global do QLQ-C30. Melhores níveis de qualidade de vida entre as mulheres que vivem em grandes centros também foram identificados em estudo Polonês, que incluiu 250 mulheres diagnosticadas com câncer de mama (SOCHA; SOBIECH, 2021). O município polo de uma região de saúde usualmente concentra maior densidade tecnológica e de recursos humanos para a saúde. Assim, as mulheres residentes nestes locais possuem maior acesso à médicos especialistas, exames complementares e informações sobre a saúde, fatores que podem propiciar melhor qualidade de vida (SOCHA; SOBIECH, 2021).

As mulheres que referiram realizar algum tipo de atividade física apresentaram melhor qualidade de vida na escala funcional do QLQ-C30 (funcional, física e cognitiva), e nas escalas de sintomas do QLQ-C30 (fadiga) e do QLQ-BR23 (efeitos da terapia sistêmica). Estudo de intervenção, que investigou mulheres diagnosticadas com câncer de mama em uso de inibidores da aromatase, identificou melhora nos domínios da qualidade de vida no grupo submetido ao programa de atividade física (PAULO et al., 2019). A prática da atividade física pode proporcionar melhora de diversos aspectos da qualidade de vida como o desempenho funcional, a força, a capacidade aeróbica, a qualidade do sono e a diminuição de efeitos colaterais (PAULO et al., 2019).

As mulheres que referiram fazer uso do tabaco apresentaram pior qualidade de vida nas escalas de sintomas no QLQ-C30 (dispneia) e do QLQ-BR23 (efeitos da terapia sistêmica). O uso do tabaco gera danos à função pulmonar e ao sistema circulatório, trazendo também impacto negativo na qualidade de vida (SOCHA; SOBIECH, 2021). Piores níveis de qualidade de vida entre as mulheres tabagistas também foram identificados em estudo Polonês que incluiu 250 mulheres diagnosticadas com câncer de mama (SOCHA; SOBIECH, 2021).

As mulheres com maior pontuação na escala de religiosidade apresentaram pior qualidade de vida na escala funcional do QLQ-BR23 (imagem corporal) e melhor qualidade de vida na escala de sintomas do QLQ-BR23 (efeitos relacionados a mama). Estudo realizado em

Porto Alegre, que avaliou 108 mulheres diagnosticadas com câncer de mama, identificou correlação entre a qualidade de vida e a espiritualidade. A espiritualidade constitui uma das estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pacientes para alívio do sofrimento, que pode ser representada pela busca de um sentido para as suas vidas e, portanto, pode proporcionar conforto, fé, paz e ressignificação do momento vivenciado (BRANDÃO et al., 2021).

As mulheres com maior pontuação na escala de apoio social apresentaram melhor qualidade de vida na escala funcional do QLQ-C30 (cognitiva) e do QLQ-BR23 (funcional) e na escala de sintomas do QLQ-BR23 (sintomas relacionados ao braço e sintomas relacionados à mama). Estudo realizado na China em 2016, que incluiu 98 mulheres diagnosticadas com câncer de mama, identificou melhor qualidade de vida entre as mulheres com maior suporte social (ZHANG et al., 2017). O suporte social melhora a capacidade de enfrentamento das situações adversas como o câncer de mama e traz benefícios para a saúde física e mental, especialmente quando os indivíduos são expostos a condições estressantes (ZHANG et al., 2017).

As mulheres eutróficas apresentaram melhor qualidade de vida nas escalas de sintomas do QLQ-C30 (dor) e do QLQ-BR23 (sintomas relacionados ao braço). Piores níveis de qualidade de vida entre as mulheres obesas também foram identificados em estudo Polonês que incluiu 250 mulheres diagnosticadas com câncer de mama (SOCHA; SOBIECH, 2021). A obesidade é um dos fatores de risco comprovados para o desenvolvimento, progressão e recorrência do câncer de mama, pode ter impacto na eficácia do tratamento e contribuir para o aparecimento de complicações (SOCHA; SOBIECH, 2021). O peso usualmente está relacionado ao estilo de vida do paciente e tem grande impacto na qualidade de vida.

As mulheres com comorbidades apresentaram pior qualidade de vida na escala funcional do QLQ-C30 (física) e de sintomas do QLQ-C30 (insônia). Tais resultados são semelhantes ao encontrado em uma investigação que incluiu 114 mulheres americanas diagnosticadas com câncer de mama e identificou pior capacidade funcional e piores sintomas nos domínios da qualidade de vida entre as pacientes com comorbidades (WU; DAVIS; CHEN, 2019). A presença de comorbidades pode agravar as limitações funcionais e os sintomas da doença, afetando assim, os domínios da qualidade de vida (SOCHA; SOBIECH, 2021).

As mulheres que foram submetidas à setorectomia apresentaram melhor qualidade de vida na escala funcional do QLQ-C30 (escala de papéis) e do QLQ-BR23 (função sexual), e na escala de sintomas do QLQ-C30 (apetite) e do QLQ-BR23 (preocupações com a perda de cabelo). Estudo realizado em Florianópolis que incluiu 172 mulheres diagnosticadas com

câncer de mama identificou piores escores na qualidade de vida das pacientes submetidas à cirurgia radical em comparação às mulheres submetidas à setorectomia (BOING et al., 2017).

A mama tem um significado cultural e social na vivência da sexualidade feminina e qualquer ameaça a sua integridade é vivida com sofrimento, acarretando sentimentos de inferioridade, rejeição e perda de autoestima. As mutilações cirúrgicas e os efeitos secundários dos tratamentos sistêmicos resultam em prejuízo psicoemocional nas mulheres com câncer de mama no que se refere à (re)elaboração da imagem corporal e à sexualidade (BARBOSA et al., 2017).

Apesar das limitações inerentes à subjetividade do desfecho qualidade de vida e sua dificuldade de mensuração, ressalta-se que foram utilizados instrumentos validados na coleta de dados.

Embora o tamanho amostral não tenha sido robusto, destaca-se que não foram observadas diferenças entre as mulheres submetidas a entrevista (n=101) e as mulheres elegíveis (n=129) em relação à idade, escolaridade, raça, situação conjugal, presença de comorbidades, estadiamento e tipo de assistência, diminuindo a possibilidade de viés por perdas diferenciais.

Além disso, o fato de as mulheres terem tido a avaliação da qualidade de vida realizada pelo menos três anos após o diagnóstico da doença pode contribuir para a maior homogeneidade da população do estudo.

Vale ressaltar que este estudo pode contribuir para ampliar o conhecimento sobre os fatores relacionados à qualidade de vida de mulheres diagnosticadas com câncer de mama uma vez que considerou o efeito das características sociodemográficas, comportamentais e clínicas nos domínios da qualidade de vida.

Ademais, analisou os efeitos “de longo prazo”, ou seja, de pelo menos três anos após o diagnóstico em mulheres que não se encontravam em recidiva da doença, o que minimiza o impacto da descoberta e aceitação da doença e da terapêutica habitualmente mais agressiva instituída na fase inicial e possibilita maior compreensão sobre os efeitos de uma doença cada vez mais prevalente, como o câncer de mama, na qualidade de vida das mulheres acometidas

Recomenda-se a realização de novos estudos de delineamento longitudinal que possam esclarecer as correlações aqui sinalizadas e que incluam variáveis não investigadas, como condições ambientais, apoio multiprofissional e fatores relacionados à saúde mental das pacientes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Devido ao aprimoramento das terapias, a qualidade de vida de pacientes submetidas ao tratamento câncer de mama vem melhorando nos últimos anos. Mas, alguns aspectos ainda demandam maior atenção dos profissionais de saúde que assistem estas pacientes como a função emocional, imagem corporal, função sexual, preocupações com as perspectivas futuras, dentre outras.

Identificou-se melhores escores de qualidade de vida entre as mulheres com idade superior a 50 anos, de raça negra, com mais de 8 anos de estudo completos, que viviam com o companheiro, que exerciam atividade remunerada, que foram assistidas pela rede privada, com renda per capita acima de meio salário mínimo, das classes econômicas A, B e C, conforme critérios da ABEP, que residiam no município sede do serviço, que referiram fazer algum tipo de atividade física, não fazer uso de tabaco, com maior escore na escala de religiosidade, que dispunham de maior apoio social, que não apresentavam sobrepeso, que não possuíam comorbidades e que foram submetidas à setorectomia.

Os resultados apontam para a influência dos fatores sociodemográficos, clínicos e de hábitos de vida na qualidade de vida de mulheres com câncer de mama alguns anos após o diagnóstico. Intervenções para promover a saúde e reduzir as iniquidades no acesso aos serviços de saúde podem aliviar os sintomas relacionados ao câncer e melhorar a qualidade de vida de mulheres sobreviventes ao câncer de mama, mesmo após o término do tratamento quimioterápico ou radioterápico.

Neste contexto, a Atenção Primária à Saúde, considerada porta de entrada da Rede de Atenção à Saúde no Brasil tem papel fundamental no acompanhamento destas pacientes, especialmente as mais vulneráveis. Este acompanhamento pode ser aprimorado através da instituição da prática do matriciamento e do cuidado compartilhado entre a Atenção Primária e os centros de referência para assistência oncológica. Contudo, pondera-se que nem todos os municípios brasileiros contam com 100% de cobertura de Atenção Primária. Além disso, a sobrecarga de trabalho das equipes de Atenção Primária e o grande número de equipe incompletas, com defasagem, principalmente de Agentes Comunitários de Saúde, constituem desafios para materializar este cuidado.

Tendo em vista a complexidade das dimensões e aspectos envolvidos no constructo “qualidade de vida”, o fortalecimento das equipes multiprofissionais e o estabelecimentos de parcerias interestorais são indispensáveis para a estruturação da linha de cuidado do câncer de mama e o enfrentamento dos desafios para reduzir as barreiras de acesso e as iniquidades em saúde no Brasil.

REFERÊNCIAS

- ALLEMANI, C. et al. Global surveillance of cancer survival 1995-2009: analysis of individual data for 25676887 patients from 279 population-based registries in 67 countries (CONCORD-2). **Lancet**, v. 385, p. 977–1010, 2015.
- ALVAREZ, J. S. et al. Associação entre Espiritualidade e Adesão ao Tratamento em Pacientes Ambulatoriais com Insuficiência Cardíaca. **Arq Bras Cardiol.** n. 106, v. 6, p. 491-501, 2016.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. Critério de Classificação Econômica Brasil. 2019. Disponível em: <<http://www.abep.org.br/>>. Acesso em: 30 out. de 2019.
- BACCARIN, A. L. C. et al. The feasibility of dexamethasone omission in weekly paclitaxel treatment for breast cancer patients. **Support Care Cancer**, v. 27, n. 3, p. 927-931, 2019. doi: 10.1007/s00520-018-4381-0.
- BARBOSA, P. A. et al. Quality of life in women with breast cancer, after surgical intervention, in a city in the Zona da Mata region in Minas Gerais, Brazil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, v. 17, n. 2, p. 385-399, 2017. <https://doi.org/10.1590/1806-93042017000200010>.
- BERTAN, F. C.; CASTRO, E. K. Qualidade de vida e câncer: revisão sistemática de artigos brasileiros. **Revista Psico.**, v. 40, n. 3, p. 366-372, 2009.
- BINOTTO, M. et al. Health-related quality of life before and during chemotherapy in patients with early-stage breast cancer. **Ecancermedicalsecience.**, v. 14, 2020. doi: 10.3332/ecancer.2020.1007.
- BOING, L. et al. Benefits of belly dance on quality of life, fatigue, and depressive symptoms in women with breast cancer – A pilot study of a non-randomised clinical trial. **J Bodyw Mov Ther.**, 2018. doi: 10.1016/j.jbmt.2017.10.003.
- BOING, L. et al. Tempo sentado, imagem corporal e qualidade de vida em mulheres após a cirurgia do câncer de mama. **Rev Bras Med Esporte**, v. 23, n. 5, 2017.
- BRANDÃO, M. L. et al. Association between spirituality and quality of life of women with breast cancer undergoing radiotherapy. **Rev Esc Enferm USP**, v. 55, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2020-0476>
- COELHO, R. C. F. P. et al. Impact on the quality of life of women with breast cancer undergoing chemotherapy in public and private care. **Invest Educ Enferm.**, v. 36, n. 1, 2018.
- COLOMBINO, I. C. F. et al. Factors associated with return to work in breast cancer survivors treated at the Public Cancer Hospital in Brazil. **Support Care Cancer**, v. 28, n. 9, p. 4445-4458, 2020. doi: 10.1007/s00520-019-05164-7.

GARCIA, S. N. et al. Qualidade de vida de mulheres com neoplasia mamária em tratamento quimioterápico. **Rev. baiana enferm.**, v. 31, n. 2, 2017.
<http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v31i2.17489>.

GEBRUERS, N. et al. Current and future perspectives on the evaluation, prevention and conservative management of breast cancer related lymphoedema: A best practice guideline. **Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.**, v. 216, p. 245-253, 2017.

GILL, T.M.; FEINSTEIN, A.R. A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. **Journal of the American Medical Association**, v.272, n.8, p.619-26, 1994.

GUERRA, R. L. et al. Breast Cancer Quality of Life and Health-state Utility at a Brazilian Reference Public Cancer Center. **Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res.**, v. 20, n. 2, p. 185-191, 2020b. doi: 10.1080/14737167.2019.1621752.

HENNIGS, A. et al. Changes in chemotherapy usage and outcome of early breast cancer patients in the last decade. **Breast Cancer Res Treat.**, v. 160, n. 3, p. 491-499, 2016.

HO, P. J. et al. Healthrelated quality of life in Asian patients with breast cancer: a systematic review. *BMJ Open*, v. 8, n.4 ,2018. doi:10.1136/bmjopen-2017-020512

KLEE, M.; GROENVOLD, M.; MACHIN, D. Quality of life of danish women: population-based norms for the EORTC QLQ-C30. **Qual Life Res.**, v. 6, n. 1, p. 27-34, 1997.

KOENIG, H. G.; BÜSSING, A. The Duke University Religion Index (DUREL): a five-item measure for use in epidemiological studies. **Religions**, v. 1, p. 78-85, 2010.

KONIECZNY, M. et al. Quality of Life of Women with Breast Cancer and Socio-Demographic Factors. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**, v. 21, n. 1, p. 185-193, 2021.

LOVELACE D. L.; MCDANIEL L. R.; GOLDEN D. Long-Term Effects of Breast Cancer Surgery, Treatment, and Survivor. **Care Journal of Midwifery & Women's Health**, v. 64, n. 6, p. 713-724, 2019.

MANDELBLATT, J. S.; EISENBERG, J. M. Historical and methodological perspectives on cancer outcomes research. **Oncology (Williston Park)**, v. 9, p. 23 -32, 1995. Supl.11.

MATSUDO, S. M., et al. Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. **Rev Bras Ativ Saude**, v. 10, p. 5-18, 2001.

MAYER, S. et al. Sexual activity and quality of life in patients after treatment for breast and ovarian cancer. **Archives of Gynecology and Obstetrics**. 2018. doi:10.1007/s00404-018-4922-2

McDONALD, E. S. et al. Clinical Diagnosis and Management of Breast Cancer. **J Nucl Med.**, v. 57, p. 9S-16S, 2016. Supl. 1.

MICHELS, F. A. S; LATORRE, M. R. D. O.; MACIEL, M. S. Validity, reliability and understanding of the EORTC-C30 and EORTC-BR23, quality of life questionnaires specific

for breast cancer. **Rev. bras. epidemiol.**, v. 16, n. 2, p. 352-363, 2013.
<https://doi.org/10.1590/S1415-790X2013000200011>.

MOKHTARI-HESSARI, P.; MONTAZERI A. Health-related quality of life in breast cancer patients: review of reviews from 2008 to 2018. **Health and Quality of Life Outcome**, v. 18, n. 1, 2020.

OLIVEIRA-JUNIOR, I. et al. Oncoplastic Surgery in Breast-Conserving Treatment: Patient Profile and Impact on Quality of Life. **Breast Care**, v. 16, n. 3, p. 243-253, 2020. doi: 10.1159/000507240.

PAULO, T. R. S. et al. The impact of an exercise program on quality of life in older breast cancer survivors undergoing aromatase inhibitor therapy: a randomized controlled trial. **Health Qual Life Outcomes**, v. 17, n. 1, 2019. doi: 10.1186/s12955-019-1090-4.

PEART, O. Breast intervention and breast cancer treatment options. **Radiol Technol.**, v. 86, n. 5, p. 559-62, 2015.

PEREIRA, E. F.; TEIXEIRA, C. S.; SANTOS, A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Rev. bras. Educ. Fís. Esporte**, v.26, n.2, p.241-50, 2012.

PEREIRA, L. D. A. et al. Quality of life of women with pre-and post-operative breast cancer. **Invest. Educ. Enferm.**, v. 35, n. 1, p. 109-119, 2017.

PERRY, S.; KOWALSKI, T. L.; CHANG, C. Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer de mama: benefícios, aceitabilidade e utilização. **Health Qual Life Outcomes**. v. 5, p. 1-24, 2007.

PINHEIRO, M. D. R.; FERREIRA, J. O questionário de suporte social: Adaptação e validação da versão portuguesa do Social Support Questionnaire (SSQ6). **Psychologica**, v. 30, p. 315-333, 2002.

RIEDEL, F. et al. Changes of breast and axillary surgery patterns in patients with primary breast cancer during the past decade. **Arch Gynecol Obstet.**, v. 26, 2018. doi: 10.1007/s00404-018-4982-3.

ROINE, E. et al. Long-term health-related quality of life of breast cancer survivors remains impaired compared to the age-matched general population especially in young women. Results from the prospective controlled BREX exercise study. **The Breast**, v.59, p. 110-116, 2021.

RUNOWICZ, C. D. et al. American Cancer Society. American Society of Clinical Oncology Breast Cancer Survivorship Care Guideline. **CA Cancer J Clin.**, v. 66, n. 1, p. 43-73, 2016.

SARASON, I. G. et al. A brief measure of social support: Practical and theoretical implications. **Journal of social and personal relationships**, v. 4, n. 4, p. 497-510, 1987.

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

- SILVA, B. R. et al. Performance of functionality measures and phase angle in women exposed to chemotherapy for early breast cancer. **Clinical Nutrition ESPEN**, v. 42, p. 105-116, 2021.
- SILVA, M. R.; RODRIGUES, L. R. Conexões e interlocuções entre autoimagem, autoestima, sexualidade ativa e qualidade de vida no envelhecimento. **Rev Bras Enferm.**, v. 73, Suppl 3, 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0592> e20
- SOCHA, M.; SOBIECH, K. A. Socio-Demographic and General Health Factors Associated with Quality of Life in Long-Term Breast Cancer Survivors from Southwestern Poland. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v. 18, n. 7, 2021. <https://doi.org/10.3390/ijerph18179321>
- SPRANGERS, M. A. G. et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer Breast Cancer-Specific Quality-of-Life Questionnaire Module: First results from a three country field study. **J Clin Oncol.**, v. 14, p. 2756-2768, 1996.
- TAUNAY, T. C. D. et al. Validação da versão brasileira da escala de religiosidade de Duke (DUREL). **Rev. psiquiatr. clín.**, v. 39, n. 4, p. 130-135, 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832012000400003>.
- WERMELINGER-ÁVILA, M. P. et al. The Role of Physical Activity in the Association Between Resilience and Mental Health in Older Adults. **J Aging Phys Act.** v.26, n. 2, p. 248-253, 2018.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). The WHOQOL Group. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). *In*: Orley, J.; Kuyken, W., editors. **Quality of life assessment: international perspectives**. Heidelberg: Springer Verlag, 1994. p. 41-60.
- WU, H. S.; DAVIS, J.; CHEN, L. Impact of Comorbidity on Symptoms and Quality of Life Among Patients Being Treated for Breast Cancer. **Cancer Nurs.**, v. 42, n. 5, p. 381-387, 2019. doi: 10.1097/NCC.0000000000000623.
- ZANG, H. et al. Resilience and Quality of Life: Exploring the Mediator Role of Social Support in Patients with Breast Cancer. **Med Sci Monit.**, v. 17, n. 23, p. 5969-5979, 2017.

7.3 Avaliação da relação entre os tempos de espera para diagnóstico e tratamento e a qualidade de vida de mulheres diagnosticadas com câncer de mama

No que se refere à avaliação do efeito do tempo de espera para o diagnóstico na qualidade de vida mensurada pelo questionário QLQ-C30, as mulheres que receberam o diagnóstico em até 30 dias apresentaram maior escore na escala de saúde global e na escala funcional e menor escore na escala de sintomas, quando comparadas às mulheres que receberam o diagnóstico da doença após 30 dias do aparecimento dos sintomas (tabela 13).

Quando considerada a mensuração da qualidade de vida por meio do questionário QLQ-BR23, observa-se que as mulheres que receberam o diagnóstico em até 30 dias também apresentaram maior escore na escala funcional e menor escore na escala de sintomas, quando comparadas às mulheres que receberam o diagnóstico entre 31 e 60 dias após o início dos sintomas (tabela 13).

Tais resultados apontam para a possibilidade de que um menor tempo para o diagnóstico do câncer de mama possa refletir em uma melhor qualidade de vida para as pacientes.

Tabela 13. Qualidade de vida mulheres com câncer de mama assistidas em um Centro de Referência em Oncologia, segundo o tempo de espera entre o início dos sintomas e o diagnóstico da doença.

p-valor		TEMPO ENTRE O INÍCIO DOS SINTOMAS E O DIAGNÓSTICO DO CÂNCER DE MAMA								
		≤30 dias n=21			31 – 60 dias n=14			≥61 dias n=54		
		Média	Mediana	Desvio padrão	Média	Mediana	Desvio padrão	Média	Mediana	Desvio padrão
EORTC QLQ-C30										
Escala de Saúde Global	0,619	78,17	83,33	19,45	72,02	70,83	20,04	74,07	83,33	20,58
Escala Funcional	0,550	77,14	84,44	20,78	69,84	71,11	23,67	75,88	80,00	18,83
Escala de Sintomas	0,765	17,58	12,82	15,64	22,34	16,67	19,49	19,33	15,38	17,57
EORTC QLQ-BR23										
Escala Funcional	0,576	62,95	66,67	18,60	58,72	64,28	16,45	63,06	66,67	17,58
Escala de Sintomas	0,826	20,82	16,67	17,35	23,25	20,71	20,05	19,41	12,62	16,24

Fonte: dados da pesquisa (2019).

