

Universidade Federal do Rio de Janeiro

QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES ACOMETIDAS POR CÂNCER DE MAMA
LOCALMENTE AVANÇADO OU METASTÁTICO

Eunice de Oliveira Lacerda Lima

2018



QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES ACOMETIDAS POR CÂNCER DE MAMA
LOCALMENTE AVANÇADO OU METASTÁTICO

Eunice de Oliveira Lacerda Lima

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Marcelle Miranda da Silva

Rio de Janeiro

Julho, 2018

CIP - Catalogação na Publicação

dL732q
q de Oliveira Lacerda Lima, Eunice
Qualidade de vida de mulheres acometidas por
câncer de mama localmente avançado ou metastático /
Eunice de Oliveira Lacerda Lima. -- Rio de Janeiro,
2018.
156 f.

Orientador: Marcelle Miranda da Silva .
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do
Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery,
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2018.

1. Neoplasias da Mama. 2. Qualidade de Vida. 3.
Cuidados Paliativos. I. Miranda da Silva ,
Marcelle, orient. II. Título.

QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES ACOMETIDAS POR CÂNCER DE MAMA
LOCALMENTE AVANÇADO OU METASTÁTICO

Eunice de Oliveira Lacerda Lima

Marcelle Miranda da Silva

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada por:

Presidente, Prof^a Dr^a Marcelle Miranda da Silva

Prof^a Dr^a Patrícia dos Santos Claro Fuly

Prof^a Dr^a Marléa Chagas Moreira

Prof^a Dr^a Ana Beatriz Azevedo Queiroz

Prof^a Dr^a Luciana Fernandes Portela

Rio de Janeiro

Julho de 2018

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço à Deus por ter me dado força e saúde no decorrer deste tempo. “O senhor é o meu pastor; nada me faltará” Salmos 23:1.

À minha família que é meu alicerce, meus pais (José e Maria), irmãos (Lucas e Marcos), sogros (Hélio e Maria Elena) e cunhada (Bárbara) que nos momentos mais difíceis estavam me apoiando com suas palavras e orações, me motivando ao alcance desse sonho. Em especial ao meu esposo, Fernando, pelo amor, companheirismo, carinho, paciência e compreensão nos meus momentos de ausência. Sem eles seria impossível a realização desse sonho;

À minha orientadora, Prof^a Dr^a Marcelle por ter acreditado em mim e por me permitir desenvolver esse trabalho estando sempre presente e me direcionando, meus agradecimentos pelas orientações, pelo seu incentivo, paciência e profissionalismo. Todo o meu carinho, respeito e admiração. A todos os professores que me deram aula durante o mestrado e contribuíram para a minha formação, em especial, as professoras Prof^a Dr^a Marléa e Prof^a Dr^a Patrícia pelas importantíssimas contribuições para o desenvolvimento desse trabalho e pelo carinho. Agradeço por todos os ensinamentos que vão de me acompanhar na minha trajetória profissional.

Às pacientes que aceitaram participar deste estudo mesmo se encontrando em um momento delicado como o da hospitalização, a minha gratidão, pois sem elas não teria sido possível realizar esta pesquisa.

Aos amigos da turma do mestrado do segundo semestre de 2016, pelos conhecimentos compartilhados, que juntos pudermos aprender e nos apoiar durante a trajetória do mestrado.

Aos funcionários da Escola de Enfermagem Anna Nery, que sempre me trataram com muito respeito e presteza.

À minha amiga, Vilma Ribeiro, por seu incentivo e aos meus colegas de trabalho, pelo apoio e a todos, que não foram citados aqui, mas estiveram em minha vida, orando e me incentivando a seguir adiante para a realização deste sonho.

RESUMO

LIMA, Eunice de Oliveira Lacerda. **Qualidade de vida de mulheres acometidas por câncer de mama localmente avançado ou metastático**. Orientadora: Prof^a Dr^a. Marcelle Miranda da Silva. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2018. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Enfermagem).

O câncer é um problema de saúde pública mundial. Mesmo diante dos avanços científicos e tecnológicos ocorridos, o câncer de mama ainda é uma patologia de grande incidência entre as mulheres. No Brasil, em muitos casos, esta doença vem sendo diagnosticada em estádios avançados, causando um relevante impacto social e qualidade de vida dessas mulheres. Assim, apresentou-se a seguinte hipótese: o estadiamento do câncer interfere na qualidade de vida de mulheres com câncer de mama localmente avançado ou metastático. Foi objetivo geral da pesquisa: Discutir a associação entre o nível de qualidade de vida e o estadiamento do câncer em mulheres com câncer de mama localmente avançado ou metastático hospitalizadas. Foram objetivos específicos: Caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico-patológico; identificar os principais domínios da qualidade de vida afetados e avaliar o nível de qualidade de vida de mulheres com câncer de mama localmente avançado ou metastático hospitalizadas e analisar a associação com o estadiamento do câncer e suas implicações para o gerenciamento em enfermagem e saúde. Trata-se de um estudo observacional, transversal e descritivo, realizado na Unidade de Internação Clínica, em um Centro de Referência de Alta Complexidade em Oncologia, localizado no município do Rio de Janeiro, Brasil. Os dados foram coletados no período entre março e julho de 2017. Foram entrevistadas 199 mulheres com câncer de mama localmente avançado ou metastático. A coleta de dados ocorreu mediante consulta aos prontuários guiada por um formulário que contém variáveis relacionadas aos perfis sociodemográfico e clínico-patológico, bem como por meio de entrevistas, aplicou-se o questionário European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 30 (EORTC QLQ-C30). A análise estatística descritiva foi realizada com o auxílio do programa Statistical Package for the Social Sciences Program (SPSS), versão 24, realizando análises univariadas e bivariadas. Testes estatísticos específicos foram empregados para verificar a significância dos resultados observados. A análise sociodemográfica indicou que a idade das mulheres variou entre 28 e 90 anos, com predominância da faixa etária entre 40 e 69 (76,88%), raça parda (37,69%), religião evangélica (48,74%), e mulheres que vivem com companheiro (53,27%). Merece destaque que 90,96% vivem com até dois salários mínimos (renda *per capita*), e que 40,2% das mulheres possuem apenas o 1º grau incompleto. Quanto ao aspecto clínico-patológico, verificou-se predominância do carcinoma ductal infiltrante (81,41%). No momento da admissão na instituição, 53,77% estavam com estadiamento III, enquanto atualmente 72,9% das participantes estão com estadiamento IV. A maioria das mulheres (71,86%) encontra-se com PS 3 e PS 4. Em relação a qualidade de vida, verificou-se que o status de saúde global apresentou a média de 32,04. As escalas funcionais que apresentaram maior e menor média foram, respectivamente, funcionamento cognitivo (60,47) e desempenho pessoal (12,48). Já nas escalas sintomáticas, fadiga apresentou a maior média (69,57) e diarreia a menor (8,21). Ao se comparar os resultados de qualidade de vida entre as fases de estadiamento II, III e IV, é possível identificar que o status de saúde global, bem