Em relação à avaliação do efeito do tempo de espera para o tratamento na qualidade de vida mensurada pelo questionário QLQ-C30, as mulheres que iniciaram o tratamento em entre

31 e 60 dias apresentaram o maior escore na escala de saúde global. As mulheres que iniciaram o tratamento em até 30 dias apresentaram maior escore na escala funcional e menor escore na escala de sintomas, quando comparadas às mulheres que iniciaram o tratamento da doença entre 31 e 60 dias após o diagnóstico (tabela 14).

Quando considerada a mensuração da qualidade de vida por meio do questionário QLQ-BR23, observa-se que as mulheres que iniciaram o tratamento em até 30 dias apresentaram maior escore na escala funcional e menor escore na escala de sintomas, quando comparadas às mulheres que iniciaram o tratamento entre 31 e 60 dias após o diagnóstico (tabela 14).

Tais resultados também apontam para a possibilidade de que um menor tempo para o diagnóstico da doença possa refletir em uma melhor qualidade de vida para as pacientes.

Tabela 14. Qualidade de vida mulheres com câncer de mama assistidas em um Centro de Referência em Oncologia, segundo o tempo de espera entre o diagnóstico e início do tratamento.

	p-valor	TEMPO ENTRE O DIAGNÓSTICO E O TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA								
		≤30 dias n=48			31 – 60 dias n=30			≥61 dias n=19		
		Média	Mediana	Desvio padrão	Média	Mediana	Desvio padrão	Média	Mediana	Desvio padrão
EORTC QLQ-C30										
Escala de Saúde Global	0,961	73,96	75,0	19,72	75,00	75,00	21,10	73,24	83,33	18,75
Escala Funcional	0,405	77,31	83,33	20,16	72,00	73,33	20,00	77,89	82,22	17,171
Escala de Sintomas	0,517	19,92	12,82	19,49	21,54	21,79	15,90	15,92	15,38	11,61
EORTC QLQ-BR23										
Escala Funcional	0,170	60,99	66,67	18,23	60,08	60,12	17,17	67,64	71,43	13,15
Escala de Sintomas	0,130	20,19	15,48	19,29	24,44	23,32	16,13	15,32	11,90	10,29

Fonte: dados da pesquisa (2019).

Embora não tenha sido verificada significância estatística para as diferenças observadas nas dimensões da qualidade de vida segundo os tempos de espera, vale destacar que a relação entre o tempo de espera para terapia oncológica e a qualidade de vida das mulheres com câncer de mama já foi documentada na literatura científica (KONIECZNY et al., 2020).

Além disso, esse estudo identificou a influência de diversos fatores sociodemográficos, clínicos e comportamentais na qualidade de vida do pacientes oncológicos, que inclusive também impactam nos tempos de espera. Como por exemplo, podemos citar que as mulheres

com maior escolaridade e assistidas pela rede privada apresentaram menor tempo de espera para a assistência oncológica e também melhores níveis de qualidade de vida.

Por fim, vale lembrar que a qualidade de vida das pacientes diagnosticadas com câncer de mama foi mensurada neste estudo pelo menos três anos após o diagnóstico. Assim, o tempo decorrido entre este intervalo pode explicar, em parte, tais achados, uma vez que o estudo que demonstrou a influência do tempo de espera para terapia oncológica na qualidade de vida das mulheres com câncer de mama procedeu a coleta de dados sobre a qualidade de vida próximo ao diagnóstico (KONIECZNY et al., 2020).

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O câncer de mama figura como um importante problema de saúde pública em diversos países do mundo e, no Brasil, a doença é prioridade na política de atenção oncológica do Ministério da Saúde, com ações voltadas para o seu rastreamento, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Os avanços tecnológicos têm propiciado o aumento da sobrevivência das pacientes com câncer de mama, sobretudo em regiões com maior nível de desenvolvimento, o que consequentemente traz repercussões na qualidade de vida.

Apesar dos avanços na assistência oncológica, este trabalho demonstrou a persistência de fragilidades em relação ao câncer de mama. O tempo de espera mediano para diagnóstico do câncer de mama de 70 dias, sendo menor para as mulheres que descobriram a doença por exames de rastreamento e diagnosticadas em estádios iniciais. O tempo de espera mediano para o tratamento foi de 32 dias, sendo menor para as mulheres assistidas pela rede privada, com alta escolaridade e diagnosticadas em estádios iniciais. Embora o tempo mediano de espera para o tratamento do câncer de mama tenha atendido ao parâmetro nacional preconizado, o tempo mediano de espera para o diagnóstico foi superior ao recomendado pelas normativas vigentes no Brasil.

Apesar destas mulheres terem recebido o diagnóstico da doença entre 2014 e 2016 e a normativa que fixa o prazo de 30 dias para a realização de exames para elucidação diagnóstica ter sido publicada no ano de 2019, estes resultados demonstram que ainda são necessárias medidas para reduzir o tempo de espera para acesso aos serviços que já estão sendo prestados, de modo a cumprir os prazos estabelecidos na legislação brasileira, em especial, no que diz respeito ao diagnóstico da doença. Reafirma-se a necessidade de ações integradas de controle do câncer no que se refere à detecção precoce, programas de rastreamento eficazes e acesso oportuno ao diagnóstico e tratamento. Nesse contexto, destaca-se a importância da implantação do modelo de rastreamento organizado e da intensificação das ações de diagnóstico precoce.

Em relação à qualidade de vida, observou-se melhor qualidade de vida reportada pelas participantes após o término da quimioterapia e radioterapia, em relação a outros trabalhos que avaliaram a qualidade de vida durante a realização do tratamento. As dimensões da qualidade de vida das mulheres investigadas neste estudo foram influenciadas por fatores sociodemográficos, comportamentais e clínicos, especialmente os que refletem as iniquidades no acesso aos serviços de saúde.

Devido ao aprimoramento das terapias, a qualidade de vida de pacientes submetidas ao tratamento câncer de mama vem melhorando nos últimos anos. Mas, alguns aspectos ainda

demandam maior atenção dos profissionais de saúde que assistem estas pacientes como a função emocional, imagem corporal, função sexual e preocupações com as perspectivas futuras, dentre outras.

Assim, destaca-se a necessidade de intervenções para promover a saúde e reduzir as iniquidades no acesso aos serviços de saúde e intervenções assistenciais, propiciando alívio dos sintomas relacionados à doença e melhoria da qualidade de vida de mulheres submetidas ao tratamento do câncer de mama.

Mesmo após o término do tratamento quimioterápico ou radioterápico, faz-se necessário um acompanhamento das mulheres que submetidas ao tratamento do câncer de mama, uma vez que as orientações fornecidas pelos profissionais de saúde produzem efeitos no controle das comorbidades e na adoção de hábitos de vida saudáveis que podem proporcionar melhor saúde física e mental para essas pacientes. O cuidado profissional deve dirigir-se especialmente às mulheres mais vulneráveis.

Por fim, observou-se maiores níveis de qualidade de vida entre as mulheres que tiveram o diagnóstico e tratamento da doença em menor tempo, o que indica que relação entre o indicador de processo – tempos de espera para a assistência oncológica e o indicador de resultado – qualidade de vida. Tal questão reforça a importância da estruturação da assistência oncológica em rede, de tal forma que as ações realizadas no nível primário de atenção à saúde repercutam nos demais níveis de atenção e possam impactar na vida dos pacientes.

Assim, maior conhecimento sobre os fatores associados aos tempos de espera para assistência oncológica e os fatores associados à qualidade de vida em sobreviventes do câncer, bem como acerca da relação entre estes dois fatores constituem-se em importantes ferramentas para delinear estratégias específicas para o enfrentamento das barreiras identificadas. Além disso, tais conhecimentos podem ser utilizados para sensibilização dos profissionais e formuladores das políticas públicas sobre a complexidade e importância dessa temática.

9 REFERÊNCIAS

- AGUIAR, S. S. et al. Qualidade de Vida Relacionada à Saúde e Risco de Comorbidade Cardiovascular ao Diagnóstico de Câncer de Mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 65, n. 3, 2019. doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2019v65n3.713>
- ALFANO, A. C. C. et al. Biologically based therapies are commonly self-prescribed by Brazilian women for the treatment of advanced breast cancer or its symptoms. **Support Care Cancer**, v. 22, p. 5, p. 1303-1311, 2014.
- ALLEMANI, C. et al. Global surveillance of cancer survival 1995-2009: analysis of individual data for 25676887 patients from 279 population-based registries in 67 countries (CONCORD-2). **Lancet**, v. 385, p. 977-1010, 2015.
- ALLEMANI, C. et al. Global surveillance of trends in cancer survival 2000-14 (CONCORD-3): analysis of individual records for 37513025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries. **Lancet**, v. 391, p. 1023-75, 2018.
- ALVAREZ, J. S. et al. Associação entre Espiritualidade e Adesão ao Tratamento em Pacientes Ambulatoriais com Insuficiência Cardíaca. **Arq Bras Cardiol**. n. 106, v. 6, p. 491-501, 2016.
- ALVES, R. F. E. et al. Qualidade de vida em pacientes oncológicos na assistência em casas de apoio. **Aletheia**, v. 38, n. 39, p. 39-54, 2012.
- ALVES, V. L. et al. Avaliação precoce da qualidade de vida e autoestima de pacientes mastectomizadas submetidas ou não à reconstrução mamária. **Rev. Bras. Cir. Plást.**, v. 32, n. 2, p. 208-217, 2017. <http://www.dx.doi.org/10.5935/2177-1235.2017RBCP0033>
- AMERICAN CANCER SOCIETY (ACS). **About Breast Cancer**. Atlanta, Geórgia, U.S., 2020a. Disponível em: <<http://www.cancer.org/>>. Acesso em 13 de ago. 2020.
- AMERICAN CANCER SOCIETY (ACS). **Breast Cancer Early Detection and Diagnosis**. Atlanta, Geórgia, U.S., 2020b. Disponível em: <<http://www.cancer.org/>>. Acesso em 13 de ago. 2020.
- AMERICAN CANCER SOCIETY (ACS). **Breast Cancer Risk and Preventio**. Atlanta, Geórgia, U.S., 2020c. Disponível em: <<http://www.cancer.org/>>. Acesso em 13 de ago. 2020.
- AMERICAN CANCER SOCIETY (ACS). Cancer of breast. *In: Global burden of cancer in women*. Darmstadt, Germany: American Cancer Society, Merck KGaA, 2017. p. 16-23.
- AMERICAN CANCER SOCIETY (ACS). **Treating Breast Cancer**. Atlanta, Geórgia, U.S., 2020d. Disponível em: <<http://www.cancer.org/>>. Acesso em 13 de ago. 2020.
- AMIN, M.B. et al. **AJCC Cancer Staging Manual**. 8. ed. Springer International Publishing, 2017.

ANDERSEN, B. L.; CACIOPPO, J. T.; ROBERTS, D. C. Delay in seeking a cancer diagnosis: delay stages and psychophysiological comparison processes. **Br J Soc Psychol.**, v. 34, p. 33-52, 1995.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA (ABEP). Critério de Classificação Econômica Brasil. 2019. Disponível em: <<http://www.abep.org.br/>>. Acesso em: 30 out. de 2019.

ATTY, A. T. M. et al. Oncology-PANEL: tool for management. **Rev Bras Cancerol.**, v. 66, n. 2, 2020.

AZEVEDO E SILVA, G. et al. Cancer mortality in the Capitals and in the interior of Brazil: a four-decade analysis. **Rev. Saúde Pública**, v. 54, 126, 2020.

BACCARIN, A. L. C. et al. The feasibility of dexamethasone omission in weekly paclitaxel treatment for breast cancer patients. **Support Care Cancer**, v. 27, n. 3, p. 927-931, 2019. doi: 10.1007/s00520-018-4381-0.

BARBOSA, P. A. et al. Quality of life in women with breast cancer, after surgical intervention, in a city in the Zona da Mata region in Minas Gerais, Brazil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, v. 17, n. 2, p. 385-399, 2017. <https://doi.org/10.1590/1806-93042017000200010>.

BARROS, A. F. et al. Factors associated with time interval between the onset of symptoms and first medical visit in women with breast cancer. **Cad. Saúde Pública**, v. 26, n. 2, 2020.

BARROS, A. F.; UEMURA, G.; MACEDO, J. L. S. Tempo para acesso ao tratamento do câncer de mama no Distrito Federal, Brasil Central. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 35, n. 10, p. 458-463, 2013.

BARROS, A.C.S.D.; BUZAID, A.C. História natural do câncer de mama. *In*: BARROS, A.C.S.D.; BUZAID, A.C. (Comp.). **Câncer de Mama: tratamento multidisciplinar**. São Paulo: Dendrix Edição e Desing, 2007.

BERTAN, F. C.; CASTRO, E. K. Qualidade de vida e câncer: revisão sistemática de artigos brasileiros. **Revista Psico.**, v. 40, n. 3, p. 366-372, 2009.

BEZERRA, A. L. R. et al. Avaliação do atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama em um centro de referência: uma análise retrospectiva. **Mastology**, v. 29, n. 3, p. 144-151, 2019.

BINOTTO, M. et al. Health-related quality of life before and during chemotherapy in patients with early-stage breast cancer. **Ecancermedicalsecience.**, v. 14, 2020. doi: 10.3332/ecancer.2020.1007.

BINOTTO, M.; SCHWARTSMANN, G. Health-Related Quality of Life of Breast Cancer Patients: Integrative Literature Review. **Rev. bras. Cancerol.**, v. 66, n. 1, 2020.

BLEICHER, R. J. Timing and Delays in Breast Cancer Evaluation and Treatment. **Ann Surg Oncol.**, v. 25, n. 10, p. 2829–2838, 2018. doi:10.1245/s10434-018-6615-2.

BOING, L. et al. Benefits of belly dance on quality of life, fatigue, and depressive symptoms in women with breast cancer – A pilot study of a non-randomised clinical trial. **J Bodyw Mov Ther.**, 2018. doi: 10.1016/j.jbmt.2017.10.003.

BOING, L. et al. Tempo sentado, imagem corporal e qualidade de vida em mulheres após a cirurgia do câncer de mama. **Rev Bras Med Esporte**, v. 23, n. 5, 2017.

BOWLING, A. The concept of quality of life in relation to health. **Medicina neisecoli**, v. 7, n. 3, p. 633-645, 1995.

BRAND, N. R. et al. Delays and Barriers to Cancer Care in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review. **The Oncologist**, v. 24, 2019.

BRANDÃO, M. L. et al. Association between spirituality and quality of life of women with breast cancer undergoing radiotherapy. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, n. e20200476, 2021.

BRASIL, Câmara dos Deputados. **Lei nº 13.896, de 30 de outubro de 2019**. Dispõe sobre o acréscimo do §3º na Lei 12.732, instituindo que os exames relacionados ao diagnóstico de neoplasia maligna sejam realizados no prazo máximo de trinta dias. Brasília, 2019b.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Lei nº12.732, de 22 de novembro de 2012**. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Brasília, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 140, de 27 de fevereiro de 2014**. Redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 36 p.

BRASIL. Diário Oficial da União. **Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e da outras providências. Brasília, 1990.

BRASIL. Diário Oficial da União. **Lei nº 9.797, de 6 de maio de 1999**. Dispõe sobre a obrigatoriedade da cirurgia plástica reparadora da mama pela rede de unidades integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS nos casos de mutilação decorrentes de tratamento de câncer. Brasília, 1999.

BRASIL. Diário Oficial da União. **Lei nº 12.802, de 24 de abril de 2013**. Altera a Lei nº 9.797, de 6 de maio de 1999, que “dispõe sobre a obrigatoriedade da cirurgia plástica reparadora da mama pela rede de unidades integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS nos casos de mutilação decorrentes de tratamento de câncer”, para dispor sobre o momento da reconstrução mamária. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. (Cadernos de Atenção Básica, 13).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Viva mulher. **Câncer do colo do útero e de mama**. Rio de Janeiro, 2002.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. São Paulo: Saraiva, 1988.

BRASIL. Diário Oficial da União. **Portaria nº 2.439, de 8 de dezembro de 2005**. Dispõe sobre a instituição da Política Nacional de Atenção Oncológica e dá outras providências. Brasília, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 741, de 19 de dezembro de 2005**. Dispõe sobre os critérios e parâmetros para a habilitação na alta complexidade em oncologia. Brasília, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher**: bases da ação programática. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Conjunta nº 4, de 23 de Janeiro de 2018**. Aprova as Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Carcinoma de Mama. Brasília, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1399, de 17 de dezembro de 2019**. Redefine os critérios e parâmetros referenciais para a habilitação de estabelecimentos de saúde na alta complexidade em oncologia no âmbito do SUS. Brasília, 2019a.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Portaria nº 2898, de 28 de novembro de 2013**. Atualiza o Programa Nacional de Qualidade em mamografia. Brasília, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 779, de 31 de dezembro de 2008**. Define o Sistema de Informação do Controle do Câncer de Mama (SISMAMA), altera a tabela de procedimentos, medicamentos e órteses próteses e materiais especiais - OPM do SUS. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 874, de 16 maio de 2013**. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na rede de Atenção à Saúde. Brasília, 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Rastreamento** – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 82 p.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas não transmissíveis (DCnt) no Brasil**. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 76p.

BRASIL., MS. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2017.

BRAY, F. et al. Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. **CA Cancer J Clin.**, v. 68, n. 6, p. 394-424, 2018. doi: 10.3322/caac.21492.

BUENO, J. N. et al. Evaluation of body image, quality of life, tactile sensitivity and pain in women with breast cancer submitted to surgical intervention. **Rev Assoc Med Bras.**, v. 64, n. 6, p. 530-536, 2018.

BUSTAMANTE-TEIXEIRA, M. T.; FAERSTEIN, E.; LATORRE, M. R. Técnicas de análise de sobrevivência. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 579-594, 2002. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2002000300003>.

CABRAL, A. L. L. V. et al. Vulnerabilidade social e câncer de mama: diferenciais no intervalo entre o diagnóstico e o tratamento em mulheres de diferentes perfis sociodemográficos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 2, p.613-622, 2019.

CANARIO, A. C. G. et al. Physical activity, fatigue and quality of life in breast cancer patients. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 62, n. 1, p. 38-44, 2016. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.62.01.38>.

CASTELLAR, J.; FERNANDES, C. A.; TOSTA, C. E. Beneficial Effects of Pranic Meditation on the Mental Health and Quality of Life of Breast Cancer Survivors. **Integr Cancer Ther.**, v. 13, n. 4, p. 341-350, 2014. doi: 10.1177/1534735414534730.

CASTRO, F. C. M.; JOBIM, F. C.; JACOBI, L. F. Analysis of the waiting time of the diagnosis for the first breast cancer treatment in southern Brazil. **Women & Health**, v. 61, n. 6, p. 542-549, 2021.

CAVALCANTI, L. P.G. et al. Assistência em Mastologia em uma Unidade de Referência do Sistema Único de Saúde no Ceará, Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 58, n.4, p. 603-609, 2012.

CAVALLI KLUTHCOVSKY, A. C. G. Fatigue after treatment in breast cancer survivors: prevalence, determinants and impact on health-related quality of life. **Support Care Cancer**, v. 20, p. 1901–1909, 2012.

CENTER FOR DISEASE AND CONTROL (CDC). Framework for Program Evaluation in Public Health. Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR). **Atlanta**, v.48, n. RR-11, p. 1-40, 1999.

CHAVES, L. D. P.; TANAKA, O. Y. O enfermeiro e a avaliação na gestão de Sistemas de Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 5, p.1274-1278, 2012.

COELHO, R. C. F. P. et al. Impact on the quality of life of women with breast cancer undergoing chemotherapy in public and private care. **Invest. Educ. Enferm.**, v. 36, n. 1, 2018.

COLOMBINO, I. C. F. et al. Factors associated with return to work in breast cancer survivors treated at the Public Cancer Hospital in Brazil. **Support Care Cancer**, v. 28, n. 9, p. 4445-4458, 2020. doi: 10.1007/s00520-019-05164-7.

CONTANDIOPOULLOS, A. P. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. *In*: HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de Programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 41-60.

COSTA, W. A. et al. Quality of life in breast cancer survivors. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 63, n. 7, p. 583-589, 2017a. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.63.07.583>.

COSTA, W. A. et al. Pain and quality of life in breast cancer patients. **Clinics**, v. 72, n. 12, p. 758-763, 2017b.

COUGHLIN, S. S. Social determinants of breast cancer risk, stage, and survival. **Breast Cancer Res Treat.**, v. 177, n. 3, p. 537-548, 2019. <https://doi.org/10.1007/s10549-019-05340-7>

COUTO, M. S. A. et al. Efeito da redistribuição das causas mal definidas de óbito sobre a taxa de mortalidade por câncer de mama no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 24, n. 9, p. 3517-3528, 2019. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018249.31402017>.

CRAMER, H et al. Yoga for improving health-related quality of life, mental health and cancer-related symptoms in women diagnosed with breast cancer. **Cochrane Database Syst Rev**, v.1, 2017.

D'ORSI, C. J. et al. **ACR BI-RADS® Atlas, Breast Imaging Reporting and Data System**. Reston (VA), USA: American College of Radiology. 2013.

DE LA MARE, J. A. et al. Breast cancer: current developments in molecular approaches to diagnosis and treatment. **Recent Pat Anticancer Drug Discov.**, v. 9, n. 2, p. 153-75, 2014.

D'EGIDIO, V. et al. Intervenções de aconselhamento entregues em mulheres com câncer de mama para melhorar a qualidade de vida relacionada à saúde: uma revisão sistemática. **Qual Life Res.**, v. 26, n. 10, p. 2573-2592, 2017.

DESANTIS C. E. et al. International Variation in Female Breast Cancer Incidence and Mortality Rates. **Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.**, v. 24, n. 10, 2015.

DONABEDIAN, A. **The Definition of Quality and Approaches to its Assessment** (Explorations in Quality Assessment and Monitoring, volume I). Ann Arbor: Health Administration Press, 1980.

DOS-SANTOS-SILVA, I. Políticas de controle do câncer de mama no Brasil: quais são os próximos passos? **Cad. Saúde Pública**, v. 34, n. 6, 2018.

DOS-SANTOS-SILVA, I. et al. Ethnoracial and social trends in breast cancer staging at diagnosis in Brazil, 2001-14: a case only analysis. **Lancet Glob Health**, v. 7, n. 6, p. 784-97, 2019.

DUBOIS, C.A.; CHAMPAGNE, F.; BILODEAU, H. Histórico da Avaliação. *In*: BROUSSELE, A. (Org.) **Avaliação conceitos e métodos**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2013. p. 19-39.

FAYER, V. A. **Avaliação das ações de controle do câncer de mama no estado de São Paulo**: uma abordagem a partir dos Sistemas de Informação do Sistema Único de Saúde. 2019. Tese de Doutorado - Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora. 2019. 161f.

FÊDE, A. B. S. et al. Multivitamins do not improve radiation therapy-related fatigue: results of a double-blind randomized crossover trial. **Am J Clin Oncol.**, v. 30, n. 4, p. 432-436, 2007. doi: 10.1097/COC.0b013e31804b40d9.

FERLAY J. et al. Estimating the global cancer incidence and mortality in 2018: GLOBOCAN sources and methods. **International Journal of Cancer**, v. 144, n. 8, p. 1941–1953, 2019.

FERREIRA, N. A. S. et al. Treatment delays among women with breast cancer in a low socio-economic status region in Brazil. **BMC Women's Health**, v. 17, n. 13, 2017.

FERREIRA, N. A. S. et al. Waiting Time between Breast Cancer Diagnosis and Treatment in Brazilian Women: An Analysis of Cases from 1998 to 2012. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v. 17, n. 4030, 2020. doi:10.3390/ijerph17114030

FERRELL, B. R.; DOW, K. H.; GRANT, M. Measurement of the quality of life in cancer survivors. **Qual Life Res.**, v. 4, p. 523–531, 1995.

FLECK, M.P.A. Problemas conceituais em qualidade de vida. *In*: FLECK, M. P. A. et al. **A avaliação de qualidade de vida**: guia para profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 19-28.

FREESE, E. M.; SAMPAIO, J. CESSE, E. A. P. Avaliação do Sistema Único de Saúde. *In*: AUGUSTO, L. G. S.; CARNEIRO, R. M.; MARTINS, P. H. **Abordagem ecossistêmica em saúde**. Recife: Editora Universitária da UFPE, 2005. p. 32-38.

FREITAS, A. G. Q; WELLER, M. Patient delays and system delays in breast cancer treatment in developed and developing countries. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 20, n. 10, p. 3177-3189, 2015.

FURLAN, V. L. A. et al. Qualidade de vida e autoestima de pacientes mastectomizadas submetidas ou não a reconstrução de mama. **Rev. Bras. Cir. Plást.**, v. 28, n. 2, p. 264-269, 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-51752013000200016>.

GARCIA, S. N. et al. Qualidade de vida de mulheres com neoplasia mamária em tratamento quimioterápico. **Rev. baiana enferm.**, v. 31, n. 2, 2017.
<http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v31i2.17489>.

GARCIA, S. N. et al. Quality of life domains affected in women with breast cancer. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, n. 2, p. 89-96, 2015.

GEBRUERS, N. et al. Current and future perspectives on the evaluation, prevention and conservative management of breast cancer related lymphoedema: A best practice guideline. **Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.**, v. 216, p. 245-253, 2017.

GHISLAIN, I. et al. Health-related quality of life in locally advanced and metastatic breast cancer: methodological and clinical issues in randomised controlled trials. **Lancet Oncol.**, v. 17, n. 7, p. 294-304, 2019. doi: 10.1016 / S1470-2045 (16) 30099-7.

GILL, T.M.; FEINSTEIN, A.R. A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. **Journal of the American Medical Association**, v.272, n.8, p.619-26, 1994.

GINSBURG, O.; BRAY, F.; COLEMAN, M. P. [The global burden of women's cancers: an unmet grand challenge in global health.](#) **Lancet**, v. 389, n. 10071, p. 847–860, 2017.
doi:10.1016/S0140-6736(16)31392-7.

GIRIANELLI, V. R.; GAMARRA, C. J.; SILVA, G. A. Os grandes contrastes na mortalidade por câncer do colo uterino e de mama no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 3, p. 459-467, 2014.

GLOBAL BURDEN OF DISEASE CANCER COLLABORATION. Global, Regional, and National Cancer Incidence, Mortality, Years of Life Lost, Years Lived With Disability, and Disability-Adjusted Life-Years for 29 Cancer Groups, 1990 to 2016 - A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study. **JAMA Oncol.**, v. 4, n. 11, p. 1553-1568, 2018.
doi:10.1001/jamaoncol.2018.2706

GLOBAL CANCER OBSERVATORY (GLOBOCAN). **Cancer Today**. Lyon: France, 2022. Disponível em: <https://gco.iarc.fr/>. Acesso em: 12 jun. 2022.

GRAY, J. A. M. New concepts in screening. *The British Journal of General Practice*, London, v. 54, n. 501, p. 292-298, apr. 2004.

GOZZO, T. O. et al. Náuseas, vômitos e qualidade de vida de mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 34, n. 3, p. 110-116, 2013.
<https://doi.org/10.1590/S1983-14472013000300014>.

GUERRA, M. R. et al., Inequalities in the burden of female breast cancer in Brazil, 1990–2017. **Population Health Metrics**, v. 18, n. 8, 2020a. Supl. 1. <https://doi.org/10.1186/s12963-020-00212-5>

GUERRA, R. L. et al. Breast Cancer Quality of Life and Health-state Utility at a Brazilian Reference Public Cancer Center. **Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res.**, v. 20, n. 2, p. 185-191, 2020b. doi: 10.1080/14737167.2019.1621752.

HADDOU RAHOU, B. et al. Quality of life in Arab women with breast cancer: a review of the literature. **Health Qual Life Outcomes**, v. 14, 2016.

H Aidari, R. E. et al. Factors Associated with Health-Related Quality of Life in Women with Breast Cancer in the Middle East: A Systematic Review. **Cancers (Basel)**, v. 12, n. 3, 2020. doi: 10.3390/cancers12030696.

HARTZ, Z. M.A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. V. **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

HENNIGS, A. et al. Changes in chemotherapy usage and outcome of early breast cancer patients in the last decade. **Breast Cancer Res Treat.**, v. 160, n. 3, p. 491-499, 2016.

HO, P. J. et al. Healthrelated quality of life in Asian patients with breast cancer: a systematic review. **BMJ Open**, v. 8, 2018. doi:10.1136/bmjopen-2017-020512

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). Ministério da Saúde. **A situação do câncer de mama no Brasil: síntese de dados dos sistemas de informação**. Rio de Janeiro: INCA, 2019a.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). Ministério da Saúde. **Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama**. Rio de Janeiro: INCA, 2015.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). Ministério da Saúde. **Registros hospitalares de câncer: planejamento e gestão**. 2 ed. Rio de Janeiro: INCA, 2010.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). Ministério da Saúde. **Conceito e Magnitude do câncer de mama**. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/>>. Acesso em 12 de ago. 2020.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). Ministério da Saúde. **Atlas online de mortalidade**. Rio de Janeiro, 2022a. Disponível em: <<https://mortalidade.inca.gov.br/>>. Acesso em 12 de jun. de 2022.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). Ministério da Saúde. **Incidência do câncer de mama e estimativa para o ano de 2022**. Rio de Janeiro, 2022b. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/controlado-cancer-de-mama/dados-e-numeros/incidencia>>. Acesso em 12 de jun. de 2022.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Recomendações para redução da mortalidade por câncer de mama no Brasil: balanço 2012**. Rio de Janeiro: INCA, 2012. 52 p.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). **Detecção precoce do câncer**. Rio de Janeiro: INCA, 2021.

INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER (IARC). **Handbooks of cancer prevention: breast cancer screening (v.15)**. Lyon: France, 2014. (IARC; 15).

- KAILEMIA, P. N. et al. Exploring determinants of, and interventions for, delayed presentation of women with breast symptoms: A systematic review. **Eur J Oncol Nurs.**, v. 44, 2020. doi: 10.1016/j.ejon.2019.101677.
- KAUFMAN, C. S. et al. National Quality Measures for Breast Centers (NQMBC): A Robust Quality Tool Breast Center Quality Measures. **Oncol**, v. 17, p. 377–385, 2010.
- KELLOGG FOUNDATION. **Logic Model Development Guide**: Using Logic Models to Bring Together Planning, Evaluation, and Action. 2004. Disponível em: <https://www.wkcf.org/resource-directory/resource/2006/02/wk-kellogg-foundation-logic-model-development-guide>. Acesso em 11 de jul. 2020.
- KLEE, M.; GROENVOLD, M.; MACHIN, D. Quality of life of danish women: population-based norms for the EORTC QLQ-C30. **Qual Life Res.**, v. 6, n. 1, p. 27-34, 1997.
- KOENIG, H. G.; BÜSSING, A. The Duke University Religion Index (DUREL): a five-item measure for use in epidemiological studies. **Religions**, v. 1, p. 78-85, 2010.
- KOŁODZIEJCZYK, A.; PAWŁOWSKI, T. Negative body image in breast cancer patients. **Adv Clin Exp Med.**, v. 28, n. 8, p. 1137-1142, 2019.
- KONIECZNY, M. et al. Impact of Time to Initiation of Treatment on the Quality of Life of Women with Breast Cancer. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v. 17, n. 22, 2020.
- KONIECZNY, M. et al. Quality of Life of Women with Breast Cancer and Socio-Demographic Factors. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**, v. 21, n. 1, p. 185-193, 2021.
- LANZA, M. et al. Quality of Life and Volume Reduction in Women with Secondary Lymphoedema Related to Breast Cancer. **Int J Breast Cancer**. 2015. doi: 10.1155/2015/586827.
- LEGGETT, S.; KOCZWARA, B.; MILLER, M. The Impact of Complementary and Alternative Medicines on Cancer Symptoms, Treatment Side Effects, Quality of Life, and Survival in Women with Breast Cancer—A Systematic Review. **Nutrition and Cancer**, v. 67, n. 3, p. 373–391, 2015.
- LIMA, E. O. L.; SILVA, M. M. Quality of life of women with locally advanced or metastatic breast cancer. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 41, e20190292, 2020.
- LISBOA, F. C. A. P. et al. Análise crítica do diagnóstico, tratamento e seguimento de pacientes com Câncer de Mama acompanhadas em serviço de Mastologia do Distrito Federal. **Rev Bras Mastologia**, v. 23, n. 4, p. 102-107, 2013.
- LOVELACE, D. L.; MCDANIEL, L. R.; GOLDEN, D. Long-Term Effects of Breast Cancer Surgery, Treatment, and Survivor Care. **J Midwifery Womens Health**, v. 64, n. 6, p. 713-724, 2019. doi: 10.1111/jmwh.13012.
- LUCCHESI, Patrícia T. R. **Políticas públicas em Saúde Pública** (Org.). São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2004. 90 p.

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. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 17, n. 3, p. 707-716, 2012. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300017>.

MAKLUF, A.S.D.; DIAS, R.C.; BARRA, A.A. Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer da mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 52, n.1, p. 49-58, 2006.

MALIK, A. M.; SCHIESARI, L. M. C. **Qualidade na Gestão Local de Serviços e Ações de Saúde**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.

MANDELBLATT, J. S.; EISENBERG, J. M. Historical and methodological perspectives on cancer outcomes research. **Oncology (Williston Park)**, v. 9, p. 23 -32, 1995. Supl.11.

MANGEL, L. et al. The possible role of the timing of the first oncological treatment on the survival rate of cancer diseases. A literature overview. **Orv Hetil.**, v. 159, n. 14, p. 535-546, 2018. doi: 10.1556/650.2018.30920.

MARQUES, C. A. V; FIGUEIREDO, E. N.; GUTIÉRREZ, M. G. R. Políticas de saúde pública para o controle do câncer de mama no Brasil. **Rev enferm UERJ**, v. 23, n. 2, p. 272 – 278, 2015.

MARTINS, T. N. O. et al. Reconstrução mamária imediata versus não reconstrução pós mastectomia: estudo sobre qualidade de vida, dor e funcionalidade. **Fisioter. Pesqui.**, v. 24, n. 4, p. 412-419, 2017. <https://doi.org/10.1590/1809-2950/17580224032017>.

MATSUDO, S. M., et al. Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. **Rev Bras Ativ Saude**, v. 10, p. 5-18, 2001.

MAYER, S. et al. Sexual activity and quality of life in patients after treatment for breast and ovarian cancer. **Archives of Gynecology and Obstetrics**. 2018. doi:10.1007/s00404-018-4922-2

McDONALD, E. S. et al. Clinical Diagnosis and Management of Breast Cancer. **J Nucl Med.**, v. 57, p. 9S-16S, 2016. Supl. 1.

MEDEIROS, G. C. et al. Análise dos determinantes que influenciam o tempo para o início do tratamento de mulheres com câncer de mama no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 31, n. 6, p. 1269-1282, 2015.

MEDEIROS, G. C.; THULER, L. C. S.; BERGMANN, A. Delay in breast cancer diagnosis: a Brazilian cohort study. **Public Health**, v. 167, p. 88-95, 2019b.

MEDEIROS, G. C.; THULER, L. C. S.; BERGMANN, A. Factors influencing delay in symptomatic presentation of breast cancer in Brazilian women. **Health Soc Care Community**, v. 27, n. 6, p. 1525-1533, 2019a. doi: 10.1111/hsc.12823

MEDEIROS, G. C.; THULER, L. C. S.; BERGMANN, A. Determinants of delay from cancer diagnosis to treatment initiation in a cohort of Brazilian women with breast cancer. **Health Soc Care Community**, v. 29, n. 6, p. 1769-1778, 2021. <https://doi.org/10.1111/hsc.13284>

MEDEIROS, G. C. et al. Fatores Associados ao Atraso entre o Diagnóstico e o Início do Tratamento de Câncer de Mama: um Estudo de Coorte com 204130 Casos no Brasil. **Rev. bras. Cancerol.**, v. 66, n.3, p.1-12, 2020.

MICHELS, F. A. S; LATORRE, M. R. D. O.; MACIEL, M. S. Validity, reliability and understanding of the EORTC-C30 and EORTC-BR23, quality of life questionnaires specific for breast cancer. **Rev. bras. epidemiol.**, v. 16, n. 2, p. 352-363, 2013. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2013000200011>.

MIGOWSKI, A. et al. Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil III- Desafios à implementação. **Cad Saúde Pública**, v. 34, n. 6, p. 1–14, 2018.

MINAYO, M. C. S. Conceito de avaliação por triangulação de métodos. *In*: MINAYO, M. C. S. (organizadora). **Avaliação por triangulação de métodos**. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora FICRUZ, 2008. p. 19-52.

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

MOKHTARI-HESSARI, P.; MONTAZERI A. Health-related quality of life in breast cancer patients: review of reviews from 2008 to 2018. **Health and Quality of Life Outcome**, v. 18, n. 1, 2020.

MORAES, M. W; CUNHA, M. L. R. Módulo II – Cânceres sólidos. Câncer de mama. *In*: RODRIGUES, A. B.; OLIVEIRA, P. P. (Coord.). **Oncologia para enfermagem**. Barueri, SP: Manole, 2016. p. 129-152.

MORAIS, F. D. et al. Sociodemographic and clinical factors affecting body image, sexual function and sexual satisfaction in women with breast cancer. **J Clin Nurs.**, v. 25, n. 11-12, p. 1557-1565, 2016. doi: 10.1111/jocn.13125.

MOREIRA, D. P. et al. Quality of life of patients with cancer undergoing chemotherapy in hospitals in Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil: does individual characteristics matter? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 8, 2021.

NATIONAL CANCER INSTITUTE (NCI). Physician Data Query (PDQ). **Breast Cancer Treatment – Health Professional Version**. 2019. Disponível em: <https://www.cancer.gov/types/breast/hp/breast-treatment-pdq>. Acesso em: 11 out. 2020.

National Comprehensive Cancer Network (NCCN). **Practice Guidelines in Oncology: Breast Cancer**. Version 2. 2019. Disponível em: https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/breast.pdf. Acesso em: 11 out. 2020.

- NEAL, R.D. et al. Is increased time to diagnosis and treatment in symptomatic cancer associated with poorer outcomes? Systematic review. **Br J Cancer**, v. 112, p. S92-S107, 2015. Supl. 1. doi: 10.1038 / bjc.2015.48
- NELSON, H. D. et al. Harms of breast cancer screening: Systematic review to update the 2009 U.S. Preventive services task force recommendation. **Annals of Internal Medicine**, v. 164, n. 4, p. 256–267, 2016
- NGUYEN, J. et al. EORTC QLQ-BR23 and FACT-B for the assessment of quality of life in patients with breast cancer: a literature review. **J. Comp. Eff. Res.**, v. 4, n. 2, p. 157–166, 2015.
- OLIVEIRA-JUNIOR, I. et al. Oncoplastic Surgery in Breast-Conserving Treatment: Patient Profile and Impact on Quality of Life. **Breast Care**, v. 16, n. 3, p. 243-253, 2020. doi: 10.1159/000507240.
- PAIVA, C. E. et al. Associations of Body Mass Index and Physical Activity With Sexual Dysfunction in Breast Cancer Survivors. **Arch Sex Behav.**, v. 45, n. 8, p. 2057-2068, 2016. doi: 10.1007/s10508-016-0758-7.
- PASSMAN, L. J et al. SISMAMA—Implementation of an information system for breast cancer early detection programs in Brazil. **The Breast**, v. 20, p. S35-S39, 2011. Supl. 2.
- PAULO, T. R. S. et al. The impact of an exercise program on quality of life in older breast cancer survivors undergoing aromatase inhibitor therapy: a randomized controlled trial. **Health Qual Life Outcomes**, v. 17, n. 1, 2019. doi: 10.1186/s12955-019-1090-4.
- PEART, O. Breast intervention and breast cancer treatment options. **Radiol Technol.**, v. 86, n. 5, p. 559-62, 2015.
- PEREIRA, E. F.; TEIXEIRA, C. S.; SANTOS, A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Rev. bras. Educ. Fís. Esporte**, v.26, n.2, p.241-50, 2012.
- PEREIRA, L. D. A. et al. Quality of life of women with pre-and post-operative breast cancer. **Invest. Educ. Enferm.**, v. 35, n. 1, p. 109-119, 2017.
- PERRY, S.; KOWALSKI, T. L.; CHANG, C. Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer de mama: benefícios, aceitabilidade e utilização. **Health Qual Life Outcomes**. v. 5, p. 1-24, 2007.
- PINHEIRO, M. D. R.; FERREIRA, J. O questionário de suporte social: Adaptação e validação da versão portuguesa do Social Support Questionnaire (SSQ6). **Psychologica**, v. 30, p. 315-333, 2002.
- RAPHAEL, M. J. et al. The relationship between time to initiation of adjuvant chemotherapy and survival in breast cancer: a systematic review and meta-analysis. **Breast Cancer Res Treat.**, v. 160, n. 1, p. 17-28, 2016. doi: 10.1007/s10549-016-3960-3.

RENNA JUNIOR, N. L.; AZEVEDO SILVA, G. Late-Stage Diagnosis of Breast Cancer in Brazil: Analysis of Data from Hospital-Based Cancer Registries (2000-2012). **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 40, n. 3, p. 127-136, 2018.

RENEWICK, R.; BROWN, I. The center for health promotion's conceptual approach to quality of life. *In*: RENEWICK, R.; BROWN, I.; NAGLER, M. (Eds.). **Quality of life in health promotion and rehabilitation: conceptual approaches, issues and applications**. Thousand Oaks: Sage, 1996. p.75-86.

REZENDE, M. C. R. et al. Causas do retardo na confirmação diagnóstica de lesões mamárias em mulheres atendidas em um centro de referência do Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v. 31, n. 2, p. 75-81, 2009.

RIEDEL, F. et al. Changes of breast and axillary surgery patterns in patients with primary breast cancer during the past decade. **Arch Gynecol Obstet.**, v. 26, 2018. doi: 10.1007/s00404-018-4982-3.

RIVERA-FRANCO, M. M.; LEON-RODRIGUEZ, E. Delays in Breast Cancer Detection and Treatment in Developing Countries. **Breast Cancer: Basic and Clinical Research**, v. 12, p. 1-5, 2018. doi: 10.1177/1178223417752677.

ROCHA-BRISCHILIAR, S. C. et al. The Rise in Mortality from Breast Cancer in Young Women: Trend Analysis in Brazil. **PLoS ONE**, v. 12, n. 1, 2017. doi:10.1371/journal.pone.0168950.

ROINE, E. et al. Long-term health-related quality of life of breast cancer survivors remains impaired compared to the age-matched general population especially in young women. Results from the prospective controlled BREX exercise study. **The Breast**, v.59, p. 110-116, 2021.

ROMEIRO-LOPES, T. C. et al. Delay in Diagnosis and Treatment of Breast Cancer among Women Attending a Reference Service in Brazil. **Asian Pac J Cancer Prev.**, n. 18, v. 11, p. 3017-3023, 2017. doi: 10.22034/APJCP.2017.18.11.3017.

ROSA, L. M.; RADÜNZ V. Do sintoma ao tratamento adjuvante da mulher com câncer de mama. **Texto Contexto Enferm.**, v. 22, n. 3, p. 713-721, 2013.

RUNOWICZ, C. D. et al. American Cancer Society. American Society of Clinical Oncology Breast Cancer Survivorship Care Guideline. **CA Cancer J Clin.**, v. 66, n. 1, p. 43-73, 2016.

SAFER, M. A. et al. Determinants of three stages of delay in seeking care at a medical clinic. **Med Care**, v. 17, p. 11-29, 1979.

SANTOS, D. B.; VIEIRA E. M. Imagem corporal de mulheres com câncer de mama: uma revisão sistemática da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 5, p. 2511-2522, 2011.

SANTOS, T. T. M. et al. Disponibilidade de serviços de diagnóstico e seu impacto no fluxo de pacientes em dois centros de referência brasileiros em tratamento do câncer de mama. **Asian Pac J Cancer Prev.**, v. 21, n. 2, p. 317-324, 2020.