como as escalas funcionais (exceto social) apresentam diferenças estatisticamente significantes reduzindo seus escores à medida que o estadiamento da doença avança. Com base nesse estudo, pode-se observar uma predominância do estadiamento atual IV nas mulheres. Ao analisar os resultados com base no estadiamento, é possível concluir que o estadiamento do câncer interfere na qualidade de vida dessas mulheres. O conhecimento dos perfis sociodemográfico e clínico-patológico, bem como da qualidade de vida fornece subsídios para o planejamento e desenvolvimento de estratégias de ações em saúde específicas e para o desenvolvimento dos cuidados de enfermagem.

Descritores: Neoplasias da Mama; Qualidade de Vida; Cuidados Paliativos.

ABSTRACT

LIMA, Eunice de Oliveira Lacerda. **Quality of life of women affected by locally advanced or metastatic breast cancer**. Advisor: Prof. Dr. Marcelle Miranda da Silva. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2018. Dissertation (Academic Master in Nursing).

Cancer is a global public health problem. Despite scientific and technological advances, breast cancer is still a pathology of great incidence among women. In Brazil, many cases, of this disease have been diagnosed in advanced stages, causing a significant social and quality of life impact for these women. Therefore, the following hypothesis was presented: Cancer staging interferes in the quality of life of women with locally advanced breast cancer or metastatic. The main goal of this study was: Discuss the association between the level of quality of life and cancer staging in hospitalized women with locally advanced or metastatic breast cancer. The specific objectives of this study were: Characterize the sociodemographic and clinical-pathological profiles; Identify the affected main domains of quality of life; and to assess the level of quality of life of women with locally advanced or metastatic breast cancer hospitalized and to analyze the association with cancer staging and its implications for management in nursing and health. This is an observational, cross-sectional and descriptive study, carried out at the Inpatient Clinical Unit, at a High Complexity Oncology Reference Center, located in the city of Rio de Janeiro, Brazil. Data were collected between March and July 2017. 199 women with locally advanced or metastatic breast cancer were interviewed. The data collection was carried out by consulting the medical records, guided by a form containing variables related to sociodemographic and clinical-pathological profiles, as well as through interviews, applying the European Organization for Research and Treatment of Cancer Questionnaire Core 30 (EORTC QLQ-C30). The descriptive statistical analysis was performed using the software Statistical Package for the Social Sciences Program (SPSS), version 24, using univariate and bivariate analyzes. Specific statistical tests were applied to verify the significance of the observed results. The socio-demographic analysis indicated that the age of the women ranged from 28 to 90 years old, with a predominance of 40-69 years age group (76.88%), mixed race (37.69%), evangelical religion (48.74%), and women living with partners (53.27%). It deserves attention that 90.96% live with up to two minimum wages (per capita), and that 40.2% of women have only incomplete first degree. Regarding the clinical-pathological context, there was a predominance of infiltrating ductal carcinoma (81.41%). At the time of admission on the hospital, 53.77% had stage III, while currently 72.9% of the patients are in stage IV. The majority of women (71.86%) are with PS 3 and PS 4. Regarding quality of life, it was verified that the overall health status presented an average of 32.04. The functional scales that presented higher and lower mean were, respectively, cognitive functioning (60,47) and personal performance (12,48). At the symptomatic scales, fatigue presented the highest mean (69.57) and diarrhea the lowest (8.21). When comparing the quality of life results between stages II, III and IV, it is possible to identify that the overall health status as well as the functional (except social) scales present statistically significant differences reducing their scores as the stage of the disease progresses. Based on this study, a predominance of the current stage IV in women it can be observed. When analyzing the results, based on the staging, it is possible to conclude that cancer staging interferes in the

quality of life of those women. Knowledge of sociodemographic and clinical-pathological profiles, as well as quality of life, provides support for the planning and development of specific health action strategies and for the development of nursing care.

Keywords: Breast Neoplasms; Quality of Life; Palliative Care

RESUMEN

LIMA, Eunice de Oliveira Lacerda. **Calidad de vida de mujeres afectadas por cáncer de mama localmente avanzado o metastásico.** Tutora de tesis: Prof^a Dr^a. Marcelle Miranda da Silva. Rio de Janeiro: UFRJ / EEAN de 2018. Tesis (Maestría Académica en Enfermería).