- SARASON, I. G. et al. A brief measure of social support: Practical and theoretical implications. **Journal of social and personal relationships**, v. 4, n. 4, p. 497-510, 1987.
- SEIDL, E.M.F.; ZANNON, C.M.L.C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, v.20, n.2, p. 580-588, 2004.
- SILVA, B. R. et al. Performance of functionality measures and phase angle in women exposed to chemotherapy for early breast cancer. **Clinical Nutrition ESPEN**, v. 42, p. 105-116, 2021.
- SILVA, M. J. S. et al. Política de Atenção ao Câncer no Brasil após a Criação do Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 63, n. 3 p. 177-187, 2017.
- SILVA, S. H. et al. Quality of life after mastectomy and its relation with muscle strength of upper limb. **Fisioter. Pesqui.**, v. 21, n. 2, p. 180-185, 2014. <https://doi.org/10.1590/1809-2950/68121022014>.
- SILVA, J. G. B. et al. Quality of life in women with breast cancer treated at a radiotherapy centre in Caruaru, Pernambuco, Brazil. **Can Oncol Nurs J.**, v. 32, n. 2, p. 162-171, 2022.
- SILVA, M. R.; RODRIGUES, L. R. Conexões e interlocuções entre autoimagem, autoestima, sexualidade ativa e qualidade de vida no envelhecimento. **Rev Bras Enferm.**, v. 73, Suppl 3, 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0592> e20
- SOCHA, M.; SOBIECH, K. A. Socio-Demographic and General Health Factors Associated with Quality of Life in Long-Term Breast Cancer Survivors from Southwestern Poland. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v. 18, n. 7, 2021. <https://doi.org/10.3390/ijerph18179321>
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE ONCOLOGIA CLÍNICA (SBOC). **Diretrizes de tratamentos oncológicos recomendados pela Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica**. 2020. Disponível em: <https://www.sbo.org.br/>. Acesso em: 11 out. 2020.
- SOUSA, H. et al. A systematic review of factors affecting quality of life after postmastectomy breast reconstruction in women with breast cancer. **Psychooncology**, v. 28, n. 11, p. 2107-2118, 2019.
- SOUSA, S. M. M.T. et al. Acesso ao tratamento da mulher com câncer de mama. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 122, p. 727-741, 2019a.
- SOUZA, C. B. et al. Estudo do tempo entre o diagnóstico e início do tratamento do câncer de mama em idosas de um hospital de referência em São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 12, p. 3805-3816, 2015.
- SPRANGERS, M. A. G. et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer Breast Cancer-Specific Quality-of-Life Questionnaire Module: First results from a three country field study. **J Clin Oncol.**, v. 14, p. 2756-2768, 1996.
- STAHLSCHMIDT, R. et al. Adherence and quality of life in women with breast cancer being treated with oral hormone therapy. **Support Care Cancer**, v. 27, n. 10, p. 3799-3804, 2019. doi: 10.1007/s00520-019-04671-x.

STUFFLEBEAM, D. L.; CORY, C. L. S. CIPP Model for Evaluation. An Improvement- and Accountability-Oriented Approach. *In: Evaluation theory, models, and applications*. 2. ed. San Francisco: Joney-Bass, 2014. Cap. 13, p.309-332.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente. Um modo de fazer. 1. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2001.

TAUNAY, T. C. D. et al. Validação da versão brasileira da escala de religiosidade de Duke (DUREL). *Rev. psiquiatr. clín.*, v. 39, n. 4, p. 130-135, 2012.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832012000400003>.

TEIXEIRA, L. (Org.). Câncer de mama, câncer de colo de útero: conhecimentos, políticas e práticas. Rio de Janeiro: Outras Letras, 2015. 256 p.

THULER, L. C. Considerações sobre a prevenção do câncer de mama feminino. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 49, n. 4, p. 227–238, 2003.

TRALDI, M. C. et al. Demora no diagnóstico de câncer de mama de mulheres atendidas no Sistema Público de Saúde. *Cad. Saúde Colet.*, v. 24, n. 2, p. 185-191, 2016.

TRUFELLI D. C., et al. Análise do atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama em um hospital público. *Rev Assoc Med Bras.*, v. 54, n. 1, p. 72-76, 2008.

UNGER-SALDAÑA, K. Desafios para o diagnóstico precoce e tratamento do câncer de mama em países em desenvolvimento. *World J Clin Oncol.*, v. 5, n. 3, p. 465–477, 2014.

UNGER-SALDAÑA, K.; INFANTE-CASTAÑEDA, C. Delay of medical care for symptomatic breast cancer: a literature review. *Salud pública de México*, v.51, p.270-85, 2009. Supl. 2.

UNIÃO INTERNACIONAL CONTRA O CÂNCER (UICC). **TNM: Classificação de Tumores Malignos - Tradução Instituto Nacional de Câncer**. 7. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2012.

VELLOSO, F. S. B.; BARRA, A. A.; DIAS, R. C. Functional performance of upper limb and quality of life after sentinel lymph node biopsy of breast cancer. *Rev. bras. fisioter.*, v. 15, n. 2, p. 146-153, 2011. <https://doi.org/10.1590/S1413-35552011000200010>.

VIDOTTI, J. F.; SCORSOLINI-COMIN, F.; SANTOS, M. A. Qualidade de vida em sobreviventes de longo prazo ao câncer de mama: análise da produção científica. *Psicol. teor. prat.*, v. 15, n. 3, p. 49-68, 2013.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Como Conduzir uma Avaliação de Programas e Políticas de Saúde? *In: Avaliação de Políticas e Programas de Saúde*. 22. ed. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2014. P. 21-50.

WALTER, F. et al. The Andersen Model of Total Patient Delay: a systematic review of its application in cancer diagnosis. *J Health Serv Res Policy.*, v. 17, n. 2, p. 110–118, 2012. doi: 10.1258/jhsrp.2011.010113

WEBBER, C. et al. Identifying predictors of delayed diagnoses in symptomatic breast cancer: a scoping review. **Eur J Cancer Care (Engl)**, v. 26, n. 2. 2017. doi: 10.1111/ecc.12483.

WELCH, H. G.; BLACK W. C. Overdiagnosis in cancer. **J Natl Cancer Inst.**, v. 102, n. ;9, p. 605-613, 2010.

WERMELINGER-ÁVILA, M. P. et al. The Role of Physical Activity in the Association Between Resilience and Mental Health in Older Adults. **J Aging Phys Act.** v.26, n. 2, p. 248-253, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Cancer control: a global snapshot in 2015**. Geneva: 2015. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/Cancer_Control_Snapshot_in_2015.pdf?ua=1>. Acesso em: 12 set. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Guide to cancer early diagnosis**. Geneva: World Health Organization, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). The WHOQOL Group. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). *In*: Orley, J.; Kuyken, W., editors. **Quality of life assessment: international perspectives**. Heidelberg: Springer Verlag, 1994. p. 41-60.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **National Cancer Control Programmes - Policies and managerial guidelines**. 2. ed. Geneva: World Health Organization, 2002.

WU, H. S.; DAVIS, J.; CHEN, L. Impact of Comorbidity on Symptoms and Quality of Life Among Patients Being Treated for Breast Cancer. **Cancer Nurs.**, v. 42, n. 5, p. 381-387, 2019. doi: 10.1097/NCC.0000000000000623.

WÜNSCH FILHO, V. et al. Perspectivas da investigação sobre determinantes sociais em câncer. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 18, n. 3, pp. 427-450, 2008. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312008000300004>

YE, M. et al. A meta-analysis of the efficacy of cognitive behavior therapy on quality of life and psychological health of breast cancer survivors and patients. **Psychooncology**, v. 27, n. 7, p. 1695-1703, 2018.

ZHANG, Q.; ZHAO, H.; ZHENG, Y. Effectiveness of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on symptom variables and health-related quality of life in breast cancer patients-a systematic review and meta-analysis. **Support Care Cancer**, v. 27, n. 3, p. 771-781, 2019.

ZHANG, X.; LI, Y.; LIU, D. Effects of exercise on the quality of life in breast cancer patients: a systematic review of randomized controlled trials. **Support Care Cancer**, v. 27, n. 1, p. 9-21, 2019.

ZANG, H. et al. Resilience and Quality of Life: Exploring the Mediator Role of Social Support in Patients with Breast Cancer. **Med Sci Monit.**, v. 17, n. 23, p. 5969-5979, 2017.

ZOMKOWSKI, K. et al. Pain characteristics and quality of life of breast cancer survivors that return and do not return to work: an exploratory cross-sectional study. **Disabil Rehabil.**, v. 12, p. 1-6, 2020. doi: 10.1080/09638288.2020.1759150.

ANEXOS

ANEXO A: Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora do projeto “Abordagem terapêutica e sobrevida em coorte de mulheres com câncer de mama, assistidas em centros de referência da Zona da Mata Mineira”



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Abordagem terapêutica e sobrevida em coorte de mulheres com câncer de mama, assistidas em centros de referência da Zona da Mata Mineira

Pesquisador: Maximiliano Ribeiro Guerra

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 04575712.4.0000.5147

Instituição Proponente: NATES - NÚCLEO DE ACESSORIA, TREINAMENTO E ESTUDOS EM SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.038.397

Apresentação do Projeto:

A população deste estudo será composta por uma coorte de base hospitalar formada por cerca de 2000 mulheres, com diagnóstico de câncer de mama invasivo efetuado entre os períodos de 1998 a 2005 e 2010 a 2017, que foram submetidas à terapêutica local e/ou sistêmica (neoadjuvante, adjuvante ou paliativa). Descrição da área de estudo: Juiz de Fora é uma cidade de médio porte com população estimada para 2012 de 525.225 habitantes, sendo 52,7% do sexo feminino (Ministério da Saúde, 2012). Tal município apresenta ampla infra-estrutura de assistência em oncologia, dispondo de serviços especializados, tanto no setor público, quanto no setor privado, e destacando-se como referência regional. Esta rede de assistência oncológica está representada por duas clínicas privadas e quatro hospitais, sendo um hospital filantrópico e três hospitais privados. O recrutamento das pacientes incluídas neste estudo será efetuado a partir de busca ativa nos arquivos

médicos dos serviços de oncologia que prestam atendimento em oncologia na cidade de Juiz de Fora/MG e região da Zona da Mata mineira. Apresentação do projeto esta clara, detalhada de forma objetiva, descreve as bases científicas que justificam o estudo, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, item III.

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: 2.038.397

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a sobrevida de 5 e 10 anos em mulheres com câncer de mama invasivo que receberam tratamento cirúrgico, seguido de terapêutica local e/ou sistêmica (neoadjuvante, adjuvante ou paliativa), com doença diagnosticada entre os períodos de 1998 a 2005 e 2010 a 2017, em centros de atendimento oncológico da região da Zona da Mata mineira. O Objetivo da pesquisa está bem delineado, 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:

Os dados serão coletados apenas a partir de registros secundários (prontuários). Portanto, a realização do presente projeto envolve a exposição de riscos mínimos aos participantes a serem investigados. A equipe de pesquisadores envolvidos no projeto assegura o compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados, preservando integralmente o anonimato, a imagem do sujeito e a sua não estigmatização. Ressalte-se que a utilização das informações provenientes dos registros médicos foram devidamente autorizadas pela direção dos serviços de saúde incluídos no estudo e serão totalmente confidenciais para todos os casos, sendo utilizadas estritamente para fins científicos. A partir da realização dessa pesquisa, anseia-se pela obtenção de subsídios que possibilitem aos profissionais de saúde um conhecimento mais ampliado sobre a história natural da doença no contexto regional, permitindo uma abordagem adequada do câncer de mama na população de estudo, incluindo da doença metastática, de acordo com as particularidades e especificidades de cada situação. Pretende-se, ainda, que este trabalho possa contribuir para o estabelecimento de políticas de saúde locais voltadas para o cuidado ao câncer em geral, políticas estas que sejam

direcionadas ao cuidado do câncer dentro da nossa realidade, de tal forma que seja possível propiciar a todas as pacientes o acesso igualitário e individualizado aos recursos terapêuticos. Identificação dos riscos e as possibilidades e benefícios esperados, estão adequadamente descritos. A avaliação dos Riscos e Benefícios estão 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.

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: 2.038.397

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 DISPENSA DO TCLE e o termo de confidencialidade e sigilo de acordo com a Resolução CNS 466 de 2012, item: IV.8. 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 as autorizações para 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, a emenda está aprovada, 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: Dezembro de 2023.

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 a emenda ao protocolo de pesquisa proposto, a qual solicita a inclusão de Angélica Atala Lombelo Campos, Camila Soares Lima Corrêa, Homero Gonçalves Junior e Mário Círio Nogueira; aumento da amostra; cronograma de execução atualizado e adequado para atender as modificações descritas na justificativa e inclusão de informações ausentes, pois no período de transição (2012) o projeto foi renovado e aprovado de acordo com os critérios da época. 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_883058_E1.pdf	17/03/2017 10:59:38		Aceito

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: 2.038.397

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Confidencialidade_e_Sigilo.pdf	17/03/2017 10:47:04	Maximiliano Ribeiro Guerra	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Dispensa_de_TCLE.pdf	17/03/2017 10:46:51	Maximiliano Ribeiro Guerra	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Atualizado_160317.docx	16/03/2017 21:48:09	Maximiliano Ribeiro Guerra	Aceito
Parecer Anterior	Parecerpg2.pdf	07/07/2012 11:41:07		Aceito
Parecer Anterior	Parecerpg1.pdf	07/07/2012 11:38:07		Aceito
Outros	Ficha de coleta de dados atualizada (1).pdf	07/07/2012 11:20:15		Aceito
Declaração de Pesquisadores	AutorizacaoOncologico.jpg	07/07/2012 11:02:32		Aceito
Declaração de Pesquisadores	AutorizacaoJoaoFelicio.pdf	07/07/2012 11:01:40		Aceito
Declaração de Pesquisadores	AutorizacaoJoaoFelicio.jpg	07/07/2012 11:01:05		Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.jpg	06/07/2012 14:35:54		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

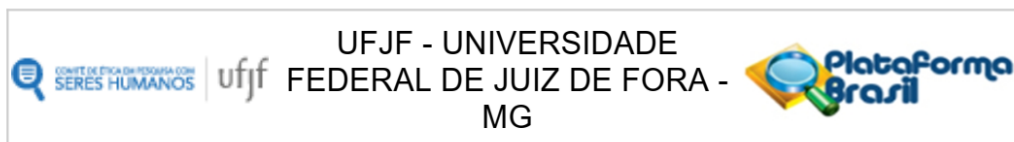
Não

JUIZ DE FORA, 28 de Abril de 2017

Assinado por:
Lainer Augusta da Cunha Serrano
(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

ANEXO B: Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora do projeto: Qualidade de vida, imagem corporal, aspectos socioeconômicos e comportamentais segundo características tumorais e clínicas em mulheres diagnosticadas com câncer de mama em Juiz de Fora, Minas Gerais



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Qualidade de vida, imagem corporal, aspectos socioeconômicos e comportamentais segundo características tumorais e clínicas em mulheres diagnosticadas com câncer de mama em Juiz de Fora, Minas Gerais

Pesquisador: Maximiliano Ribeiro Guerra

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 05341019.5.0000.5147

Instituição Proponente: NATES - NÚCLEO DE ASSESSORIA, TREINAMENTO E ESTUDOS EM SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.128.283

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo epidemiológico de delineamento transversal, de caráter descritivo e analítico, que se caracteriza pela observação direta de uma quantidade planejada de indivíduos em uma única oportunidade, num prazo determinado de tempo, o mais curto possível, decorrido da observação entre o primeiro e o último indivíduo¹. Tal metodologia permite a caracterização instantânea da situação de saúde de uma população ou comunidade, com base na avaliação individual do estado de saúde de cada um dos membros do grupo, daí produzindo indicadores globais de saúde para o grupo investigado. A presente investigação será realizada nos serviços de oncologia de um Instituto Oncológico, que prestam atendimento em oncologia na cidade de Juiz de Fora - MG e região da Zona da Mata mineira. A cidade de Juiz de Fora apresenta ampla infraestrutura de assistência oncológica, dispõe de serviços especializados, tanto no setor público, quanto no setor privado, e destaca-se como referência regional. A população do estudo será composta por mulheres diagnosticadas com câncer de mama nos últimos cinco anos, assistidas em dois centros de referência em Oncologia na cidade de Juiz de Fora. Esta pesquisa destina-se a avaliar a influência da imagem corporal na qualidade de vida de mulheres diagnosticadas com câncer de mama, assim como avaliar os aspectos socioeconômico, comportamentais e as características tumorais e clínicas. Dessa forma, ressalta-se que não haverá qualquer tipo de intervenção na população do estudo. Apresentação do projeto está clara, detalhada de forma

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: 3.128.283

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 a influência de aspectos socioeconômicos, comportamentais, clínicos e tumorais na imagem corporal e na qualidade de vida de mulheres diagnosticadas com câncer de mama.

Objetivo Secundário:

- Descrever as principais características socioeconômicas, comportamentais, clínicos, tumorais e relacionadas ao diagnóstico e tratamento em mulheres diagnosticadas com câncer de mama;
- Avaliar a imagem corporal e seus domínios em mulheres diagnosticadas com câncer de mama;
- Avaliar a qualidade de vida global e seus domínios em mulheres diagnosticadas com câncer de mama;
- Identificar os fatores associados à imagem corporal e à qualidade de vida na população de estudo.

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:

Os riscos implicados na pesquisa consistem em “riscos mínimos” que restringem-se à possibilidade de identificação dos participantes da pesquisa a partir dos dados coletados (nome, sexo e data de nascimento). Para minimizar tal risco, os pesquisadores cumprirão os devidos protocolos e padrões de sigilo, utilizando as informações coletadas estritamente para fins acadêmicos e científicos. Ademais, os questionários abordam questões que podem gerar desconforto emocional para as participantes, especialmente aquelas com importante distúrbio na imagem corporal. Para minimizar tal risco, será ofertado suporte psicológico, mediante encaminhamento médico da equipe de pesquisa, que integra o corpo clínico do Instituto Oncológico, conforme o fluxo de atendimento. Esta pesquisa pode contribuir para avançar o conhecimento à respeito da temática, uma vez que poderá produzir um panorama sobre a situação de saúde das mulheres diagnosticadas com câncer de mama, abrangendo informações sobre qualidade de vida, imagem corporal, comportamentos e condições de vida. Ademais, a qualidade de vida torna-se um indicador de avaliação dos resultados da terapêutica instituída. Sua mensuração pode refletir se o tratamento garantiu a restauração da função, a prevenção de incapacidades e o aumento da sobrevida com garantia do bem estar. Os resultados obtidos podem

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: 3.128.283

ser norteadores de práticas assistenciais cotidianas e funcionar como indicador nos julgamentos clínicos, nas decisões de condutas terapêuticas das equipes de saúde, objetivando a melhora da qualidade de vida e imagem corporal de mulheres diagnosticadas com câncer de mama. Por fim, os resultados obtidos serão apresentados em eventos científicos nacionais/internacionais, estando prevista a publicação de ao menos um artigo original em periódico especializado, que poderá se tornar subsídio para a realização de novos trabalhos. Riscos e benefícios descritos em conformidade com a natureza e propósitos da pesquisa. O risco que o projeto apresenta é caracterizado como 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 N° 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.

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: 3.128.283

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 N° 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: dezembro de 2023.

Considerações Finais a critério do CEP:

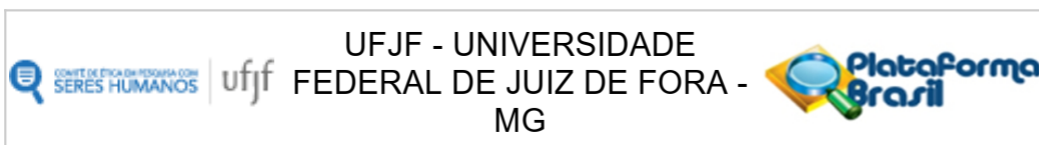
Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional N°001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao 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_PROJETO_1282346.pdf	31/01/2019 11:35:47		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_final.docx	30/01/2019 22:04:45	Maximiliano Ribeiro Guerra	Aceito
Outros	Quest_final.doc	30/01/2019 22:03:27	Maximiliano Ribeiro Guerra	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	IO_assinada.pdf	30/01/2019 22:03:13	Maximiliano Ribeiro Guerra	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	9ju_assinada.pdf	30/01/2019 22:03:01	Maximiliano Ribeiro Guerra	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_sigilo.pdf	04/01/2019 11:00:25	Maximiliano Ribeiro Guerra	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	04/01/2019 10:59:58	Maximiliano Ribeiro Guerra	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	04/01/2019 00:02:41	Maximiliano Ribeiro Guerra	Aceito

Situação do Parecer:

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: 3.128.283

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JUIZ DE FORA, 01 de Fevereiro de 2019

Assinado por:
Jubel Barreto
(Coordenador(a))

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

ANEXO C: Questionários utilizados para avaliação qualidade de vida EORTC QLQ-C30 e seu módulo BR32, desenvolvidos pela Organização Europeia de Pesquisa e Tratamento do Câncer.

PORTUGUESE (BRAZIL)



EORTC QLQ-C30 (versão 3.0.)

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

Por favor, preencha suas iniciais:

--	--	--	--	--

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

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

Data de hoje (dia, mês, ano):

31

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

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

Durante a última semana:

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

Por favor, passe à página seguinte

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

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

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

1	2	3	4	5	6	7
Péssima						Ótima

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

1	2	3	4	5	6	7
Péssima						Ótima



EORTC QOL - BR23

Às vezes os doentes relatam que tem os seguintes sintomas ou problemas. Por favor, indique em que medida sentiu estes sintomas ou problemas durante a semana passada.