El cáncer de mama es un problema de salud pública mundial. Incluso ante los avances científicos y tecnológicos actuales, el cáncer de mama aún es una patología de gran incidencia entre las mujeres. En Brasil, en muchos casos, esta enfermedad ha sido diagnosticada en etapas avanzadas, causando un impacto relevante tanto social como en la calidad de vida de estas mujeres. Por tanto, presentamos la siguiente hipótesis: la estadificación del cáncer interfiere en la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama localmente avanzado o metastásico. El objetivo general de la investigación es discutir la relación entre el nivel de calidad de vida y la estadificación del cáncer en mujeres con cáncer de mama localmente avanzado o metastásico hospitalizadas. Los objetivos específicos son: caracterizar el perfil sociodemográfico y clínico-patológico, identificar los principales dominios de la calidad de vida afectados y evaluar el nivel de calidad de vida de mujeres con cáncer de mama localmente avanzado o metastático hospitalizadas y analizar la asociación con la estadificación del cáncer y sus implicaciones para el manejo en enfermería y salud. Se trata de un estudio observacional, transversal y descriptivo, realizado en la Unidad de Internación Clínica, de un Centro de Referencia en Alta Complejidad en Oncología, localizado en el municipio de Rio de Janeiro, Brasil. Los datos fueron recolectados en el período comprendido entre Marzo y Julio de 2017. Fueron entrevistadas 199 mujeres con cáncer de mama localmente avanzado o metastático. La recolección de datos se realizó mediante consulta a los prontuarios, guiada por un formulario que contiene variables relacionadas a los perfiles sociodemográficos y clínico-patológicos, así como por medio de entrevistas, aplicando el cuestionario de la European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 30 (EORTC QLQ-C30). El análisis estadístico descriptivo fue realizado con la ayuda del programa Statistical Package for the Social Science Program (SPSS), versión 24, realizando análisis univariados y bivariados. Fueron empleadas pruebas estadísticas específicas para verificar la significancia de los resultados observados. El análisis sociodemográfico indicó que la edad de las mujeres varió entre 28 y 90 años, con predominio del grupo de edad entre 40 y 69 (76,88%), raza parda (37,69%), religión evangelica (48,74%) y mujeres que viven con su conyugue (53,27%). Cabe resaltar que 90,96% viven con hasta dos salarios mínimos (ingreso per capita), y que 40,2% de las mujeres poseen apenas el primer grado fundamental de educación incompleto. En cuanto al aspecto clínico-patológico, se verificó un predominio del carcinoma ductal infiltrante (81,41%). En el momento de la admisión en la institución 53,77% tenían un estadio III, mientras que actualmente 72,9% de las participantes tienen un estadio IV. La mayoría de las mujeres (71,86%) se encuentran en PS3 y PS4. En relación a la calidad de vida, se verificó que el status de salud global presentó un promedio del 32,04%. Las escalas funcionales que presentaron mayor y menor promedio fueron: funcionamiento cognitivo (60,47%) y desempeño personal (12,48%), respectivamente. Ya en las escalas sintomáticas, fatiga presentó el mayor promedio (69,57%) y diarrea el menor promedio (8,21%). Al comparar los resultados de calidad de vida entre las fases de estadificación II, III y IV, es posible identificar que el status de salud global, así como las escalas funcionales (excepto la social) presentan diferencias estadísticamente significativas, reduciendo sus puntajes a medida que el estadio de la enfermedad avanza. Con base en éste estudio, podemos observar un predominio del estadio actual IV en las mujeres. Al analizar los resultados en base a la estadificación, es posible concluir que la estadificación del

cáncer interfiere en la calidad de vida de estas mujeres. El conocimiento de los perfiles sociodemográficos y clínico-patológicos, así como de la calidad de vida, proporciona subsidios para la planeación y desarrollo de estrategias de acciones en salud específicas y para el desarrollo de los cuidados en enfermería

Palabras clave: Neoplasias de la Mama; Calidad de Vida; Cuidados Paliativos

LISTA DE TABELAS

Tabela 01: Sumário com estatísticas descritivas referentes às idades.	50
Tabela 02: Distribuição das idades por faixa etária.....	51
Tabela 03: Distribuição das idades por faixa etária e por fase de estadiamento atual..	52
Tabela 04: Faixa Etária (18 a 39 anos) x Estadiamento Atual.....	53
Tabela 05: Estadiamento Inicial e Estadiamento Atual de mulheres na faixa etária de 18 a 39 anos	54
Tabela 06: Tempo de matrícula x Estadiamento Inicial para mulheres com idade inferior a 40 anos	55
Tabela 07: Faixa etária (60 a 90 anos) x estadiamento atual.....	55
Tabela 08: Tempo de Matrícula x Estadiamento Atual para mulheres com idade acima de 60 anos	56
Tabela 09: Estadiamento Inicial x Estadiamento Atual das mulheres com idade acima de 60 anos	57
Tabela 10: Tempo de matrícula x Estadiamento Inicial para mulheres com idade acima de 60 anos	57
Tabela 11: Estadiamento Inicial x Estadiamento Atual para mulheres com idade acima de 80 anos	58
Tabela 12: Tempo de matrícula x Estadiamento Inicial para mulheres com idade acima de 80 anos	58
Tabela 13: Distribuição de acordo com o grau de escolaridade	59
Tabela 14: Distribuição do grau de escolaridade para cada fase de estadiamento	59
Tabela 15: Tempo de matrícula na instituição de mulheres em estadiamento IV	60
Tabela 16: Estadiamento inicial de acordo com o nível de escolaridade das mulheres no estadiamento atual IV	60
Tabela 17: Distribuição por renda per capita.....	61
Tabela 18: Distribuição da renda <i>per capita</i> de acordo com a fase de estadiamento	62
Tabela 19: Distribuição da amostra por fonte de renda.....	62
Tabela 20: Distribuição das pacientes que recebe/recebeu auxílio do governo	63
Tabela 21: Distribuição de acordo com a divisão político-administrativa do estado do Rio de Janeiro	64
Tabela 22: Distribuição da amostra da região metropolitana por cidades.....	64
Tabela 23: Distribuição de acordo com a raça:.....	65

Tabela 24: Distribuição das raças de acordo com a fase de estadiamento	65
Tabela 25: Distribuição de acordo com a religião	65
Tabela 26: Distribuição de acordo com o estado civil/conjugal	66
Tabela 27: Distribuição de acordo com a mudança de estado civil após o diagnóstico da doença	66
Tabela 28: Distribuição de acordo com o motivo da mudança de estado civil	67
Tabela 29: Distribuição de acordo com o motivo da mudança de estado civil	67
Tabela 30: Faixa Etária x Estadiamento Atual das mulheres que se separaram do companheiro	68
Tabela 31: Tempo de matrícula x Estadiamento Inicial para mulheres que se separaram do companheiro	68
Tabela 32: Tempo de matrícula x Estadiamento Atual para mulheres que se separaram do companheiro	69
Tabela 33: Distribuição do número de filhos	69
Tabela 34: Estadiamento atual das 58 mulheres que possuem filhos menor de idade .	70
Tabela 35: Número total de filhos (das mulheres que possuem pelo menos 1 filho menor de idade) detalhando quantos deles são menores de idade.....	70
Tabela 36: Distribuição quanto ao número de dias de internação no momento da entrevista.....	71
Tabela 37: Distribuição do tipo histológico	71
Tabela 38: Tempo de matrícula na instituição.....	72
Tabela 39: Tempo de matrícula na instituição x Estadiamento Atual	72
Tabela 40: Distribuição das fases de estadiamento inicial e atual da doença.....	73
Tabela 41: Distribuição da presença de metástase.....	74
Tabela 42: Distribuição dos locais de metástase	74
Tabela 43: Quantidade de metástases em cada mulher.....	75
Tabela 44: Distribuição dos tratamentos prévios.....	75
Tabela 45: Quantidade de tratamentos prévios.....	76
Tabela 46: Distribuição do tratamento atual.....	76
Tabela 47: Quantidade de tratamentos atuais	77
Tabela 48: Escala Performance status (PS) das mulheres	78
Tabela 49: Escala performance status (PS) para cada fase de estadiamento atual	78
Tabela 50: Distribuição das complicações do câncer de mama.....	79
Tabela 51: Distribuição da quantidade de complicações do câncer de mama.....	79