Durante a semana passada:	Não	Um pouco	Bastante	Muito
31. Sentiu secura na boca?	1	2	3	4
32. A comida e a bebida souberam-lhe de forma diferente da habitual?	1	2	3	4
33. Os olhos doeram-lhe, picaram ou choraram?	1	2	3	4
34. Caiu-lhe algum cabelo?	1	2	3	4
35. Só responda a esta pergunta se teve quedas de cabelo: Ficou preocupada com as quedas de cabelo?	1	2	3	4
36. Sentiu-se doente ou indisposta?	1	2	3	4
37. Teve afrontamentos?	1	2	3	4
38. Teve dores de cabeça?	1	2	3	4
39. Sentiu-se menos atraente fisicamente devido à doença e ao tratamento ?	1	2	3	4
40. Sentiu-se menos feminina por causa da doença e do tratamento?	1	2	3	4
41. Teve dificuldade em olhar para o seu corpo, nua?	1	2	3	4
42. Sentiu-se pouco satisfeita com o seu corpo?	1	2	3	4
43. Preocupou-se com o seu estado de saúde no futuro?	1	2	3	4

Durante as últimas quatro semanas:	Não	Um pouco	Bastante	Muito
44. Até que ponto sentiu desejo sexual?	1	2	3	4
45. Até que ponto esteve sexualmente activa? (com ou sem relações sexuais)	1	2	3	4
46. Só responda a esta pergunta se esteve sexualmente activa: Até que ponto as relações sexuais deram-lhe prazer?	1	2	3	4

Por favor, passe para a página seguinte

Durante a última semana:

	Não	Um pouco	Bastante	Muito
47. Teve dores no braço ou no ombro?	1	2	3	4
48. Teve o braço ou a mão inchados?	1	2	3	4
49. Teve dificuldade em levantar o braço ou fazer movimentos laterais com ele?	1	2	3	4
50. Sentiu dores na área da mama afectada?	1	2	3	4
51. A área da mama afectada inchou?	1	2	3	4
52. Sentiu a área da mama afectada muito sensível?	1	2	3	4
53. Teve problemas de pele na área ou à volta da área da mama afectada? (por exemplo, comichão, pele seca, pele a escamar)	1	2	3	4

ANEXO D: Manual de pontuação dos questionários para avaliação da qualidade de vida EORTC QLQ-C30 e seu módulo BR32, desenvolvidos pela Organização Europeia de Pesquisa e Tratamento do Câncer.

Scoring the EORTC QLQ-C30 version 3.0

Table 1: Scoring the QLQ-C30 version 3.0

	Scale	Number of items	Item range*	Version 3.0 Item numbers	Function scales
Global health status / QoL					
Global health status/QoL (revised)†	QL2	2	6	29, 30	
Functional scales					
Physical functioning (revised)†	PF2	5	3	1 to 5	F
Role functioning (revised)†	RF2	2	3	6, 7	F
Emotional functioning	EF	4	3	21 to 24	F
Cognitive functioning	CF	2	3	20, 25	F
Social functioning	SF	2	3	26, 27	F
Symptom scales / items					
Fatigue	FA	3	3	10, 12, 18	
Nausea and vomiting	NV	2	3	14, 15	
Pain	PA	2	3	9, 19	
Dyspnoea	DY	1	3	8	
Insomnia	SL	1	3	11	
Appetite loss	AP	1	3	13	
Constipation	CO	1	3	16	
Diarrhoea	DI	1	3	17	
Financial difficulties	FI	1	3	28	

* *Item range* is the difference between the possible maximum and the minimum response to individual items; most items take values from 1 to 4, giving *range* = 3.

† (revised) scales are those that have been changed since version 1.0, and their short names are indicated in this manual by a suffix "2" – for example, PF2.

For all scales, the *RawScore*, *RS*, is the mean of the component items:

$$RawScore = RS = (I_1 + I_2 + \dots + I_n) / n$$

Then for **Functional scales**:

$$Score = \left\{ 1 - \frac{(RS - 1)}{range} \right\} \times 100$$

and for **Symptom scales / items** and **Global health status / QoL**:

$$Score = \{(RS - 1) / range\} \times 100$$

Examples:

Emotional functioning

$$RawScore = (Q_{21} + Q_{22} + Q_{23} + Q_{24}) / 4$$

$$EF Score = \{1 - (RawScore - 1) / 3\} \times 100$$

Fatigue

$$RawScore = (Q_{10} + Q_{12} + Q_{18}) / 3$$

$$FA Score = \{(RawScore - 1) / 3\} \times 100$$



EORTC QLQ-BR23 Scoring Manual

The **Breast Cancer module** is a supplementary questionnaire module to be employed in conjunction with the QLQ-C30. The QLQ-BR23 incorporates five multi-item scales to assess body image, sexual functioning, systemic therapy side effects, breast symptoms, and arm symptoms. In addition, single items assess sexual enjoyment, future perspective and being upset by hair loss.

The scoring approach for the QLQ-BR23 is identical in principle to that for the function and symptom scales / single items of the QLQ-C30. All scoring information specific to the QLQ-BR23 is presented in Table 1.

Interpretation:

All of the scales and single-item measures range in score from 0 to 100. A high score for the functional scales represents a high/healthy level of functioning, whilst a high score for the symptom scales represents a high level of symptomatology or problems.

Table 1. Scoring the QLQ-BR23

	Scale	Number of items (<i>n</i>)	Item range*	QLQ-BR23 item numbers (<i>I</i> ₁ , <i>I</i> ₂ , ..., <i>I</i> _{<i>n</i>})	Reverse scoring items
Symptom scales / items					
Systemic Therapy Side Effects	ST	7	3	31 – 34, 36 - 38	
Upset by Hair Loss	HL	1	3	35	
Arm Symptoms	AS	3	3	47 – 49	
Breast Symptoms	BS	4	3	50 – 53	
Functional scales / items					
Body Image	BI	4	3	39 – 42	
Future Perspective	FU	1	3	43	
Sexual Functioning	SEF	2	3	44, 45	44, 45
Sexual Enjoyment	SEE	1	3	46	46

* “Item range” is the difference between the possible maximum and the minimum response to individual items. All items are scored 1 to 4, giving range = 3.

SEE, sexual enjoyment, is not applicable if item 45 is “not at all.”

HL, upset by hair loss, is not applicable if item 34 is “not at all.”

Principle for scoring

1) Raw score

For each single-item measure, the score of the concerning item corresponds to the raw score.

For each multi-item scale, calculate the average of the corresponding items.

$$\text{Raw Score} = RS = \left\{ \frac{(I_1 + I_2 + \dots + I_n)}{n} \right\}$$

Take into account that the scoring of questions 44, 45 and 46 must be reversed prior to statistical analysis.

2) Linear Transformation

To obtain the Score S , standardize the raw score to a 0 – 100 range following the appropriate transformation:

$$\text{Functional scales: } S = \left\{ 1 - \frac{(RS-1)}{range} \right\} \times 100$$

$$\text{Symptom scales: } S = \left\{ \frac{(RS-1)}{range} \right\} \times 100$$

For directions on Missing Data or for more detailed information on the Interpretation of Scores, we redirect to the EORTC QLQ-C30 Scoring Manual (2001).

Reference

Sprangers MAG, Groenvold M, Arraras JI, et al.. The European Organisation for Research and Treatment of Cancer: Breast Cancer Specific Quality of Life Questionnaire Module: First results from a three-country field study. *J. Clin. Oncol.* 14: 2756-2768, 1996.

This is the revised version of the QLQ-BR23 scoring manual and might slightly differ from the scoring instructions that are presented in the EORTC QLQ-C30 Scoring Manual (2001). Both versions of the scoring manual will lead to the same outcome. Further questions or remarks regarding the scoring algorithms for the QLQ-BR23 can be directed to the QOL Specialist at the Quality of Life Department of the EORTC.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidar você a participar como voluntário (a) da pesquisa "Qualidade de vida, imagem corporal e aspectos socioeconômicos, comportamentais, clínicos e moleculares em mulheres diagnosticadas com câncer de mama em Juiz de Fora, Minas Gerais". O motivo que nos leva a realizar esta pesquisa é a necessidade de avaliar o impacto do tratamento para o câncer de mama na imagem corporal e qualidade de vida das mulheres diagnosticadas com a doença. Nesta pesquisa pretendemos analisar a influência da imagem corporal na qualidade de vida de mulheres diagnosticadas com câncer de mama.

Caso você concorde em participar, vamos fazer as seguintes atividades: você responderá um questionário aplicado face a face com perguntas sobre você, seus familiares, seus hábitos de vida e sobre o seu tratamento para câncer de mama. Você também preencherá um questionário direcionado à avaliação da qualidade de vida e imagem corporal no contexto do câncer de mama. Algumas informações complementares poderão ser consultadas no seu prontuário médico.

Esta pesquisa tem alguns riscos, que são: riscos mínimos e restringem-se à possibilidade de sua identificação a partir dos dados coletados. Mas, para diminuir a chance desses riscos acontecerem, a equipe de pesquisadores cumprirá os devidos padrões de sigilo, utilizando as informações coletadas somente para fins acadêmicos e científicos. Caso as perguntas do questionário causem desconforto psicológico, podemos ofertar suporte psicológico com a equipe deste hospital, mediante o fluxo habitual de atendimento, mediante encaminhamento.

Esta pesquisa poderá contribuir para aumentar o nosso conhecimento sobre as condições de saúde e imagem corporal das mulheres diagnosticadas com câncer, para que seja possível traçar estratégias para melhorar a qualidade de vida dessa população.

Para participar deste estudo você não vai ter nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, se você tiver algum dano por causadas atividades que fizermos com você nesta pesquisa, você tem direito a indenização. Você terá todas as informações que quiser sobre esta pesquisa e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Mesmo que você queira participar agora, você pode voltar atrás ou parar de participar a qualquer momento. A sua participação é voluntária e o fato de não querer participar não vai trazer qualquer penalidade ou mudança na forma em que você é atendido (a). O pesquisador não vai divulgar seu nome. 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. Você 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 e a outra será fornecida a você. Os dados coletados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos. Decorrido este tempo, o pesquisador avaliará os documentos para a sua destinação final, de acordo com a legislação vigente. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Declaro que concordo em participar da pesquisa e que me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 20__ .

Assinatura do Participante

Assinatura do (a) Pesquisador (a)

Nome do Pesquisador Responsável: Maximiliano Ribeiro Guerra
Faculdade/Departamento/Instituto: Núcleo de Assessoria, Treinamentos e Estudos em Saúde Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina. Campus Universitário da UFJF. CEP: 36036-900
Fone: (032) 2102-3911/ (032) 99945-0671
E-mail: maximiliano.guerra@ufjf.edu.br

Assistente de pesquisa: Angélica Atala Lombelo Campos
Faculdade/Departamento/Instituto: Núcleo de Assessoria, Treinamentos e Estudos em Saúde Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina. Campus Universitário da UFJF. CEP: 36036-900
Fone: (032) 2102-3911/ (032) 98885-7682
E-mail: angelica.atala@hotmail.com

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

APÊNDICE B – Autorização para utilização do EORTC QLQ-C30 e EORTC QLQ-BR23 (versão inglês)

09/10/2019 Email – Angélica Atala Lombelo Campos – Outlook

Outlook ← eortc c30 Filtros 🔍 📧 📁 ⚙️ ?

📧 + Nova mensagem ↩ Responder 🗑 Excluir 📁 Arquivar 🗑 Lixo Eletrônico 📁 Mover para 🗑 Cate

▼ Pastas

- 📁 Caixa de Entrada 5
- 🗑 Lixo Eletrônico 39
- ✎ Rascunhos 254
- ▶ Itens Enviados
- 🗑 Itens Excluídos 113
- 📁 Arquivo Morto
- 📄 Anotações
- Conversation History
- RSS Feeds
- Nova pasta
- > Grupos

Your request for an EORTC-questionnaire Request ID : 56331

🌐 Traduzir a mensagem para: Português | Nunca traduzir do: Inglês

N no-reply@eortc.be
Qua, 26/09/2018 07:48
Você ✉

Dear Angélica Atala Lombelo Campos,

Thank you for registering on the EORTC Quality of Life Group website.

Your registration to obtain permission to use our tools has been approved. During th registration process you agreed to our terms and conditions regarding the academic of our questionnaires. You can review the terms and conditions [here](#).

Please find below the links to the requested tools:

[QLQ-C30 Core Questionnaire - Portuguese \(Brazilian\)](#)
[Breast Module \(BR23\) - Portuguese \(Brazilian\)](#)
[Breast Module \(BR23\) - Portuguese \(Brazilian\)](#)


Scoring Manuals:

[BR23 Scoring Manual](#)
[BR23 Scoring Manual](#)

EORTC

<http://www.eortc.org>
<http://qol.eortc.org>

NOTE:
This email was automatically generated. Since this email is an automatic notificatio we are unable to receive replies. Please do not respond to this email address.

 http://www.eortc.be/signatures/signature_stats_525x166_2018.jpg

[Disclaimer](#) | [🐦](#) [f](#) [in](#)

📧 Atualizar para o Office 365 com Recursos premium do Outlook

📧 📅 🗑 📁 📧

🔍 ✕

APÊNDICE C – Autorização para utilização do EORTC QLQ-C30 e EORTC QLQ-BR23 (versão português)



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGIA

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

São Paulo, 20 de fevereiro de 2019.

AUTORIZAÇÃO

Autorizamos o uso, pela pesquisadora **Angélica Atala Lombelo Campos**, do questionário de qualidade de vida específico para câncer de mama EORTC-C30 e EORTC-BR23, validado para português (Brasil).

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

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

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

APÊNDICE D – Questionário para coleta de dados secundários (prontuários)

21/05/2020 ABORDAGEM TERAPÊUTICA E SOBREVIDA EM COORTE DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA, ASSISTIDAS EM CENT...

ABORDAGEM TERAPÊUTICA E SOBREVIDA EM COORTE DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA, ASSISTIDAS EM CENTROS DE REFERÊNCIA DA ZONA DA MATA MINEIRA

Abordagem terapêutica e sobrevida em coorte de mulheres com câncer de mama, assistidas em centros de referência da Zona da Mata Mineira

Critérios de inclusão:

1. Data de liberação do laudo cito/anátomo-patológico ≥ 01/01/2014.
2. Mulheres residentes no estado de Minas Gerais.

VAR000. Conferido

VAR01. Fonte de dados:

- (1) Prontuário eletrônico.
- (2) Prontuário impresso.
- (3) Ambos.

VAR02. Coletador (prontuário):

BLOCO A: IDENTIFICAÇÃO DA MULHER

A1. Prontuário:

A2. Data da coleta no prontuário:

Formato: DD/MM/AAAA.

A3. Hospital:

- (1) Instituto oncológico.
- (2) Hospital 9 de julho.
- (3) Hospital João Felício.

A4. Convênio (prontuário):

- (1) SUS.
- (2) Plano de saúde.
- (3) Particular.

A4a. Nome do plano de saúde privado (prontuário):

A5. Nome:

21/05/2020 ABORDAGEM TERAPÉUTICA E SOBREVIVÊNCIA EM COORTE DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA, ASSISTIDAS EM CENT...

A6. CPF:

A7. Cartão do SUS:

A8. Nome da mãe:

A9. Data de nascimento:

Formato: DD/MM/AAAA.

A10. Data da primeira consulta:

Formato: DD/MM/AAAA.

A11. Idade (primeira consulta):

A12. Endereço

Nome da rua, avenida, etc...

A13. Número da casa e complemento

A14. Bairro

A15. Cidade

A16. UF

A17. CEP

A18. Telefone fixo

A19. Telefone celular

A20. Nome do médico assistente

A21. Outros documentos

BLOCO B: INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

Neste bloco, vou perguntar sobre as suas características socioeconômicas, como grau de escolaridade, situação de trabalho, renda familiar, características do domicílio, posse de itens de conforto e condições de saneamento.

B1. Raça/cor (prontuário)

- (1) Branca.
- (2) Preta.
- (3) Amarela.
- (4) Parda.
- (5) Indígena.
- (6) Outra
- (999) Sem informação no prontuário.

B1_other. Especifique outra:

B2. Escolaridade (prontuário):

- (1) Analfabeto / menos de 1 ano de instrução.
- (2) Fundamental I incompleto (Primário Incompleto).
- (3) Fundamental I completo / Fundamental II incompleto (Primário Completo/Ginásio Incompleto).
- (4) Fundamental completo/Médio incompleto (Ginásio Completo/Colegial Incompleto).
- (5) Médio completo/Superior incompleto (Colegial Completo/Superior Incompleto).
- (6) Superior Completo ou mais (Superior Completo ou mais).
- (999) Sem informação no prontuário.

B3. Estado civil (prontuário):

- (1) Solteira.
- (2) Casada/ União estável.
- (3) Separada.
- (4) Viúva.
- (999) Sem informação no prontuário.

B4. Ocupação:

B5. Religião:

- (1) Católica.
- (2) Protestante ou evangélica.
- (3) Espírita.
- (4) Judaica.
- (5) Outra.
- (999) Sem informação no prontuário

B5_other. Especifique outra:

B6. Outras informações sócio-demográficas:

BLOCO C: HÁBITOS DE VIDA**C1. Tabagismo (prontuário)**

- (1) Tabagista.
- (2) Ex-tabagista.
- (3) Nunca fumou.
- (999) Sem informação no prontuário.

C1a1. Quantos cigarros fuma por dia? (prontuário)

C1a2. Quantos anos fuma? (prontuário)

C1b1. Há quanto tempo parou (anos)? (prontuário)

C1b2. Quantos cigarros fumava por dia? (prontuário)

C1b3. Quantos anos fumou? (prontuário)

C2. Etilismo (prontuário)

- (1) Bebe.
- (2) Já bebeu.
- (3) Nunca bebeu.
- (999) Sem informação no prontuário.

21/05/2020 ABORDAGEM TERAPÉUTICA E SOBREVIVÊNCIA EM COORTE DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA, ASSISTIDAS EM CENT...

C2a. Carga etílica/dose (prontuário)

Observação: Uma dose de bebida alcoólica corresponde a uma lata de cerveja, uma taça de vinho ou uma dose de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada.

C2b. Quantas vezes por semana? (prontuário)

C3. Outras informações sobre hábitos de vida.

BLOCO D: HISTÓRIA DE CÂNCER INDIVIDUAL E FAMILIAR

D1. História individual de câncer prévio?

- (1) Não.
- (2) Sim.
- (999) Sem informação no prontuário.

D1a. Local

- (1) Mama.
- (2) Ovário.
- (3) Cólon.
- (4) Pulmão.
- (5) Estômago.
- (6) Outra

D1a_other. Especifique outro:

D1b. Idade do primeiro câncer de mama

D2. História familiar de câncer de mama?

- (1) Não.
- (2) Sim.
- (999) Sem informação no prontuário.

21/05/2020 ABORDAGEM TERAPÉUTICA E SOBREVIDA EM COORTE DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA, ASSISTIDAS EM CENT...

D2a. Grau de parentesco

Se houver mais de um familiar, selecione mais de uma opção.

- (1) Pai.
- (2) Mãe.
- (3) Irmã.
- (4) Irmão.
- (5) Filho.
- (6) Filha.
- (7) Avô.
- (8) Avó.
- (9) Tio.
- (10) Tia.
- (11) Neto.
- (12) Neta.
- (13) Sobrinho.
- (14) Sobrinha.
- (15) Primo.
- (16) Prima.
- (999) Ignorado.

D3. História familiar de câncer de ovário?

- (1) Não.
- (2) Sim.
- (999) Sem informação no prontuário.

21/05/2020 ABORDAGEM TERAPÉUTICA E SOBREVIDA EM COORTE DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA, ASSISTIDAS EM CENT...

D3a. Grau de parentesco

Se houver mais de um familiar, selecione mais de uma opção.

- (1) Pai.
- (2) Mãe.
- (3) Irmã.
- (4) Irmão.
- (5) Filho.
- (6) Filha.
- (7) Avô.
- (8) Avó.
- (9) Tio.
- (10) Tia.
- (11) Neto.
- (12) Neta.
- (13) Sobrinho.
- (14) Sobrinha.
- (15) Primo.
- (16) Prima.
- (999) Ignorado.

D4. Outras informações sobre história familiar de câncer e história de câncer prévio.

BLOCO E: HISTÓRIA GINECOLÓGICA E OBSTÉTRICA

Preencher com informações relacionadas ao diagnóstico.

E1. Idade da menarca

E2. Menstruação

- (1) Ausente.
- (2) Presente.
- (999) Sem informações no prontuário.

E2a. Idade da última menstruação

21/05/2020 ABORDAGEM TERAPÉUTICA E SOBREVIVÊNCIA EM COORTE DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA, ASSISTIDAS EM CENT...

E2b. A última menstruação foi após alguma cirurgia?

- (1) Não.
- (2) Sim.
- (999) Sem informação no prontuário.

E3. Uso de anticoncepcional hormonal (injetável, oral)

- (1) Não.
- (2) Sim.
- (999) Sem informação no prontuário.

E3a. Por quanto tempo (anos)

E4. Número de gestações

E5. Número de partos

E6. Número de abortos

E7. Idade do 1º parto

E8. Amamentação

- (1) Sim.
- (2) Não.
- (999) Sem informação no prontuário.

E8a. Tempo médio de amamentação (meses)

E9. Uso de terapia de reposição hormonal

- (1) Não.
- (2) Sim.
- (999) Sem informação no prontuário.

E9a. Tempo de uso de terapia de reposição hormonal (meses)

E10. Outras informações ginecológicas e/ou obstétricas

BLOCO F: COMORBIDADES

F1. Hipertensão Arterial

- (1) Não.
 (2) Sim.
 (999) Sem informação no prontuário.

F2. Cardiopatia

- (1) Não.
 (2) Sim.
 (999) Sem informação no prontuário.

F3. Diabetes

- (1) Não.
 (2) Sim.
 (999) Sem informação no prontuário.

F4. Dislipidemia

- (1) Não.
 (2) Sim.
 (999) Sem informação no prontuário.

F5. Outras doenças:

BLOCO G: MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

G1. Peso em Kg (1ª consulta)

G2. Altura em centímetros (prontuário)

G3. Superfície corporal

Não preencher, será inserido cálculo automático

G4. ECOG

BLOCO H: INVESTIGAÇÃO DO CÂNCER DE MAMA**H1. Como a doença foi detectada?**

- (1) Nódulo, secreção ou alteração percebida pela mulher.
- (2) Detecção clínica por profissional de saúde
- (3) Rastreamento em mulheres assintomáticas.
- (4) Outro.
- (999) Sem informações no prontuário.

H1_other. Especifique outro:

H2. Data da identificação

Formato: DD/MM/AAAA.

H3. Fazia rastreamento mamográfico anterior a detecção?

- (1) Sim.
- (2) Não.
- (999) Sem informação no prontuário.

H3a. Data da última mamografia anterior a detecção ou ao diagnóstico

H4. Outras informações sobre rastreamento

H5. Mamografia alterada

- (1) Presente.
- (2) Ausente.
- (999) Sem informação no prontuário.

H5a. Data mamografia alterada

Formato: DD/MM/AAAA.

H5b. BIRADS mamografia - mama direita

H5c. BIRADS mamografia - mama esquerda

H5d. Fez a mamografia

- (1) SUS.
- (2) Particular.
- (3) Plano de saúde.
- (999) Sem informações no prontuário.