Tabela 52: Estatísticas descritivas do questionário EORTC QLQ-30.....	80
Tabela 53: Desempenho pessoal para cada fase de estadiamento atual (considerando as 31 mulheres no estadiamento III)	84
Tabela 54: Desempenho pessoal para cada fase de estadiamento atual (considerando as 28 mulheres no estadiamento III)	85
Tabela 55: Resultados das escalas do questionário EORTC QLQ-30 do estadiamento II	87
Tabela 56: Resultados das escalas do questionário EORTC QLQ-30 do estadiamento III	88
Tabela 57: Resultados das escalas do questionário EORTC QLQ-30 do estadiamento IV	89
Tabela 58: Tabela das medianas das escalas do questionário EORTC separadas por fase de estadiamento	93

LISTA DE FIGURAS

Figura 01: Pacientes excluídas de acordo com os critérios exclusão da pesquisa.....	43
Figura 02: <i>Boxplot</i> da distribuição das idades	51
Figura 03: <i>Bloxplot</i> distribuição do status de saúde global	81
Figura 04: <i>Boxplot</i> distribuição das escalas funcionais	82
Figura 05: <i>Boxplot</i> distribuição das escalas / itens de sintoma.....	83

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01: Balanço do cálculo amostral e poder do teste para Análise de Variância Anova One Way	42
Gráfico 02: Distribuição das idades por faixa etária	51
Gráfico 03: Distribuição das idades por faixa etária e por fase de estadiamento atual	53
Gráfico 04: Distribuição de acordo com a divisão político-administrativa do estado do Rio de Janeiro	64
Gráfico 05: Distribuição das fases de estadiamento inicial e atual da doença	73
Gráfico 06: Quantidade de metástases em cada mulher	75
Gráfico 07: Comparação da distribuição dos tipos de tratamentos prévios e atuais	77
Gráfico 08: Distribuição da quantidade de complicações do câncer de mama	79
Gráfico 09: Desempenho pessoal das 31 mulheres no estadiamento III	85
Gráfico 10: Desempenho pessoal das 28 mulheres no estadiamento III	86
Gráfico 11: Resultados da qualidade de vida global e escalas funcionais por estadiamento	90
Gráfico 12: Resultados da qualidade de vida global e escalas funcionais por estadiamento	90
Gráfico 13: Resultados das escalas de sintomas por estadiamento	91
Gráfico 14: Resultados das escalas de sintomas por estadiamento	91

LISTA DE QUADROS

Quadro 01: Grupamento por estadios dos Tumores de Mama de acordo com o TNM: classificação de tumores malignos.....	25
Quadro 02: Palliative Performance Scale – PPS	33
Quadro 03: Correlação de Perguntas do EORTC QLQ-C30 com suas escalas.....	46

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	American Cancer Society
ANCP	Academia Nacional de Cuidados Paliativos
ANPPS	Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde
ANS	Agência Nacional de Saúde
APS	Atenção primária à saúde
BPC	Benefício de Prestação continuada da assistência social
CACON	Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
CODACE	Comitê de Datação do Ciclo Econômico
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DCNT	Doenças crônicas não transmissíveis
DIEP	Deep Inferior Epigastric Perforator (Retalho Perfurante da Artéria Epigástrica)
EB	Escore Bruto
ECOG	Escala Zubrod
ECM	Exame clínico da mama
EEAN	Escola de Enfermagem Anna Nery
EORTC	<i>European Organization for Research and Treatment of Cancer</i>
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FGTS	Fundo de garantia por tempo de serviço
GESPEn	Núcleo de Pesquisa Gestão em Saúde e Exercício Profissional da Enfermagem
HAD	Escala de avaliação do nível de ansiedade e depressão
HC III	Hospital do Câncer III
IARC	Agência Internacional de Pesquisa em Câncer
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional de Câncer
KPS	Performance Status de Karnofsky
LDM	Latissimus Dorsi Myocutaneous (Retalho do Grande Dorsal)
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde, ou WHO – World Health Organization
ONU	Organização das Nações Unidas
PASEP	Programa de formação do patrimônio do servidor público

PCATool	Instrumento de Avaliação da Atenção Primária
PIB	Produto interno bruto
PIS	Programa de integração social
PPS	Palliative Performance Scale (A Escala de Desempenho em Cuidados Paliativos)
PS	Performance Status
QV	Qualidade de Vida
QVRS	Qualidade de vida Relacionada a Saúde
SAS	Secretária de Atenção à Saúde
SCM	Síndrome de Compressão Medular
SCNS-SF34	Supportive Care Needs Survey – Short Form 34
SIM	Sistema de Informação Sobre Mortalidade
SISMAMA	Sistema de Informações do Câncer de Mama
SNC	Sistema Nervoso Central
SPSS	Programa Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRAM	Transverse Rectus Abdominis Musculocutaneous (Retalho Miocutâneo do Músculo Reto Abdominal)
UBS	Unidade básica de saúde
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UNACON	Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia

SUMÁRIO

1.	CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO	22
1.1.	Contextualização do estudo	22
1.1.1.	Objetivo geral	26
1.1.2.	Objetivos específicos	26
1.2.	Justificativa do estudo	27
1.3.	Contribuições e relevância do estudo	28
2.	CAPÍTULO II - REVISÃO DE LITERATURA.....	30
2.1.	Câncer de mama	30
2.2.	Qualidade de vida em mulheres com câncer de mama.....	33
3.	CAPÍTULO III – MÉTODOS	39
3.1.	Tipo do estudo	39
3.2.	Descrição do campo da pesquisa	39
3.3.	População e amostra do estudo.....	40
3.4.	Estratégias para produção de dados.....	43
3.5.	Método de análise dos dados	45
3.6.	Aspectos éticos	48
4.	CAPÍTULO IV – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	50
4.1.	Perfil Sociodemográfico	50
4.1.1.	Idade	50
4.1.2.	Grau de escolaridade	58
4.1.3.	Renda <i>per capita</i>	61
4.1.4.	Fontes de renda.....	62
4.1.5.	Recebe/Recebeu auxílio do governo	62
4.1.6.	Residência.....	63
4.1.7.	Cor / Raça	64
4.1.8.	Religião.....	65
4.1.9.	Estado Civil / Estado Conjugal.....	66
4.1.10.	Número de filhos	69
4.2.	Perfil Clínico-Patológico	71
4.2.1.	Dias de internação no momento da entrevista	71
4.2.2.	Tipo histológico	71
4.2.3.	Tempo de matrícula na instituição.....	71

4.2.4.	Estadiamento Inicial e Atual da doença	72
4.2.5.	Presença de metástase.....	73
4.2.6.	Tratamentos prévios realizados	75
4.2.7.	Tratamento atual realizado	76
4.2.8.	Escala <i>Performance Status</i> (PS).....	77
4.2.9.	Complicações do câncer de mama.....	78
4.3.	Principais domínios da qualidade de vida	79
4.3.1.	Status de saúde global/QoL	80
4.3.2.	Escalas funcionais.....	81
4.3.3.	Escalas sintomáticas	82
4.4.	Interferência do estadiamento do câncer na qualidade de vida	83
5.	CAPÍTULO V – DISCUSSÃO DOS DADOS	95
6.	CAPÍTULO VI – CONCLUSÃO.....	132
	REFERÊNCIAS	135
	APÊNDICE A - DECLARAÇÃO DE PRIVACIDADE E CONFIDENCIALIDADE	145
	APÊNDICE B – FORMULÁRIO DE ASPECTOS CLÍNICO-PATOLÓGICOS E SOCIODEMOGRÁFICOS	146
	APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	150
	ANEXO A – QUESTIONÁRIO EORTC QLQ-C30	154
	ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA	156

APRESENTAÇÃO

A temática oncologia me despertou interesse desde a minha graduação em enfermagem, no Centro Universitário UNA, em Belo Horizonte, concluída em 2008. Durante a graduação, por dois anos, tive a oportunidade de realizar estágio extracurricular no Hospital Felício Rocho, também localizado na cidade de BH; a maior parte do tempo na Unidade de Internação Clínica Cirúrgica onde um número significativo de pacientes era oncológico. Adquiri uma grande afinidade pela área.

Após a conclusão da graduação, fui contratada no referido hospital, onde permaneci até 2013; neste período, trabalhando, também, na Unidade de Internação Clínica Cirúrgica. Em paralelo, devido ao meu interesse em oncologia e à necessidade de me aperfeiçoar na área, realizei uma pós-graduação *Lato Sensu* em Oncologia, concluída no ano de 2011 pelo Centro Universitário UNA.

Ao final do ano de 2013, por motivos pessoais, mudei-me para a cidade do Rio de Janeiro, e diante de grandes transformações, decidi procurar oportunidade de trabalhar na área de oncologia. Trabalhei em uma clínica de quimioterapia, durante um ano, de 2014 a 2015. Nesse intervalo, fui aprovada no concurso público do Instituto Nacional de Câncer, tomando posse em agosto de 2015.

Hoje, trabalho no Hospital do Câncer III (HC III), que trata, exclusivamente, de casos de câncer de mama, no cargo de enfermeira plantonista da Unidade de Internação Clínica.

Sinto-me realizada em trabalhar nesta área, podendo contribuir para o processo de recuperação, bem-estar, e promoção do conforto das pessoas acometidas por esta doença, que interfere diretamente na qualidade de vida delas.

No entanto, considero essencial a busca contínua de aprimoramento técnico-científico. Por este motivo, ingressei no curso de mestrado acadêmico do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), no Núcleo de Pesquisa Gestão em Saúde e Exercício Profissional da Enfermagem (GESPEN), para continuar a oferecer à sociedade um trabalho cada vez melhor, aprimorado, pautado na ciência, além de humanizado.

Diante do enfoque temático, busco, contribuir para uma melhor qualidade de vida de mulheres acometidas por câncer, por considerar o impacto negativo da doença em tantas esferas inerentes às suas vidas.

CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO

1.1. Contextualização do estudo

O câncer é um problema de saúde pública de relevância mundial. Segundo pesquisas da Organização Mundial da Saúde (OMS), é esperada, nas próximas décadas, uma concentração de novos casos de câncer em países em desenvolvimento, correspondendo a 80% dos mais de 20 milhões de novos casos estimados para 2025 nesses países (BRASIL, 2015).

A magnitude do câncer e seu impacto global são preocupantes, fato evidenciado pelas estimativas da Agência Internacional de Pesquisa em Câncer (IARC) por meio do GLOBOCAN (Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide). Mundialmente, foram estimados 14,1 milhões de novos casos e oito milhões de mortes de câncer no ano de 2012. O câncer de mama destacou-se como o primeiro mais incidente entre as mulheres; e entre os cânceres em geral, é o segundo tipo mais comum, vindo depois dos cânceres de pele não melanoma.

No Brasil, os tipos de câncer mais incidentes neste mesmo ano, desconsiderando o câncer de pele não melanoma, foram, respectivamente, próstata, mama, colo de útero, pulmão e intestino. Nas mulheres, as maiores frequências encontradas foram mama, colo de útero e intestino, respectivamente (GLOBOCAN/IARC, 2012).

No ano de 2013, ocorreu no Brasil o total de 14.387 óbitos causados pelo câncer de mama, sendo 14.206 mulheres. Em geral, o câncer tem ganhado destaque dentre as causas de óbito. No ano de 2014, de acordo com o Sistema de Informação Sobre Mortalidade (SIM), foi a segunda causa de óbito na população, atrás apenas das doenças do aparelho circulatório (BRASIL, 2014).

Para o biênio 2018-2019, a estimativa de ocorrência é cerca de 60 mil casos novos de câncer de mama nas mulheres, o que corresponde a 29,5% do total de casos novos de câncer a cada ano nesta parcela da população. Apenas na região Norte do país, o câncer de mama ocupa o segundo lugar dos tumores mais frequentes nas mulheres, pois, nas demais regiões, ele ocupa o primeiro lugar, desconsiderando os tumores de pele não melanoma (BRASIL, 2018).

O aumento dos novos casos de câncer a cada ano está atrelado à sua etiologia multifatorial e às mudanças sentidas nos hábitos de vida, costumes e perfis populacionais, atrelados aos processos de industrialização e urbanização, além da globalização. De acordo com Oliveira et al. (2015), o papel que os diferentes fatores de risco desempenham na etiologia dos cânceres pode ser estabelecido como sendo de múltiplas causas, tais como fatores ambientais, culturais, socioeconômicos, estilo de vida, hereditariedade, idade avançada, dentre outros. No que se refere à demografia, por exemplo, o Brasil, nos últimos anos, vem apresentando uma redução da taxa de crescimento populacional, com consequente aumento do número de pessoas idosas.