H6. Ultrassonografia

- (1) Presente.
- (2) Ausente.
- (999) Sem informação no prontuário.

H6a. Data ultrassonografia alterada

Formato: DD/MM/AAAA.

H6b. BIRADS ultrassonografia - mama direita

H6c. BIRADS ultrassonografia - mama esquerda

H6d. Fez a ultrassonografia

- (1) SUS.
- (2) Particular.
- (3) Plano de saúde.
- (999) Sem informações no prontuário.

H7. Ressonância

- (1) Presente.
- (2) Ausente.
- (999) Sem informação no prontuário.

H7a. Data ressonância alterada

Formato: DD/MM/AAAA.

H7b. BIRADS ressonância - mama direita

H7c. BIRADS ressonância - mama esquerda

21/05/2020 ABORDAGEM TERAPÉUTICA E SOBREVIDA EM COORTE DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA, ASSISTIDAS EM CENT...

H7d. Fez a ressonância

- (1) SUS.
- (2) Particular.
- (3) Plano de saúde.
- (999) Sem informações no prontuário.

H8. Biópsia

- (1) Ausência de biópsia.
- (2) PAAF.
- (3) Core biopsy.
- (4) Biópsia à céu aberto.
- (5) Congelação.

H8a. Fez biópsia

- (1) SUS.
- (2) Particular.
- (3) Plano de saúde.
- (999) Sem informações no prontuário.

H8b. Data da biópsia:

Formato: DD/MM/AAAA.

H8c. Data do resultado da biópsia:

Formato: DD/MM/AAAA.

H8d. Resultado da biópsia:

- (1) Negativo.
- (2) Positivo.
- (3) Inconclusivo.
- (999) Sem informação no prontuário.

H9. Outras informações sobre investigação do câncer de mama:

BLOCO I: CARACTERÍSTICAS DO TUMOR

10. Número de tumores:

- (1) 1 tumor.
- (2) 2 tumores.
- (3) 3 ou mais tumores.

I1. Localização do tumor:

- (1) Mama direita.
- (2) Mama esquerda.
- (3) Ambas.
- (999) Sem informação no prontuário.

NOTE_2. Descrição dos tumores**I2a. Localização do 1º tumor:**

- (1) Mama direita.
- (2) Mama esquerda.
- (3) Ambas.
- (999) Sem informação no prontuário.

I3a. Quadrante do 1º tumor:

- (1) QSL (quadrante superior lateral).
- (2) QIL (quadrante inferior lateral).
- (3) QSM (quadrante superior medial).
- (4) QIM (quadrante inferior medial).
- (5) Uqlat (união dos quadrantes laterais).
- (6) Uqsup (união dos quadrantes superiores).
- (7) Uqmed (união dos quadrantes mediais).
- (8) Uqinf (união dos quadrantes inferiores).
- (9) RRA (região retroareolar).
- (10) PA (prolongamento axilar).
- (11) Outro.
- (999) Sem informação no prontuário.

i3a_other. Especifique outro

I4a. Tamanho clínico/imaginológico (cm) do 1º tumor:

I5a. Linfonodo (exame clínico) do 1º tumor:

- (1) Negativo.
- (2) Positivo.
- (3) Não informado.

21/05/2020 ABORDAGEM TERAPÉUTICA E SOBREVIDA EM COORTE DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA, ASSISTIDAS EM CENT...

I6a. Cirurgia do 1º tumor:

- (1) Sim.
- (2) Não.
- (999) Sem informação no prontuário.

I7a. Data da cirurgia do 1º tumor:

Formato: DD/MM/AAAA.

I8a. Tipo de cirurgia do 1º tumor:

- (1) Conservadora (nodulectomia ou quadrantectomia).
- (2) Radical (mastectomia).
- (999) Sem informação no prontuário.

I9a. Data da entrada do material no laboratório do 1º tumor:

Formato: DD/MM/AAAA.

I10a. Data de liberação do laudo anatomopatológico do 1º tumor:

Formato: DD/MM/AAAA.

I11a. Laboratório do 1º tumor:

I12a. Tamanho anatomopatológico (cm) do 1º tumor:

I13a. Tipo histológico do 1º tumor (copiar laudo):

- (1) Carcinoma Intra-ductal (in situ).
- (2) Carcinoma Lobular in situ.
- (3) Carcinoma Invasor ductal.
- (4) Carcinoma Invasor lobular.
- (5) Carcinoma Invasor papilífero.
- (6) Carcinoma Invasor anaplásico.
- (7) Carcinoma Invasor tubular.
- (8) Outro.

I13a_other. Especifique outro:

21/05/2020 ABORDAGEM TERAPÉUTICA E SOBREVIVÊNCIA EM COORTE DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA, ASSISTIDAS EM CENT...

114a. Invasão perineural do 1º tumor:

- (1) Ausente.
- (2) Presente.
- (999) Sem informações no prontuário.

115a. Invasão vascular do 1º tumor:

- (1) Ausente.
- (2) Presente.
- (999) Sem informações no prontuário.

116a. Infiltrado inflamatório do 1º tumor:

- (1) Ausente.
- (2) Presente.
- (999) Sem informações no prontuário.

117a. Multifocalidade do 1º tumor:

Foco(s) de lesão tumoral próximo à lesão principal (distância inferior a 5 cm – mesmo quadrante)

- (1) Ausente.
- (2) Presente.
- (999) Sem informações no prontuário.

118a. Multicentralidade do 1º tumor:

Existência de tumor(es) mais afastados da lesão principal (distância superior a 5 cm – quadrante diferente)

- (1) Ausente.
- (2) Presente.
- (999) Sem informações no prontuário.

119a. Invasão capsular do 1º tumor:

- (1) Ausente.
- (2) Presente.
- (999) Sem informações no prontuário.

I20a. Extensão do 1º tumor:

- (0) Sem comprometimento de estruturas adjacentes.
- (1) Pele da mama.
- (2) Mamilo.
- (3) Musculatura peitoral.
- (4) Pele da mama + Musculatura peitoral.
- (5) Pele da mama + Mamilo.
- (6) Mamilo + Musculatura peitoral.
- (7) Pele da mama + Mamilo + Musculatura peitoral.
- (999) Sem informação no prontuário.

I21a. Margens cirúrgicas 1º tumor:

- (1) Livres.
- (2) Exíguas.
- (3) Comprometidas.
- (4) Não avaliadas
- (999) Sem informação no prontuário.

I22a. Houve ampliação de margem do 1º tumor:

- (1) Sim.
- (2) Não.
- (999) Sem informação no prontuário.

I22ab. Data da ampliação de margem do 1º tumor

I23a. Tamanho do tumor residual 1º tumor:

Tamanho do tumor retirado na ampliação de margem:

I24a. Componente intraductal 1º tumor:

- (1) Presente.
- (2) Ausente.
- (999) Sem informação no prontuário.

I25a. Tipo de componente intraductal 1º tumor:

I26a. Grau histológico (formação tubular) 1º tumor:

21/05/2020 ABORDAGEM TERAPÉUTICA E SOBREVIDA EM COORTE DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA, ASSISTIDAS EM CENT...

I27a. Grau nuclear 1º tumor:

I28a. Grau mitótico 1º tumor:

I29a. Grau tumoral (classificação de Bloom & Richardson) 1º tumor:

Caso o laudo traga informações diferentes das anteriormente citadas copiar informações sobre grau tumoral neste campo

I2b. Localização do 2º tumor:

- (1) Mama direita.
- (2) Mama esquerda.
- (3) Ambas.
- (999) Sem informação no prontuário.

I3b. Quadrante do 2º tumor:

- (1) QSL (quadrante superior lateral).
- (2) QIL (quadrante inferior lateral).
- (3) QSM (quadrante superior medial).
- (4) QIM (quadrante inferior medial).
- (5) Uqlat (união dos quadrantes laterais).
- (6) Uqsup (união dos quadrantes superiores).
- (7) Uqmed (união dos quadrantes mediais).
- (8) Uqinf (união dos quadrantes inferiores).
- (9) RRA (região retroareolar).
- (10) PA (prolongamento axilar).
- (11) Outro.
- (999) Sem informação no prontuário.

I3b_other. Especifique outro

I4b. Tamanho clínico/imaginológico (cm) do 2º tumor:

I5b. Linfonodo (exame clínico) do 2º tumor:

- (1) Negativo.
- (2) Positivo.
- (3) Não informado.

16b. Cirurgia do 2º tumor:

- (1) Sim.
- (2) Não.
- (999) Sem informação no prontuário.

17b. Data da cirurgia do 2º tumor:

Formato: DD/MM/AAAA.

18b. Tipo de cirurgia do 2º tumor:

- (1) Conservadora (nodulectomia ou quadrantectomia).
- (2) Radical (mastectomia).
- (999) Sem informação no prontuário.

19b. Data da entrada do material no laboratório do 2º tumor:

Formato: DD/MM/AAAA.

110b. Data de liberação do laudo anatomopatológico do 2º tumor:

Formato: DD/MM/AAAA.

111b. Laboratório do 2º tumor:

112b. Tamanho anatomopatológico (cm) do 2º tumor:

113b. Tipo histológico do 2º tumor (copiar laudo):

- (1) Carcinoma Intra-ductal (in situ).
- (2) Carcinoma Lobular in situ.
- (3) Carcinoma Invasor ductal.
- (4) Carcinoma Invasor lobular.
- (5) Carcinoma Invasor papilífero.
- (6) Carcinoma Invasor anaplásico.
- (7) Carcinoma Invasor tubular.
- (8) Outro.

113b_other. Especifique outro:

114b. Invasão perineural do 2º tumor:

- (1) Ausente.
- (2) Presente.
- (999) Sem informações no prontuário.

115b. Invasão vascular do 2º tumor:

- (1) Ausente.
- (2) Presente.
- (999) Sem informações no prontuário.

116b. Infiltrado inflamatório do 2º tumor:

- (1) Ausente.
- (2) Presente.
- (999) Sem informações no prontuário.

117b. Multifocalidade do 2º tumor:

Focos de lesão tumoral próximo à lesão principal (distância inferior a 5 cm – mesmo quadrante)

- (1) Ausente.
- (2) Presente.
- (999) Sem informações no prontuário.

118b. Multicentralidade do 2º tumor:

Existência de tumor(es) mais afastados da lesão principal (distância superior a 5 cm – quadrante diferente)

- (1) Ausente.
- (2) Presente.
- (999) Sem informações no prontuário.

119b. Invasão capsular do 2º tumor:

- (1) Ausente.
- (2) Presente.
- (999) Sem informações no prontuário.

I20b. Extensão do 2º tumor:

- (0) Sem comprometimento de estruturas adjacentes.
- (1) Pele da mama.
- (2) Mamilo.
- (3) Musculatura peitoral.
- (4) Pele da mama + Musculatura peitoral.
- (5) Pele da mama + Mamilo.
- (6) Mamilo + Musculatura peitoral.
- (7) Pele da mama + Mamilo + Musculatura peitoral.
- (999) Sem informação no prontuário.

I21b. Margens cirúrgicas 2º tumor:

- (1) Livres.
- (2) Exíguas.
- (3) Comprometidas.
- (4) Não avaliadas
- (999) Sem informação no prontuário.

I22b. Houve ampliação de margem do 2º tumor:

- (1) Sim.
- (2) Não.
- (999) Sem informação no prontuário.

I23b. Tamanho do tumor residual 2º tumor:

Tamanho do tumor retirado na ampliação de margem.

I24b. Componente intraductal 2º tumor:

- (1) Presente.
- (2) Ausente.
- (999) Sem informação no prontuário.

I25b. Tipo de componente intraductal 2º tumor:

I26b. Grau histológico (formação tubular) 2º tumor:

I27b. Grau nuclear 2º tumor:

I28b. Grau mitótico 2º tumor:

I29b. Grau tumoral (classificação de Bloom & Richardson) 2º tumor:

Caso o laudo traga informações diferentes das anteriormente citadas copiar informações sobre grau tumoral neste campo

I2c. Localização do 3º tumor:

- (1) Mama direita.
- (2) Mama esquerda.
- (3) Ambas.
- (999) Sem informação no prontuário.

I3c. Quadrante do 3º tumor:

- (1) QSL (quadrante superior lateral).
- (2) QIL (quadrante inferior lateral).
- (3) QSM (quadrante superior medial).
- (4) QIM (quadrante inferior medial).
- (5) Uqlat (união dos quadrantes laterais).
- (6) Uqsup (união dos quadrantes superiores).
- (7) Uqmed (união dos quadrantes mediais).
- (8) Uqinf (união dos quadrantes inferiores).
- (9) RRA (região retroareolar).
- (10) PA (prolongamento axilar).
- (11) Outro.
- (999) Sem informação no prontuário.

i3c_other. Especifique outro

I4c. Tamanho clínico/imagiológico (cm) do 3º tumor:

I5c. Linfonodo (exame clínico) do 3º tumor:

- (1) Negativo.
- (2) Positivo.
- (3) Não informado.

21/05/2020 ABORDAGEM TERAPÉUTICA E SOBREVIDA EM COORTE DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA, ASSISTIDAS EM CENT...

16c. Cirurgia do 3º tumor:

- (1) Sim.
- (2) Não.
- (999) Sem informação no prontuário.

17c. Data da cirurgia do 3º tumor:

Formato: DD/MM/AAAA.

18c. Tipo de cirurgia do 3º tumor:

- (1) Conservadora (nodulectomia ou quadrantectomia).
- (2) Radical (mastectomia).
- (999) Sem informação no prontuário.

19c. Data da entrada do material no laboratório do 3º tumor:

Formato: DD/MM/AAAA.

110c. Data de liberação do laudo anatomopatológico do 3º tumor:

Formato: DD/MM/AAAA.

111c. Laboratório do 3º tumor:

112c. Tamanho anatomopatológico (cm) do 3º tumor:

113c. Tipo histológico do 3º tumor (copiar laudo):

- (1) Carcinoma Intra-ductal (in situ).
- (2) Carcinoma Lobular in situ.
- (3) Carcinoma Invasor ductal.
- (4) Carcinoma Invasor lobular.
- (5) Carcinoma Invasor papilífero.
- (6) Carcinoma Invasor anaplásico.
- (7) Carcinoma Invasor tubular.
- (8) Outro.

113c_other. Especifique outro:

21/05/2020 ABORDAGEM TERAPÉUTICA E SOBREVIVÊNCIA EM COORTE DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA, ASSISTIDAS EM CENT...

114c. Invasão perineural do 3º tumor:

- (1) Ausente.
- (2) Presente.
- (999) Sem informações no prontuário.

115c. Invasão vascular do 3º tumor:

- (1) Ausente.
- (2) Presente.
- (999) Sem informações no prontuário.

116c. Infiltrado inflamatório do 3º tumor:

- (1) Ausente.
- (2) Presente.
- (999) Sem informações no prontuário.

117c. Multifocalidade do 3º tumor:

Focos(s) de lesão tumoral próximo à lesão principal (distância inferior a 5 cm – mesmo quadrante)

- (1) Ausente.
- (2) Presente.
- (999) Sem informações no prontuário.

118c. Multicentralidade do 3º tumor:

Existência de tumor(es) mais afastados da lesão principal (distância superior a 5 cm – quadrante diferente)

- (1) Ausente.
- (2) Presente.
- (999) Sem informações no prontuário.

119c. Invasão capsular do 3º tumor:

- (1) Ausente.
- (2) Presente.
- (999) Sem informações no prontuário.

I20c. Extensão do 3º tumor:

- (0) Sem comprometimento de estruturas adjacentes.
- (1) Pele da mama.
- (2) Mamilo.
- (3) Musculatura peitoral.
- (4) Pele da mama + Musculatura peitoral.
- (5) Pele da mama + Mamilo.
- (6) Mamilo + Musculatura peitoral.
- (7) Pele da mama + Mamilo + Musculatura peitoral.
- (999) Sem informação no prontuário.

I21c. Margens cirúrgicas 3º tumor:

- (1) Livres.
- (2) Exíguas.
- (3) Comprometidas.
- (4) Não avaliadas.
- (999) Sem informação no prontuário.

I22c. Houve ampliação de margem do 3º tumor:

- (1) Sim.
- (2) Não.
- (999) Sem informação no prontuário.

I23c. Tamanho do tumor residual 3º tumor:

Tamanho do tumor retirado na ampliação de margem.

I24c. Componente intraductal 3º tumor:

- (1) Presente.
- (2) Ausente.
- (999) Sem informação no prontuário.

I25c. Tipo de componente intraductal 3º tumor:

I26c. Grau histológico (formação tubular) 3º tumor:

I27c. Grau nuclear 3º tumor:

I28c. Grau mitótico 3º tumor:

I29c. Grau tumoral (classificação de Bloom & Richardson) 3º tumor:

Caso o laudo traga informações diferentes das anteriormente citadas copiar informações sobre grau tumoral neste campo

I30. Qual axila foi investigada?

- (1) Direita.
- (2) Esquerda.
- (3) Ambas.
- (999) Sem informação no prontuário.

NOTA 3: Descrição da axila investigada

I30a. 1ª axila:

- (1) Direita.
- (2) Esquerda.

I31a. Abordagem 1ª axila:

- (1) Linfonodo sentinela.
- (2) Esvaziamento axilar.
- (3) Ambas.
- (4) Não foi realizado
- (999) Sem informação no prontuário.

I32a. Número de linfonodos isolados - 1ª axila:

I33a. Número de linfonodos comprometidos - 1ª axila:

I34a. Invasão capsular linfonodal - 1ª axila:

- (1) Presente.
- (2) Ausente.
- (999) Sem informação no prontuário.

I30b. 2ª axila:

- (1) Direita.
- (2) Esquerda.

21/05/2020 ABORDAGEM TERAPÉUTICA E SOBREVIDA EM COORTE DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA, ASSISTIDAS EM CENT...

I31b. Abordagem 2ª axila:

- (1) Linfonodo sentinela.
- (2) Esvaziamento axilar.
- (3) Ambas.
- (4) Não foi realizado
- (999) Sem informação no prontuário.

I32b. Número de linfonodos isolados - 2ª axila:

I33b. Número de linfonodos comprometidos - 2ª axila:

I34b. Invasão capsular linfonodal - 2ª axila:

- (1) Presente.
- (2) Ausente.
- (999) Sem informação no prontuário.

I35. Outras informações sobre tumor ou laudo histopatológico

BLOCO J: IMUNOHISTOQUÍMICA

J0a. Imunohistoquímica 1º tumor:

- (1) Presente.
- (2) Ausente.
- (999) Sem informação no prontuário.

J1a. Data da entrada do material no laboratório 1º tumor:

J2a. Data de liberação do laudo 1º tumor:

J3a. Estrógeno 1º tumor:

- (1) Negativo.
- (2) Positivo.
- (3) Não informado.

J4a. Valor estrógeno (laudo) 1º tumor:

21/05/2020 ABORDAGEM TERAPÉUTICA E SOBREVIDA EM COORTE DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA, ASSISTIDAS EM CENT...

J5a. Progesterona 1º tumor:

- (1) Negativo.
- (2) Positivo.
- (3) Não informado.

J6a. Valor progesterona (laudo) 1º tumor:

J7a. P53 1º tumor:

- (1) Negativo.
- (2) Positivo.
- (3) Não informado.

J8a. Valor P53 (laudo) 1º tumor:

J9a. Vimentina 1º tumor:

- (1) Negativo.
- (2) Positivo.
- (3) Não informado.

J10a. Valor vimentina (laudo) 1º tumor:

J11a. HER2 1º tumor:

- (1) Negativo.
- (2) Positivo.
- (3) Não informado.

J12a. Valor HER2 (laudo) 1º tumor:

J13a. Ki67 1º tumor:

- (1) Negativo.
- (2) Positivo.
- (3) Não informado.

J14a. Valor Ki67 (laudo) 1º tumor:

21/05/2020 ABORDAGEM TERAPÉUTICA E SOBREVIDA EM COORTE DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA, ASSISTIDAS EM CENT...

J15a. Citoqueratinas 1º tumor:

- (1) Negativo.
- (2) Positivo.
- (3) Não informado.

J16a. Valor citoqueratinas (laudo) 1º tumor:

J17a. EGFR 1º tumor:

- (1) Negativo.
- (2) Positivo.
- (3) Não informado.

J18a. Valor EGFR (laudo) 1º tumor:

J19a. FISH 1º tumor:

- (1) Positivo.
- (2) Negativo.
- (3) Não informado.
- (4) Duvidoso.

J20a. Data do FISH 1º tumor:

J0b. Imunohistoquímica 2º tumor:

- (1) Presente.
- (2) Ausente.
- (999) Sem informação no prontuário.

J1b. Data da entrada do material no laboratório 2º tumor:

J2b. Data de liberação do laudo 2º tumor:

J3b. Estrógeno 2º tumor:

- (1) Negativo.
- (2) Positivo.
- (3) Não informado.

J4b. Valor estrógeno (laudo) 2º tumor:

21/05/2020 ABORDAGEM TERAPÉUTICA E SOBREVIDA EM COORTE DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA, ASSISTIDAS EM CENT...

J5b. Progesterona 2º tumor:

- (1) Negativo.
- (2) Positivo.
- (3) Não informado.

J6b. Valor progesterona (laudo) 2º tumor:

J7b. P53 2º tumor:

- (1) Negativo.
- (2) Positivo.
- (3) Não informado.

J8b. Valor P53 (laudo) 2º tumor:

J9b. Vimentina 2º tumor:

- (1) Negativo.
- (2) Positivo.
- (3) Não informado.

J10b. Valor vimentina (laudo) 2º tumor:

J11b. HER2 2º tumor:

- (1) Negativo.
- (2) Positivo.
- (3) Não informado.

J12b. Valor HER2 (laudo) 2º tumor:

J13b. Ki67 2º tumor:

- (1) Negativo.
- (2) Positivo.
- (3) Não informado.

J14b. Valor Ki67 (laudo) 2º tumor:

21/05/2020 ABORDAGEM TERAPÉUTICA E SOBREVIVÊNCIA EM COORTE DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA, ASSISTIDAS EM CENT...

J15b. Citoqueratinas 2º tumor:

- (1) Negativo.
- (2) Positivo.
- (3) Não informado.

J16b. Valor citoqueratinas (laudo) 2º tumor:

J17b. EGFR 2º tumor:

- (1) Negativo.
- (2) Positivo.
- (3) Não informado.

J18b. Valor EGFR (laudo) 2º tumor:

J19b. FISH 2º tumor:

- (1) Positivo.
- (2) Negativo.
- (3) Não informado.
- (4) Duvidoso.

J20b. Data do FISH 2º tumor:

J11. Outras informações sobre imunohistoquímica:

BLOCO K: ESTADIAMENTO

K1. Exames para estadiamento para a doença

Anotar todos os exames de imagem que foram realizados para definir o estadiamento (RX, RM, TM, Cintilografia, USG)

K2. Estadiamento clínico (TNM):

K3. Estadiamento patológico (TNM):

K4. UICC:

Obs.: Quando a paciente recebeu tratamento neo-adjuvante sempre considerar o estadiamento clínico inicial.

- (1) Estádio 0.
- (2) Estádio I.
- (3) Estádio IIA.
- (4) Estádio IIB.
- (5) Estádio IIIA.
- (6) Estádio IIIB.
- (7) Estádio IIIC.
- (8) Estádio IV.
- (999) Sem informação no prontuário.

K5. Outras informações sobre estadiamento do câncer de mama

BLOCO L: METÁSTASE SISTÊMICA AO DIAGNÓSTICO**L1. Metástase sistêmica ao diagnóstico?**

- (1) Não.
- (2) Sim.
- (999) Sem informação no prontuário.

L2. Data do exame complementar que diagnosticou a doença metastática:

(Formato: DD/MM/AAAA.)

L3. No período que foi identificada a doença metastática a mulher encontrava-se:

- (1) Assintomática
- (2) Sintomática
- (999) Sem informação no prontuário.

L4. Houve confirmação da metástase?

- (1) Biópsia
- (2) Imagem
- (3) Biópsia + imagem
- (4) Marcadores
- (6) Clínico
- (7) Outro.
- (999) Sem informação no prontuário.

L4_other. Especifique outro:

L5. Sítio da metástase:

- (1) Óssea.
- (2) Pulmonar.
- (3) SNC.
- (4) Hepática.
- (5) Crise visceral (considerar linfangite pulmonar e/ou metástase hepática extensa).
- (6) Parte moles/cutânea (considerar implantes cutâneos na musculatura e tecido subcutâneo).
- (7) Linfonodos não regionais.
- (8) Derrame pleural.
- (9) Derrame pericárdico.
- (10) Linfonodos contralaterais.
- (11) Outro.

L5_other. Especifique outro

L6. Outras informações sobre metástase sistêmica ao diagnóstico:

BLOCO M: TRATAMENTO COMPLEMENTAR

M1. Tratamento complementar?

- (1) Sim.
- (2) Não.
- (999) Sem informação no prontuário.

M1a. Tipo de tratamento complementar

- (1) Neoadjuvante.
- (2) Adjuvante.
- (3) Neoadjuvante + adjuvante.
- (4) Paliativa.
- (999) Sem informação no prontuário.

M2. Outras informações sobre tratamento complementar:

BLOCO N: RADIOTERAPIA

N1. Radioterapia:

- (1) Sim.
- (2) Não.
- (999) Sem informação no prontuário.

21/05/2020 ABORDAGEM TERAPÉUTICA E SOBREVIDA EM COORTE DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA, ASSISTIDAS EM CENT...

N2. Data de início da radioterapia:

(Formato: DD/MM/AAAA.)

N3. Data do término da radioterapia:

(Formato: DD/MM/AAAA.)

N4. Número de sessões realizadas:

N5. Sítio da radioterapia:

- (1) Mama/plastrão.
- (2) Fossa supra clavicular.
- (3) Axila.
- (4) Mamária interna.
- (5) Mama/plastrão e fossa supra clavicular.
- (6) Mama/plastrão e axila.
- (7) Mama/plastrão e mamária interna.
- (8) Fossa supra clavicular e axila.
- (9) Fossa supra clavicular e mamária interna.
- (10) Axila e mamária interna.
- (11) Mama/plastrão, fossa supra clavicular, axila e mamária interna.
- (999) Sem informação no prontuário.

N6. Houve atraso após iniciar a radioterapia?

- (1) Não.
- (2) Sim.
- (999) Sem informação no prontuário.

N6a. Qual o motivo do atraso na radioterapia?

- (1) Efeito colateral.
- (2) Recusa da mulher.
- (3) Dificuldade de retorno da mulher (transporte).
- (4) Faltou medicamento.
- (5) Outros problemas.
- (999) Sem informação no prontuário.

N6a_other. Especifique outro:

N7. Outras informações sobre radioterapia:**BLOCO O: Quimioterapia****O0. Quimioterapia**

- (1) Sim.
- (2) Não.
- (999) Sem informação no prontuário.

O1. Esquema 1:

- (1) AC (Ciclofosfamida + Adriblastina).
- (2) Bevacizumab.
- (3) Camptosar.
- (4) Carboplatina.
- (5) Cisplatina/ Platiran/ Platinil.
- (6) CMF (Ciclofosfamida + metotrexate + Fluorouracil).
- (7) FAC (Fluorouracil + Adriblastina/ Adriamicina + Ciclofosfamida)
- (8) Faslodex.
- (9) FEC (Fluorouracil + Epirrubicina + Ciclofosfamida.
- (10) Gemzar/Gemcitabina.
- (11) Herceptin/ Trastuzumabe.
- (13) Inibidor da osteólise.
- (14) Lapatinibe.
- (16) Navelbine/ Vinorelbina.
- (17) O-Plat.
- (18) Platiran (cisplatina).
- (19) TAC (Taxotere/ Docetaxel + Ciclofosfamida + Adriblastina).
- (21) Taxol/ Paclitaxel.
- (22) Taxotere/ Docetaxel.
- (23) Vimblastina.
- (24) Outras.
- (25) Sem informação no prontuário.

O1_other: Especifique outro:**O1a. Data do início do esquema:**

Formato: DD/MM/AAAA.

21/05/2020 ABORDAGEM TERAPÉUTICA E SOBREVIDA EM COORTE DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA, ASSISTIDAS EM CENT...

O1b. Data do término do esquema:

Formato: DD/MM/AAAA.

O1c. Número de ciclos do esquema:

O2. Esquema 2:

- (1) AC (Ciclofosfamida + Adriblastina).
- (2) Bevacizumab.
- (3) Camptosar.
- (4) Carboplatina.
- (5) Cisplatina/ Platiran/ PlatiniL.
- (6) CMF (Ciclofosfamida + metotrexate + Fluorouracil).
- (7) FAC (Fluorouracil + Adriblastina/ Adriamicina + Ciclofosfamida)
- (8) Faslodex.
- (9) FEC (Fluorouracil + Epirrubicina + Ciclofosfamida.
- (10) Gemzar/Gemcitabina.
- (11) Herceptin/ Trastuzumabe.
- (13) Inibidor da osteólise.
- (14) Lapatinibe.
- (16) Navelbine/ Vinorelbina.
- (17) O-Plat.
- (18) Platiran (cisplatina).
- (19) TAC (Taxotere/ Docetaxel + Ciclofosfamida + Adriblastina).
- (21) Taxol/ Paclitaxel.
- (22) Taxotere/ Docetaxel.
- (23) Vimblastina.
- (24) Outras.
- (25) Sem informação no prontuário.

O2_other: Especifique outro:

O2a. Data do início do esquema:

Formato: DD/MM/AAAA.

O2b. Data do término do esquema:

Formato: DD/MM/AAAA.

O2c. Número de ciclos do esquema:

O3. Esquema 3:

- (1) AC (Ciclofosfamida + Adriblastina).
- (2) Bevacizumab.
- (3) Camptosar.
- (4) Carboplatina.
- (5) Cisplatina/ Platiran/ Platinil.
- (6) CMF (Ciclofosfamida + metotrexate + Fluorouracil).
- (7) FAC (Fluorouracil + Adriblastina/ Adriamicina + Ciclofosfamida)
- (8) Fasiodex.
- (9) FEC (Fluorouracil + Epirrubicina + Ciclofosfamida.
- (10) Gemzar/Gemcitabina.
- (11) Herceptin/ Trastuzumabe.
- (13) Inibidor da osteólise.
- (14) Lapatinibe.
- (16) Navelbine/ Vinorelbina.
- (17) O-Plat.
- (18) Platiran (cisplatina).
- (19) TAC (Taxotere/ Docetaxel + Ciclofosfamida + Adriblastina).
- (21) Taxol/ Paclitaxel.
- (22) Taxotere/ Docetaxel.
- (23) Vimblastina.
- (24) Outras.
- (25) Sem informação no prontuário.

O3_other: Especifique outro:

O3a. Data do início do esquema:

Formato: DD/MM/AAAA.

O3b. Data do término do esquema:

Formato: DD/MM/AAAA.

O3c. Número de ciclos do esquema:

O4. Caso tenham existido mais registros de esquemas inserir as informações a seguir:

O5. Houve atraso após iniciar a quimioterapia?

- (1) Não.
- (2) Sim.
- (999) Sem informação no prontuário.

O5a. Qual o motivo do atraso na quimioterapia?

- (1) Efeito colateral.
- (2) Recusa da mulher.
- (3) Dificuldade de retorno da mulher (transporte).
- (4) Faltou medicamento.
- (5) Outros problemas.
- (999) Sem informação no prontuário

O5a_other. Especifique outro:

O6. Houve toxicidade durante a quimioterapia?

- (1) Sim.
- (2) Não.
- (999) Sem informação no prontuário.

O6a. Quando ocorreu a toxicidade?

- (1) Precoce (0-3 dias).
- (2) Imediata (0 -21 dias).
- (3) Tardia (meses).
- (4) Ultra-tardia (meses ou anos).

O6b. Especifique

- (1) Cardíaca.
- (2) Hematológica.
- (3) Alérgica.
- (4) Alopecia.
- (5) Neuronal.
- (6) Renal.
- (7) Gástrica.
- (8) Outras.

21/05/2020 ABORDAGEM TERAPÉUTICA E SOBREVIDA EM COORTE DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA, ASSISTIDAS EM CENT...

O6b_other. Especifique outro:

07. Outras informações sobre quimioterapia:

BLOCO P: HORMONIOTERAPIA

P0. Hormonioterapia

- (1) Sim.
- (2) Não.
- (999) Sem informação no prontuário.

P1. Esquema 1:

- (12) Inibidores da aromatase.
- (15) Megestrol.
- (20) Tamoxifeno.
- (24) Outras.

P1_other: Especifique outro:

P1a. Data do início do esquema:

Formato: DD/MM/AAAA.

P1b. Data do término do esquema:

Formato: DD/MM/AAAA.

P1c. Total de meses que utilizou a droga:

P2. Esquema 2:

- (12) Inibidores da aromatase.
- (15) Megestrol.
- (20) Tamoxifeno.
- (24) Outras.

P2_other: Especifique outro:

P2a. Data do início do esquema:

Formato: DD/MM/AAAA.

P2b. Data do término do esquema:

Formato: DD/MM/AAAA.

P2c. Total de meses que utilizou a droga:

P3. Houve atraso após iniciar a hormonioterapia?

- (1) Não.
- (2) Sim.
- (999) Sem informação no prontuário.

P3a. Qual o motivo do atraso na hormonioterapia?

- (1) Efeito colateral.
- (2) Recusa da mulher.
- (3) Dificuldade de retorno da mulher (transporte).
- (4) Faltou medicamento.
- (5) Outros problemas.
- (999) Sem informação no prontuário

P3a_other. Especifique outro:

P4. Houve toxicidade durante a hormonioterapia?

- (1) Sim.
- (2) Não.
- (999) Sem informação no prontuário.

P4a. Quando ocorreu a toxicidade?

- (1) Precoce (0-3 dias).
- (2) Imediata (0 -21 dias).
- (3) Tardia (meses).
- (4) Ultra-tardia (meses ou anos).

P4b. Especifique:

- (1) Espessamento endometrial.
- (2) Osteoporose.
- (3) Oftálmica.
- (4) Esteatose hepática.
- (5) Vasculopatia/tromboembolismo.
- (6) Outra.

PO4b_other. Especifique outro:

P5. Outras informações sobre hormonioterapia:

BLOCO Q: RECIDIVA LOCO-REGIONAL

Q1. Recidiva loco-regional no curso do tratamento ou no acompanhamento?

- (1) Não.
- (2) Sim.
- (999) Sem informação no prontuário.

Q2. A recidiva ocorreu durante:

- (1) Tratamento.
- (2) Acompanhamento.

Q3. Sítio da recidiva

- (1) Local (Doença na mama após cirurgia conservadora ou no plastrão).
- (2) Regional (Metástase para drenagem linfática - mamária interna, axila e fossa).

Q3a. Data da recidiva:

Formato: DD/MM/AAAA.

Q4. Tratamento locorregional instituído?

- (1) Sim.
- (2) Não.
- (999) Sem informação no prontuário.

Q4a. Qual tratamento locorregional instituído

- (1) Cirurgia.
- (2) RXT.
- (3) Cirurgia + RXT.
- (999) Sem informação no prontuário.

Q5. Tratamento sistêmico instituído?

- (1) Sim.
- (2) Não.
- (999) Sem informação no prontuário.

Q5a. Linha:

- (1) AC (Ciclofosfamida + Adriblastina).
- (2) Bevacizumab.
- (3) Camptosar.
- (4) Carboplatina.
- (5) Cisplatina/ Platiran/ PlatiniL.
- (6) CMF (Ciclofosfamida + metotrexate + Fluorouracil).
- (7) FAC (Fluorouracil + Adriblastina/ Adriamicina + Ciclofosfamida).
- (8) Faslodex.
- (9) FEC (Fluorouracil + Epirubicina + Ciclofosfamida).
- (10) Gemzar/Gemcitabina.
- (11) Herceptin/ Trastuzumabe.
- (13) Inibidor da osteólise.
- (14) Lapatinibe.
- (16) Navelbine/ Vinorelbina.
- (17) O-Plat.
- (18) Platiran (cisplatina).
- (19) TAC (Taxotere/ Docetaxel + Ciclofosfamida + Adriblastina).
- (21) Taxol/ Paclitaxel.
- (22) Taxotere/ Docetaxel.
- (23) Vimblastina.
- (24) Outras.
- (25) Sem informação no prontuário.

Q5a_other: Especifique outro:

Q5b. Data do início do esquema:

Formato: DD/MM/AAAA.

Q5c. Data do término do esquema:

Formato: DD/MM/AAAA.

Q5d. Número de ciclos do esquema:

21/05/2020 ABORDAGEM TERAPÉUTICA E SOBREVIDA EM COORTE DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA, ASSISTIDAS EM CENT...

Q6. Houve mudança no esquema?

- (1) Não.
- (2) Sim.
- (999) Sem informação no prontuário.

Q7. Motivo da mudança do esquema (linha):

- (1) Manutenção após estabilização.
- (2) Progressão.
- (3) Toxicidade proibitiva.
- (4) Dose máxima.
- (5) Outro.
- (999) Sem informação no prontuário.

Q7_other. Especifique outro:

Q8. Novo Esquema (linha):

- (1) AC (Ciclofosfamida + Adriblastina).
- (2) Bevacizumab.
- (3) Camptosar.
- (4) Carboplatina.
- (5) Cisplatina/ Platiran/ PlatiniL.
- (6) CMF (Ciclofosfamida + metotrexate + Fluorouracil).
- (7) FAC (Fluorouracil + Adriblastina/ Adriamicina + Ciclofosfamida).
- (8) Faslodex.
- (9) FEC (Fluorouracil + Epirubicina + Ciclofosfamida).
- (10) Gemzar/Gemcitabina.
- (11) Herceptin/ Trastuzumabe.
- (13) Inibidor da osteólise.
- (14) Lapatinibe.
- (16) Navelbine/ Vinorelbina.
- (17) O-Plat.
- (18) Platiran (cisplatina).
- (19) TAC (Taxotere/ Docetaxel + Ciclofosfamida + Adriblastina).
- (21) Taxol/ Paclitaxel.
- (22) Taxotere/ Docetaxel.
- (23) Vimblastina.
- (24) Outras.
- (25) Sem informação no prontuário.

Q8_other: Especifique outro:

Q8a. Data do início do esquema:

Formato: DD/MM/AAAA.

Q8b. Data do término do esquema:

Formato: DD/MM/AAAA.

Q8c. Número de ciclos do esquema:

Q9. Outras informações referentes a recidiva loco-regional:

BLOCO R: METÁSTASE À DISTÂNCIA NO CURSO DO TRATAMENTO OU NO ACOMPANHAMENTO

21/05/2020 ABORDAGEM TERAPÉUTICA E SOBREVIVÊNCIA EM COORTE DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA, ASSISTIDAS EM CENT...

R1. Metástase à distância no curso do tratamento ou no acompanhamento?

- (1) Não.
- (2) Sim.
- (999) Sem informação no prontuário.

R2. Data da identificação da metástase:

Formato: DD/MM/AAAA.

R3. A metástase à distância ocorreu durante:

- (1) Tratamento.
- (2) Acompanhamento.

R4. No período que foi identificada a doença metastática à distância a mulher encontrava-se:

- (1) Assintomática
- (2) Sintomática
- (999) Sem informação no prontuário.

R5. Houve confirmação da metástase à distância?

- (1) Biópsia
- (2) Imagem
- (3) Biópsia + imagem
- (4) Marcadores
- (6) Clínico
- (7) Outro.
- (999) Sem informação no prontuário.

R5_other. Especifique:

R6. Sítio da metástase (1) à distância:

- (1) Óssea.
- (2) Pulmonar.
- (3) SNC.
- (4) Hepática.
- (5) Crise visceral (considerar linfangite pulmonar e/ou metástase hepática extensa).
- (6) Parte moles/cutânea (considerar implantes cutâneos na musculatura e tecido subcutâneo).
- (7) Linfonodos não regionais.
- (8) Derrame pleural.
- (9) Derrame pericárdico.
- (10) Linfonodos contralaterais.
- (11) Outro.

R6_other. Especifique:

R7. Sítio da metástase (2) à distância:

- (1) Óssea.
- (2) Pulmonar.
- (3) SNC.
- (4) Hepática.
- (5) Crise visceral (considerar linfangite pulmonar e/ou metástase hepática extensa).
- (6) Parte moles/cutânea (considerar implantes cutâneos na musculatura e tecido subcutâneo).
- (7) Linfonodos não regionais.
- (8) Derrame pleural.
- (9) Derrame pericárdico.
- (10) Linfonodos contralaterais.
- (11) Outro.

R7_other. Especifique:

R8. Sítio da metástase (3) à distância:

- (1) Óssea.
- (2) Pulmonar.
- (3) SNC.
- (4) Hepática.
- (5) Crise visceral (considerar linfangite pulmonar e/ou metástase hepática extensa).
- (6) Parte moles/cutânea (considerar implantes cutâneos na musculatura e tecido subcutâneo).
- (7) Linfonodos não regionais.
- (8) Derrame pleural.
- (9) Derrame pericárdico.
- (10) Linfonodos contralaterais.
- (11) Outro.

R8_other. Especifique:

R9. Qual(is) outro(s) sítio(s) de metástase à distância?

R10. Tratamento da metástase à distância?

- (1) Sim.
- (2) Não.
- (999) Sem informação no prontuário.

R11. Data do início do tratamento:

Formato: DD/MM/AAAA.

R12. Outras informações sobre metástase à distância no curso do tratamento ou no acompanhamento

BLOCO 5: SEGUIMENTO

S1. Data do último contato:

Formato: DD/MM/AAAA.

S2. Fonte da última data de contato

- (1) Prontuário.
- (2) Urgência do hospital.
- (3) Contato telefônico.
- (4) Outra.
- (5) Entrevista face a face.

S2_other. Especifique:

S3. Estado da doença no último contato

- (1) Sem evidências de doença (Desaparecimento do tumor e de suas metástases).
- (2) Doença estável (Pacientes que não apresentam resposta completa e nem progressão de doença, ou seja, há doença presente sem progressão).
- (3) Remissão parcial (Redução mínima de 50% no diâmetro do tumor palpável e/ou nas imagens de sítios metastáticos).
- (4) Doença em progressão (Aumento dos diâmetros tumorais pré-existentes e/ou surgimento de novos focos metastáticos).
- (5) Fora de possibilidade terapêutica (Pacientes sem condições clínicas para serem submetidas a qualquer tipo de tratamento anti-blástico -> Paciente terminal)
- (6) Óbito.
- (999) Ignorado.

S3a. Data do óbito:

Formato: DD/MM/AAAA.

S3b. Fonte da informação do óbito:

- (1) Prontuário.
- (2) Declaração de óbito.
- (3) Outra.

S3b_other. Especifique:

S3c. CID declarado na Declaração de óbito:

S3d. Causa do óbito registrada na DO:

S4. Outras informações sobre seguimento:

Devem ser inseridas informações mais detalhadas sobre o último contato com a mulher, informações sobre o óbito ou outros dados que sejam importantes para melhorar as informações de seguimento

FIM DO QUESTIONÁRIO

APÊNDICE E – Questionário para coleta de dados primários (entrevista)

04/08/2020 QUALIDADE DE VIDA, IMAGEM CORPORAL, ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS E COMPORTAMENTAIS SEGUNDO CARAC...

QUALIDADE DE VIDA, IMAGEM CORPORAL, ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS E COMPORTAMENTAIS SEGUNDO CARACTERÍSTICAS TUMORAIS E CLÍNICAS EM MULHERES DIAGNOSTICADAS COM CÂNCER DE MAMA EM JUIZ DE FORA, MINAS GERAIS.

VAR04. QUALIDADE DE VIDA, IMAGEM CORPORAL, ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS E COMPORTAMENTAIS SEGUNDO CARACTERÍSTICAS TUMORAIS E CLÍNICAS EM MULHERES DIAGNOSTICADAS COM CÂNCER DE MAMA EM JUIZ DE FORA, MINAS GERAIS.

Você responderá um questionário que faz parte de uma pesquisa realizada pelo Grupo de Pesquisa em Câncer do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), com o objetivo de conhecer alguns aspectos importantes da condição de saúde, imagem corporal e qualidade de vida das mulheres diagnosticadas com câncer de mama em Juiz de Fora.

Sua identificação e suas respostas serão mantidas sob sigilo! Apenas o resultado geral da pesquisa será divulgado.