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial que vem influenciando diretamente o aumento da incidência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Além desta transição demográfica, o país vem apresentando uma transição epidemiológica, com redução das mortes provocadas por doenças infecciosas, que foram responsáveis por cerca de metade das mortes em meados do século XX, e hoje representam menos de 10%; e aumento do número de mortes ocasionadas por DCNT, como no caso do próprio câncer (IBGE, 2013). Deve-se, ainda, considerar o avanço tecnológico observado no setor da saúde, através da melhora dos recursos diagnósticos e terapêuticos, associados à ampliação dos programas de rastreamento.

Entretanto, apesar dos avanços tecnológicos e científicos, o diagnóstico tardio do câncer ainda é uma realidade no Brasil, em especial diante das suas características, que incluem rápida progressão, agressividade e possibilidade de refratariedade às medidas de tratamento para a cura. Assim, tem-se o uso frequente dos serviços na atenção terciária, com elevadas taxas de internação hospitalar e de mortes no hospital. Dentre os registros do Sistema Único de Saúde (SUS), que abarcam as tendências das taxas de internação por DCNT, as doenças oncológicas foram a terceira causa de internação hospitalar no período de 2002 a 2012, atrás apenas das doenças cardiovasculares e respiratórias crônicas. Assim, os cânceres mantiveram uma tendência de estabilidade nas taxas de internação quando comparadas por grupos de doenças (SANTOS et al., 2015).

No que se refere às características do câncer de mama, apesar de existirem vários tipos, a maioria tem um bom prognóstico, desde que seja diagnosticado em fase inicial. Contudo, o comprometimento da qualidade de vida nesse grupo de pessoas e a elevada taxa de mortalidade estão, possivelmente, atrelados ao diagnóstico tardio, em estadiamento mais avançado da doença (SWADA et al., 2016).

Segundo a OMS, qualidade de vida relaciona-se com a percepção que o indivíduo tem de si mesmo, da sua posição na vida de acordo com o contexto cultural e sistema de valores nos quais ele vive e em relação as suas metas, expectativas e preocupações (WHO, 1997). Trata-se de uma informação de cunho subjetivo, mas que tem sido trabalhada em pesquisas de abordagens quantitativas para entendimento das relações/associações entre fatores externos e internos à pessoa e sua pior ou melhor qualidade de vida. Diante deste conceito, apreende-se que o câncer de mama é uma condição patológica que compromete a qualidade de vida das mulheres em todas as esferas das suas vidas.

A problemática do diagnóstico tardio do câncer e as dificuldades no itinerário terapêutico, percorrido pelo paciente em busca de tratamento, culminaram na Lei Federal nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, que versa a respeito do primeiro tratamento do paciente com neoplasia maligna comprovada, no âmbito do SUS. Assegurando-lhe que se inicie o tratamento no prazo máximo de 60 dias a partir do diagnóstico (BRASIL, 2012).

Ao se tratar das variáveis relacionadas à fase da doença e ao seu tratamento, estudos revelam que há impacto negativo na qualidade de vida das mulheres com câncer de mama se estiverem em estádios mais avançados, manifestando algum sintoma físico, especialmente gastrointestinais, e/ou psicossociais, ainda que em uso de tratamentos anticâncer, mesmo com objetivos paliativos (SAWADA et al., 2016).

Assim, o comprometimento da qualidade de vida de mulheres com câncer de mama relaciona-se às manifestações da própria doença e aos seus tratamentos, incluindo a quimioterapia, a radioterapia, a cirurgia e a hormonioterapia, que podem causar e/ou exacerbar efeitos colaterais e distúrbios psicossociais. A depender do tratamento implementado e da fase da doença, a mulher pode ter sua qualidade de vida afetada, por exemplo, em decorrência de dor, náuseas, vômitos, fadiga, insônia, queda de cabelo, linfedema, depressão, mutilação, presença de feridas e medo da morte (CASTRO FILHA et al., 2016). Dessa forma, para prestação do cuidado integral e humanitário são relevantes embasamentos científicos por meio de pesquisas que permitam conhecer e avaliar a qualidade de vida dessas mulheres, de modo a guiar o desenvolvimento de comportamentos saudáveis, resiliência e ajustamento à doença por parte das pessoas com câncer.

Na instituição onde se realizou a pesquisa o estadiamento do câncer de mama é realizado de acordo com os critérios de estadiamento TNM, onde T diz respeito a extensão do tumor primário, N a ausência ou presença e a extensão de metástase em linfonodos regionais, e M a ausência ou presença de metástase à distância (BRASIL,2004), conforme demonstrado no quadro 01.

Quadro 01: Grupamento por estadios dos Tumores de Mama de acordo com o TNM:
classificação de tumores malignos

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

Fonte: BRASIL (2004)

Nota: * T1 inclui 0 T1mic

De acordo com os critérios de estadiamento TNM, o câncer de mama localmente avançado inclui aqueles com grandes tumores primários de mama (>5 cm; i.e., T3) ou tumores de qualquer tamanho com envolvimento de parede torácica e/ou envolvimento da pele e/ou extenso envolvimento de linfonodos, definidos como doença N2 ou N3, sem evidências de metástase a distância. Assim, todos os pacientes com TNM estadios II B e III (A, B e C) são considerados como tendo doença localmente avançado (SIMOS et al., 2014; MANDILARAS et al., 2015).

Desse modo, considerando os casos de câncer de mama localmente avançado ou metastático, foram entrevistadas mulheres com câncer de mama localmente avançado ou com metástase a distância, o que incluiu o estacionamento IV.

Alerta-se que o comprometimento da qualidade de vida da mulher, em decorrência do histórico de câncer, acontece independente da fase da doença, incluindo os impactos variados, na fase de controle e cura da mesma. Estudos apontam, por exemplo, que a mastectomia pode gerar complicações imediatamente após a cirurgia ou mais tardiamente, incluindo limitação de movimento, linfedema e risco de infecção (CASTRO FILHA et al., 2016; SAWADA et al., 2016).

Assim, dentre os desfechos clínicos pesquisados em oncologia para direcionar as ações dos profissionais de saúde destaca-se a qualidade de vida. Para o adequado gerenciamento do cuidado de enfermagem, que inclui ações inerentes às dimensões de trabalho assistencial e administrativa do enfermeiro, é preciso conhecer o nível de qualidade de vida, associado à prática pautada na comunicação e escuta sensível, para atender as necessidades das mulheres e seus familiares de forma integral e contextualizada, e minimizar o sofrimento diante da doença crônica que ameaça a continuidade da vida.

Destaca-se que a percepção do indivíduo sobre qualidade de vida ao viver na luta contra o câncer, pode sofrer influências variadas; ao considerar o estigma sobre a doença e o medo da morte, as alterações na autoimagem provocadas por ela e por suas medidas de tratamento, além de outros impactos psicossociais, emocionais, espirituais e econômicos, que mudam a dinâmica da vida da pessoa e de sua família (CARVALHO et al., 2013). Contudo, apesar de compor elementos subjetivos de cada indivíduo, pesquisas quantitativas podem generalizar a situação sobre qualidade de vida, por exemplo, em determinada amostra representativa e facilitar o gerenciamento do cuidado de enfermagem, em especial, o planejamento da assistência de enfermagem.

Em assim sendo, apresenta-se a seguinte **hipótese**:

- O estadiamento do câncer interfere na qualidade de vida de mulheres com câncer de mama localmente avançado ou metastático.

Tem-se o seguinte **objeto de estudo**: qualidade de vida de mulheres com câncer de mama localmente avançado ou metastático hospitalizadas.

1.1.1. Objetivo geral

- Discutir a associação entre o nível de qualidade de vida e o estadiamento do câncer em mulheres com câncer de mama localmente avançado ou metastático hospitalizadas.

1.1.2. Objetivos específicos

- Caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico-patológico de mulheres com câncer de mama localmente avançado ou metastático hospitalizadas;
- Identificar os principais domínios da qualidade de vida afetados nessas mulheres;

- Avaliar o nível de qualidade de vida de mulheres com câncer de mama localmente avançado ou metastático hospitalizadas e analisar a associação com o estadiamento do câncer e suas implicações para o gerenciamento em enfermagem e saúde.

1.2. Justificativa do estudo

Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, Lei Orgânica da Saúde, o dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1990). Os governos, para enfrentar tal desafio, vêm estabelecendo diretrizes nacionais para a prevenção e controle do câncer no país.

No campo das políticas públicas, destaca-se a Portaria de nº 874/2013 do Ministério da Saúde (MS), que institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na rede de atenção à saúde das pessoas no âmbito do SUS (BRASIL, 2013). Objetiva a redução da mortalidade e da incapacidade causadas por esta doença e ainda a possibilidade de diminuir a incidência de alguns tipos de câncer, bem como contribuir para a melhoria da qualidade de vida das pessoas com câncer, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos. Assim, a presente pesquisa justifica-se pelo alinhamento com o dever de atender as necessidades de cuidado das mulheres com câncer de mama, considerando a magnitude do problema no país, e como as políticas públicas abarcam as responsabilidades do Estado e das esferas da gestão do SUS.

Além disso, destaca-se o alinhamento com a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (ANPPS), do MS, que, em sua segunda edição, contempla o câncer de mama em vários aspectos na subagenda saúde da mulher (BRASIL, 2011).

No que se refere à escolha metodológica, apreende-se que estudos apontam a relevância do uso de escalas aplicadas à prática clínica e pesquisa para avaliação do nível de qualidade de vida de pessoas acometidas por câncer, como no caso do câncer de mama, possibilitando aos profissionais de saúde otimizar o atendimento nos serviços de acordo com resultados de pesquisa concretos e baseados em evidências científicas, favorecendo a implementação de ações paliativistas, por exemplo, no decorrer das fases da doença para melhorar a qualidade de vida das mulheres (RUGNO; DE CARLO, 2016).

Assim, a magnitude do câncer de mama nas mulheres, com altas taxas de morbimortalidade, encaminha para a necessidade de investimento em pesquisas que gerem subsídios para impactar positivamente o nível de qualidade de vida, conseqüentemente, na qualidade da assistência prestada a essas mulheres, bem como na contínua força política para a manutenção do compromisso do Estado na garantia à saúde, com recursos para ajudar as mulheres no enfrentamento dos impactos de ordem física, psicológica, econômica e social causados pelo câncer de mama.

1.3. Contribuições e relevância do estudo

É de grande relevância social discutir sobre a qualidade de vida das mulheres com câncer de mama, de modo a avaliar o impacto que a própria doença e seus tratamentos causam em suas vidas. As mulheres e seus familiares, no contexto da doença oncológica, que ameaça a continuidade da vida, encontram-se fragilizados e sensíveis pelo grau de acometimento da doença, indicando a necessidade de implementação de ações para ajudá-los no enfrentamento e ajustamentos para melhorar e manter a qualidade de vida.

Estudos que avaliam a qualidade de vida geram informações capazes de guiar o planejamento da assistência, em especial para o enfermeiro, responsável pelo gerenciamento do cuidado de enfermagem. Desse modo, espera-se que, com o atendimento dos objetivos desta pesquisa, seja possível ao enfermeiro, e demais profissionais de saúde, evidenciar necessidades e novos enfoques/estratégias para atendimento destas, de forma contextualizada, humanitária e pautada em evidências científicas.

Além da contribuição para a assistência, este estudo trará contribuições para a pesquisa e para o ensino, por compreender preenchimento de parte da lacuna de conhecimento sobre o tema, investigando determinados grupos de pessoas, cujos resultados indicam necessidade de novas pesquisas. No contexto acadêmico, as contribuições englobam o ensino em nível de graduação e de pós-graduação, e a participação no Núcleo de Pesquisa Gestão em Saúde e Exercício Profissional da Enfermagem poderá fomentar as discussões sobre o gerenciamento do cuidado de enfermagem, dentre os aspectos inerentes às políticas públicas e prioridades de pesquisa, por exemplo, bem como a assistência, que é alimentada pela pesquisa a partir dos membros que integram este núcleo, uma vez que poderão estar inseridos nos cenários de prática e poderão assumir o compromisso social de qualificar a sua assistência.

Por meio do plano de disseminação, com participações em eventos científicos e publicação em periódicos científicos, intenta-se ampliar as possibilidades de contribuição desta pesquisa para outros grupos ou núcleos de pesquisa e cenários de prática.