Não existem respostas certas ou erradas. Por gentileza, nos responda com atenção, pois suas informações são muito importantes para analisarmos fatores de risco dessa população.

VAR03. Entrevistador:

VAR05. Entrevistador(a), o(a) participante entregou o termo de consentimento devidamente assinado?

- (1) Sim.
- (2) Não.
- (999) Sem informação no prontuário.

BLOCO A: IDENTIFICAÇÃO DA MULHER

A1. Prontuário:

A22. Data da entrevista:

Formato: DD/MM/AAAA.

A5. Nome:

A9. Data de nascimento:

Formato: DD/MM/AAAA.

A23. Idade atual (entrevista):

A24. Endereço atual - se mudou (entrevista):

A18. Telefone fixo

A19. Telefone celular

A25. Telefone celular de algum(a) conhecido da participante:

A26. Nome completo do(a) conhecido(a) e parentesco ou vínculo com essa pessoa:

Exemplo: Maria de Lourdes de Souza (vizinha)

BLOCO B: INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

Neste bloco, vou perguntar sobre as suas características socioeconômicas, como grau de escolaridade, situação de trabalho, renda familiar, características do domicílio, posse de itens de conforto e condições de saneamento.

B7. O IBGE classifica as pessoas que vivem no Brasil em 5 grupos conforme a cor da pele ou raça: (1) brancos(as) / caucasianos(as), (2) pretos(as) / negros(as), (3) pardos(as) / mulatos(as) / morenos(as) / mestiços(as), (4) amarelos(as) (orientais) e (5) indígenas. De acordo com a sua opinião, em qual desses grupos você se incluiria? (ENTREVISTA)

Instrução: entrevistador(a), leia as opções para o(a) participante e aguarde; não interfira na resposta!

- (1) Branco(a) / caucasiano(a).
- (2) Preto(a) / negro(a).
- (3) Pardo(a) / mulato(a) / moreno(a) / mestiço(a).
- (4) Amarelo(a) (oriental).
- (5) Indígena.
- (999) Não sabe ou não quis responder.

B8. Qual o seu grau de instrução? (ENTREVISTA)

- (1) Analfabeto(a) ou fundamental I (primário) incompleto.
- (2) Fundamental I (primário) completo ou fundamental II (ginásio) incompleto.
- (3) Fundamental (ginásio) completo ou médio (colegial) incompleto.
- (4) Médio (colegial) completo ou superior incompleto.
- (5) Superior completo.
- (6) Pós-graduação incompleta.
- (7) Pós-graduação completa (especialização, mestrado ou doutorado)
- (999) Não sabe ou não quis responder.

B9. Quantos anos completos de estudo (com aprovação) a sra/você tem? (ENTREVISTA)

B10. Qual é/era o grau de instrução do seu pai? (ENTREVISTA)

- (1) Analfabeto(a) ou fundamental I (primário) incompleto.
- (2) Fundamental I (primário) completo ou fundamental II (ginásio) incompleto.
- (3) Fundamental (ginásio) completo ou médio (colegial) incompleto.
- (4) Médio (colegial) completo ou superior incompleto.
- (5) Superior completo.
- (6) Pós-graduação incompleta.
- (7) Pós-graduação completa (especialização, mestrado ou doutorado)
- (999) Não sabe ou não quis responder.

B11. Qual é/era o grau de instrução da sua mãe? (ENTREVISTA)

- (1) Analfabeto(a) ou fundamental I (primário) incompleto.
- (2) Fundamental I (primário) completo ou fundamental II (ginásio) incompleto.
- (3) Fundamental (ginásio) completo ou médio (colegial) incompleto.
- (4) Médio (colegial) completo ou superior incompleto.
- (5) Superior completo.
- (6) Pós-graduação incompleta.
- (7) Pós-graduação completa (especialização, mestrado ou doutorado)
- (999) Não sabe ou não quis responder.

B12. Qual sua atual condição de trabalho? (ENTREVISTA)

- (1) Do lar (ou dona de casa).
- (2) Desempregada.
- (3) Emprego formal.
- (4) Emprego informal.
- (5) Aposentada ou pensionista.
- (6) Em auxílio saúde.
- (7) Outra.
- (999) Não sabe ou não quis responder.

B12_other. Especifique outra:

B13. Qual era sua condição de trabalho quando foi diagnosticada com câncer de mama? (ENTREVISTA)

- (1) Do lar (ou dona de casa).
- (2) Desempregada.
- (3) Emprego formal.
- (4) Emprego informal.
- (5) Aposentada ou pensionista.
- (6) Em auxílio saúde.
- (7) Outra.
- (999) Não sabe ou não quis responder.

B13_other. Especifique outra:

B17. Quantas pessoas moram no mesmo domicílio que você (contando com você)? (ENTREVISTA)

B18. Você é o chefe da família? (ENTREVISTA)

Considere como chefe da família a pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio.

- (1) Sim.
- (2) Não.
- (999) Sem informação no prontuário.

B19. Qual o grau de instrução do chefe da família? (ENTREVISTA)

- (1) Analfabeto(a) ou fundamental I (primário) incompleto.
- (2) Fundamental I (primário) completo ou fundamental II (ginásio) incompleto.
- (3) Fundamental (ginásio) completo ou médio (colegial) incompleto.
- (4) Médio (colegial) completo ou superior incompleto.
- (5) Superior completo.
- (6) Pós-graduação incompleta.
- (7) Pós-graduação completa (especialização, mestrado ou doutorado)
- (999) Não sabe ou não quis responder.

B16. Qual o número de cômodos do seu domicílio? (ENTREVISTA)

cômodo(s).

Obs.: são considerados cômodos os quartos, inclusive de serviço (cozinha), e as salas.

B14. Quantas pessoas, no total, participam ativamente da renda familiar (contado com você, se tiver renda)? (ENTREVISTA)
pessoa(s).

B15. Qual o rendimento mensal total da sua família, ou seja, somando os rendimentos de todas as pessoas que moram com você (contando com o seu, se tiver)? (ENTREVISTA)
R\$. Formato: R\$ XXXX,XX; entrevistador(a), escreva diretamente o valor, sem "R\$". Obs.: salário mínimo = R\$ 954,00.
(999) Não sabe ou não quis responder.

VAR06. CONDIÇÕES DE SANEAMENTO

B20. A água utilizada no seu domicílio é proveniente de:

- (1) Rede geral de distribuição.
 (2) Poço ou nascente.
 (3) Outro meio.
 (999) Não sabe ou não quis responder.

B21. Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que ela é:

- (1) Asfaltada / pavimentada.
 (2) De terra / cascalho.

B24. ITENS DE CONFORTO

Agora vou fazer algumas perguntas sobre itens do seu domicílio para a classificação econômica.

Todos os eletroeletrônicos que vou citar precisam estar funcionando, incluindo os que estão guardados. Caso não estejam funcionando, considere APENAS se tiver a intenção de consertar ou repar nos próximos 6 meses.

Todos os eletroeletrônicos que vou citar precisam estar funcionando, incluindo os que estão guardados. Caso não estejam funcionando, considere APENAS se tiver a intenção de consertar ou repar nos próximos 6 meses.

Instrução: entrevistador(a), pergunte todos os itens ao(à) participante, por exemplo: vamos começar? No domicílio tem (leia cada item)?

B25. Quantidade de banheiros.

- (0) Não possui.
 (1) Possui 1.
 (2) Possui 2.
 (3) Possui 3.
 (4) Possui 4 ou mais.
 (999) Não sabe ou não quis responder.

B26. Quantidade de geladeiras.

- (0) Não possui.
- (1) Possui 1.
- (2) Possui 2.
- (3) Possui 3.
- (4) Possui 4 ou mais.
- (999) Não sabe ou não quis responder.

B27. Quantidade de freezers independentes ou parte da geladeira duplex.

- (0) Não possui.
- (1) Possui 1.
- (2) Possui 2.
- (3) Possui 3.
- (4) Possui 4 ou mais.
- (999) Não sabe ou não quis responder.

B28. Quantidade de fornos de micro-ondas.

- (0) Não possui.
- (1) Possui 1.
- (2) Possui 2.
- (3) Possui 3.
- (4) Possui 4 ou mais.
- (999) Não sabe ou não quis responder.

B29. Quantidade de DVDs, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel.

- (0) Não possui.
- (1) Possui 1.
- (2) Possui 2.
- (3) Possui 3.
- (4) Possui 4 ou mais.
- (999) Não sabe ou não quis responder.

B30. Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks, e desconsiderando tablets, palms ou smartphones.

- (0) Não possui.
- (1) Possui 1.
- (2) Possui 2.
- (3) Possui 3.
- (4) Possui 4 ou mais.
- (999) Não sabe ou não quis responder.

B31. Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho.

- (0) Não possui.
- (1) Possui 1.
- (2) Possui 2.
- (3) Possui 3.
- (4) Possui 4 ou mais.
- (999) Não sabe ou não quis responder.

B32. Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca.

- (0) Não possui.
- (1) Possui 1.
- (2) Possui 2.
- (3) Possui 3.
- (4) Possui 4 ou mais.
- (999) Não sabe ou não quis responder.

B33. Quantidade de lavadoras de louças.

- (0) Não possui.
- (1) Possui 1.
- (2) Possui 2.
- (3) Possui 3.
- (4) Possui 4 ou mais.
- (999) Não sabe ou não quis responder.

B34. Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional.

- (0) Não possui.
- (1) Possui 1.
- (2) Possui 2.
- (3) Possui 3.
- (4) Possui 4 ou mais.
- (999) Não sabe ou não quis responder.

B35. Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular.

- (0) Não possui.
- (1) Possui 1.
- (2) Possui 2.
- (3) Possui 3.
- (4) Possui 4 ou mais.
- (999) Não sabe ou não quis responder.

B36. Quantidade de empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos 5 dias por semana.

- (0) Não possui.
- (1) Possui 1.
- (2) Possui 2.
- (3) Possui 3.
- (4) Possui 4 ou mais.
- (999) Não sabe ou não quis responder.

B37. Você possui plano de saúde?

- (1) Sim.
- (2) Não.
- (999) Sem informação no prontuário.

B38. Qual plano de saúde?

B39. Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?

- (1) Mais do que uma vez por semana.
- (2) Uma vez por semana.
- (3) Duas a três vezes por mês.
- (4) Algumas vezes por ano.
- (5) Uma vez por ano ou menos.
- (6) Nunca

B40. Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?

- (1) Mais do que uma vez por ao dia.
- (2) Diariamente.
- (3) Duas ou mais vezes por semana.
- (4) Uma vez por semana.
- (5) Poucas vezes por mês.
- (6) Raramente ou nunca.

VAR07. As próximas perguntas contêm frases a respeito de crenças ou experiências religiosas. Por favor, anote o quanto cada frase se aplica a você.

B41. Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo).

- (1) Totalmente verdade para mim.
- (2) Em geral é verdade.
- (3) Não estou certo.
- (4) Em geral não é verdade.
- (5) Não é verdade

B42. As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver.

- (1) Totalmente verdade para mim.
- (2) Em geral é verdade.
- (3) Não estou certo.
- (4) Em geral não é verdade.
- (5) Não é verdade

B43. Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida.

- (1) Totalmente verdade para mim.
- (2) Em geral é verdade.
- (3) Não estou certo.
- (4) Em geral não é verdade.
- (5) Não é verdade

VAR09. As próximas perguntas contêm frases a respeito do seu relacionamento conjugal

B44. Qual seu atual estado civil?

- (1) Solteira/ vivendo sem companheiro.
- (2) Casada/ União estável / Vivendo com companheiro.
- (3) Separada ou divorciada.
- (4) Viúva.
- (999) Não sabe ou não quis responder.

B45. Qual sua situação conjugal?

- (1) Com o mesmo companheiro desde o diagnóstico de câncer de mama.
- (2) Sem companheiro desde o diagnóstico de câncer de mama.
- (3) Com companheiro, diferente do companheiro que tinha antes do diagnóstico de câncer de mama.
- (4) Sem companheiro ao diagnóstico de câncer de mama, mas atualmente, com companheiro.
- (5) Com companheiro ao diagnóstico de câncer de mama, mas atualmente, sem companheiro.
- (999) Não sabe ou não quis responder.

B46. Há quanto tempo você está com este companheiro?

B47. Como você avalia o relacionamento com o companheiro ANTES do diagnóstico da doença?

- (1) Muito ruim.
- (2) Ruim.
- (3) Regular.
- (4) Bom.
- (5) Muito bom.
- (999) Não sabe ou não quis responder.

B48. Como você avalia o relacionamento com o companheiro ATUALMENTE?

- (1) Muito ruim.
- (2) Ruim.
- (3) Regular.
- (4) Bom.
- (5) Muito bom.
- (999) Não sabe ou não quis responder.

B49. Você teve (está tendo) apoio do seu parceiro em relação do diagnóstico de câncer de mama

- (1) Não tenho parceiro.
- (2) Está sendo muito próximo.
- (3) Está sendo muito afastado.
- (4) Está menor do que o recebido por filhos, parentes e amigos.
- (5) Não estou recebendo apoio.
- (999) Não sabe ou não quis responder.

B6. Outras informações sociodemográficas

BLOCO T: APOIO SOCIAL

As perguntas a seguir são sobre o apoio fornecido pelas pessoas que o cercam.

T1. Com quantas pessoas você pode realmente contar quando precisa de ajuda?

Se ninguém, preencha 0.

T2. Liste o nome e o grau de parentesco de até 9 pessoas que você pode contar quando precisa de ajuda.

T3. Qual o seu grau de satisfação com a ajuda fornecida por essas pessoas?

- (1) Muito insatisfeito.
- (2) Insatisfeito.
- (3) Algo insatisfeito.
- (4) Pouco satisfeito.
- (5) Satisfeito.
- (6) Muito satisfeito.

T4. Com quantas pessoas você pode realmente contar para a ajudar a sentir-se mais relaxada quando está tensa ou sob pressão?

Se ninguém, preencha 0.

T5. Liste o nome e o grau de parentesco de até 9 pessoas que você pode contar quando precisa de ajudar para sentir-se mais relaxada quando está tensa ou sob pressão?

T6. Qual o seu grau de satisfação com a ajuda fornecida por essas pessoas?

- (1) Muito insatisfeito.
- (2) Insatisfeito.
- (3) Algo insatisfeito.
- (4) Pouco satisfeito.
- (5) Satisfeito.
- (6) Muito satisfeito.

T7. Quantas pessoas te aceita totalmente, incluindo os seus maiores defeitos e virtudes?

Se ninguém, preencha 0.

T8. Liste o nome e o grau de parentesco de até 9 pessoas que te aceita totalmente, incluindo os seus maiores defeitos e virtudes.

Exemplo: 1. JCS (irmã); 2. FRZ (amiga)...

T9. Qual o seu grau de satisfação com a aceitação dessas pessoas?

- (1) Muito insatisfeito.
- (2) Insatisfeito.
- (3) Algo insatisfeito.
- (4) Pouco satisfeito.
- (5) Satisfeito.
- (6) Muito satisfeito.

T10. Com quantas pessoas você pode realmente contar para se preocupar consigo independentes do que lhe possa estar a acontecer a si?

Se ninguém, preencha 0.

T11. Liste o nome e o grau de parentesco de até 9 pessoas que você pode contar para se preocupar consigo independentes do que lhe possa estar a acontecer a si.

Exemplo: 1. JCS (irmã); 2. FRZ (amiga)...

T12. Qual o seu grau de satisfação com a ajuda fornecida por essas pessoas?

- (1) Muito insatisfeito.
- (2) Insatisfeito.
- (3) Algo insatisfeito.
- (4) Pouco satisfeito.
- (5) Satisfeito.
- (6) Muito satisfeito.

T13. Com quantas pessoas você pode realmente contar para a ajudar a sentir-se melhor quando se sente para baixo?

Se ninguém, preencha 0.

T14. Liste o nome e o grau de parentesco de até 9 pessoas que você pode contar para a ajudar a sentir-se melhor quando se sente para baixo

Exemplo: 1. JCS (irmã); 2. FRZ (amiga)...

T15. Qual o seu grau de satisfação com a ajuda fornecida por essas pessoas?

- (1) Muito insatisfeito.
- (2) Insatisfeito.
- (3) Algo insatisfeito.
- (4) Pouco satisfeito.
- (5) Satisfeito.
- (6) Muito satisfeito.

T16. Com quantas pessoas você pode realmente contar para a consolar quando você está preocupada?

Se ninguém, preencha 0.

T17. Liste o nome e o grau de parentesco de até 9 pessoas que você pode contar para a consolar quando você está preocupada

Exemplo: 1. JCS (irmã); 2. FRZ (amiga)...

T18. Qual o seu grau de satisfação com a ajuda fornecida por essas pessoas?

- (1) Muito insatisfeito.
- (2) Insatisfeito.
- (3) Algo insatisfeito.
- (4) Pouco satisfeito.
- (5) Satisfeito.
- (6) Muito satisfeito.

BLOCO C: HÁBITOS DE VIDA

C4. Tabagismo (entrevista)

- (1) Tabagista.
- (2) Ex-tabagista.
- (3) Nunca fumou.
- (999) Sem informação no prontuário.

C5. Quantos cigarros fuma por dia? (entrevista)

C6. Quantos anos fuma? (entrevista)

C7. Há quanto tempo parou (anos)? (entrevista)

C8. Quantos cigarros fumava por dia? (entrevista)

C9. Quantos anos fumou? (entrevista)

C10. Etilismo (entrevista)

- (1) Bebe.
- (2) Já bebeu.
- (3) Nunca bebeu.
- (999) Sem informação no prontuário.

C11. Carga etilica/dose (entrevista)

Observação: Uma dose de bebida alcoólica corresponde a uma lata de cerveja, uma taça de vinho ou uma dose de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada.

C12. Quantas vezes por semana? (entrevista)

C13. Nos últimos 30 dias, a sra/você chegou a consumir 4 ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião?

- (1) Não.
- (2) Sim.
- (999) Sem informação no prontuário.

C14. Atualmente, em geral, como você avalia a sua alimentação?

- (1) Muito ruim (nada saudável).
- (2) Ruim (pouco saudável).
- (3) Regular (mais ou menos saudável).
- (4) Boa (saudável).
- (5) Muito boa (muito saudável).
- (999) Não sabe ou não quis responder.

VAR08. As próximas perguntas estão relacionadas ao tempo que você gasta fazendo atividade física em uma semana habitual.

Para responder as perguntas pense somente nas atividades que você realiza por PELO MENOS 10 minutos contínuos de cada vez.

Instrução: entrevistador(a), para responder as questões, ressalte para o(a) participante que:

Atividades VIGOROSAS são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar MUITO mais forte que o normal.

Atividades MODERADAS são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar UM POUCO mais forte que o normal.

Obs.: o tempo em minutos deve ser calculado a partir das horas de atividade física que o(a) participante relatar.

C15. Em quantos dias de uma semana normal, você realiza atividades VIGOROSAS por pelo menos 10 minutos contínuos, como correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que faça você suar bastante ou aumentem muito sua respiração ou batimentos do coração.

*(0) Nenhum.
dias por semana.*

C16. Nos dias em que você faz essas atividades VIGOROSAS por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gasta fazendo essas atividades por dia?

Tempo em minutos: . Formato: MM. Obs.: 1 hora = 60 minutos.

C17. Em quantos dias de uma semana normal, você realiza atividades MODERADAS por pelo menos 10 minutos contínuos, como pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos em casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim, ou qualquer atividade que faça você suar leve ou aumente moderadamente sua respiração ou batimentos do coração. Obs.: por favor, não inclua caminhada.

(0) Nenhum.
dias por semana.

C18. Nos dias em que você faz essas atividades MODERADAS por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gasta fazendo essas atividades por dia?

Tempo em minutos: . Formato: MM. Obs.: 1 hora = 60 minutos.

C19. Em quantos dias de uma semana normal você CAMINHA por pelo menos 10 minutos contínuos em casa, na escola ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício?

(0) Nenhum.
dias por semana.

C20. Nos dias em que você CAMINHA por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gasta caminhando por dia?

Tempo em minutos: . Formato: MM. Obs.: 1 hora = 60 minutos.

C21. Quanto tempo por dia você fica sentado(a) em um dia da semana?

Tempo em minutos: . Formato: MM. Obs.: 1 hora = 60 minutos.

C22. Quanto tempo por dia você fica sentado(a) no final de semana?

Tempo em minutos: . Formato: MM. Obs.: 1 hora = 60 minutos.

C23. Qual sua maior preocupação no momento?

- (1) Problemas familiares.
- (2) Problemas financeiros.
- (3) Problemas de saúde relacionados ao câncer de mama.
- (4) Problemas de saúde não relacionados ao câncer de mama.
- (5) Outra.
- (999) Não sabe ou não quis responder.

C24. Se for outra, qual?

C3. Outras informações sobre hábitos de vida.

BLOCO G: MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

G5. Peso em Kg (entrevista)

G6. Altura em centímetros (entrevista)

BLOCO H: INVESTIGAÇÃO DO CÂNCER DE MAMA

H10. Fez cirurgia?

- (1) Sim, mastectomia.
- (2) Sim, nodulectomia ou setorectomia.
- (3) Sim, nodulectomia ou setorectomia seguida por mastectomia.
- (4) Não fez cirurgia.

H11. Quantas intervenções cirúrgicas foram realizadas na mama acometida?

H12. Fez reconstrução?

- (1) Sim, imediata.
- (2) Sim, tardia.
- (3) Não fez reconstrução.

04/06/2020 QUALIDADE DE VIDA, IMAGEM CORPORAL, ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS E COMPORTAMENTAIS SEGUNDO CARAC...

H13. Por que não fez reconstrução?

- (1) Falta de informação
- (2) Falta de vontade
- (3) Falta de oportunidade
- (4) Sem condições clínicas
- (5) Outro motivo.
- (999) Não sabe ou não quis responder.

H13_other. Qual outro motivo?

H14. Você gostaria de fazer reconstrução?

- (1) Sim.
- (2) Não.
- (999) Sem informação no prontuário.

H15. Atualmente você está fazendo algum tratamento para o câncer de mama?

- (1) Sim.
- (2) Não.
- (999) Sem informação no prontuário.

H16. Qual tratamento?

Instrução: Escrever qual tratamento a mulher está fazendo. Exemplo: hormonioterapia, radioterapia ou quimioterapia.

FIM DO QUESTIONÁRIO