CAPÍTULO II - REVISÃO DE LITERATURA

2.1. Câncer de mama

O Programa Nacional de Controle de Câncer de Mama define o câncer de mama como um conjunto heterogêneo de doenças com comportamentos distintos. As células cancerígenas de mama crescem e se multiplicam sem parar, formando o tumor. A heterogeneidade deste câncer pode ser observada pelas diferentes manifestações clínicas e morfológicas, distintas assinaturas genéticas e consequentes diferenças nas respostas terapêuticas. O câncer de mama geralmente se inicia nos ductos ou lobos da mama (BRASIL, 2010).

O MS, a partir da percepção da necessidade de definir estratégias a serem priorizadas para o controle do câncer em nível nacional, criou o documento de consenso do Controle do Câncer de Mama, o qual apresenta as recomendações para a prevenção, detecção precoce, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos. Além de apontar possíveis estratégias que devem ser utilizadas para a sua implementação no SUS, as quais foram elaboradas em conjunto com o Instituto Nacional de Câncer (INCA) e a área técnica da saúde da mulher, com apoio da Sociedade Brasileira de Mastologia, pesquisadores e gestores. O consenso enfatiza ações para o rastreamento populacional para o câncer de mama, visto que, em um número relevante dos casos, o câncer de mama pode ser detectado em fases iniciais, justificando a necessidade de discutir ações eficazes e oportunas no intuito de minimizar os danos causados pela doença, pois, de acordo com a literatura, o rastreamento favorece a detecção e o tratamento precoce, que irão interferir diretamente no prognóstico e na sobrevivência dessas mulheres (BRASIL, 2004).

Ao realizarem uma revisão integrativa sobre câncer de mama no período de 2002 a 2013, cujo objetivo era identificar as políticas públicas de rastreamento e diagnóstico precoce para o câncer de mama, Ohl et al. (2016) perceberam que existe uma dificuldade na adesão das mulheres brasileiras pelas práticas preventivas, apesar de existir uma política pública para o rastreamento e detecção precoce do câncer de mama no Brasil, indicando que os programas de rastreamento não estão atingindo o que é preconizado. Concluindo que o segmento das recomendações dos órgãos de referência para o rastreamento do câncer de mama no país é deficitário.

Rosa et al. (2016) realizaram um estudo a partir da análise de dados secundários, obtidos nos bancos de dados oficiais do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde/Sistema de Informações do Câncer de Mama (DATASUS/ SISMAMA) e de informações coletadas no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) entre 2009 e 2012, cujo objetivo era analisar as taxas de incidência de lesão neoplásica maligna por forma de detecção, e a distribuição proporcional das mamografias em mulheres de 40 a 69 anos do Estado de Santa Catarina e do Brasil. Em relação às formas de detecção do câncer de mama, destacou-se o aumento progressivo e contínuo do diagnóstico por imagem, tanto no Brasil como em Santa Catarina, nesse período. Entretanto, em 2012, no Brasil, a maior detecção ocorreu por meio da palpação, enquanto em Santa Catarina ocorreu por imagem. Concluindo que o rastreamento está abaixo do recomendado, e que realizar maiores distribuições proporcionais de mamografias permitirá um maior número de diagnósticos de lesões neoplásicas malignas.

Dessa forma, muitos são os casos de diagnóstico na fase avançada da doença, o que retrata falhas na cobertura da população para rastreamento, diagnóstico precoce e início do tratamento. A porta de entrada da pessoa no SUS deve acontecer no campo da atenção primária, ou seja, por meio de programas como a Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo um importante promotor da equidade em saúde no país. Assim, as ações desenvolvidas na atenção primária à saúde (APS) têm papel fundamental na prevenção e diagnóstico precoce do câncer de mama. Desse modo, torna-se possível o diagnóstico do câncer de mama em estádios iniciais, aumentando as chances de cura, com impacto na diminuição da mortalidade.

Em Mossoró/RN, foi realizado um estudo com 33 médicos e 47 enfermeiros que trabalham na ESF para se investigar o conhecimento, atitude e práticas com relação à detecção precoce do câncer de mama. Encontraram como pontos dificultadores a insuficiência de profissionais de saúde habilitados e o desconhecimento da população sobre o tema. Tendo como conclusão a necessidade de qualificação dos profissionais, de aumentar a oferta de exames mamográficos, bem como, de promover a educação da população sobre o assunto. (JÁCOME et al., 2011).

Nesse contexto, o município de Serra/ES tem como proposta de organização da rede de atenção à saúde, assumindo a atenção primária como porta de entrada preferencial por meio das unidades básicas de saúde (UBS) e a ESF. Ao realizar uma pesquisa no referido município com 205 profissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde), que trabalhavam na equipe de saúde da família, através do

questionário denominado de Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool), avaliaram a opinião dos profissionais sobre a qualidade da ESF, através dos atributos da atenção primária. Constatou-se que acessibilidade foi avaliada negativamente, já as dimensões melhores avaliadas foram a orientação familiar e longitudinalidade. O estudo conclui que os profissionais percebem a atenção ofertada de maneira positiva, contribuindo para o fortalecimento e humanização da atenção básica (LIMA et al., 2016).

O câncer de mama atinge uma grande parcela da população feminina, justificando a necessidade de a população ter conhecimento sobre os fatores de riscos e proteção para esse tipo de câncer.

As modalidades terapêuticas disponíveis para o tratamento do câncer de mama são loco-regional (cirurgia e radioterapia) e sistêmica (quimioterapia e hormonioterapia). Podendo ser associadas duas ou mais abordagens terapêuticas. As cirurgias se dividem em conservadoras, englobando a setorectomia, a tumorectomia alargada e a quadrantectomia, tendo ou não abordagem axilar; e as cirurgias não conservadoras, ou seja, as mastectomias (BRASIL, 2004). As cirurgias mais agressivas e mutilantes aumentam a incidência de complicações decorrentes do tratamento oncológico e os impactos na qualidade de vida, mesmo no período pós-tratamento.

Dentre os objetivos dos tratamentos destacam-se o curativo e o paliativo. Os profissionais de saúde, ao assistirem pacientes em cuidados paliativos, devem valorizar a história natural da doença, a história pessoal de vida e seus aspectos fisiológicos, emocionais e culturais diante desse processo de adoecer. Realizando o cuidado individualizado, partindo do princípio que boa palição de sintomas requer adequada avaliação do paciente. “A avaliação funcional em cuidados paliativos é fundamental para a vigilância da curva evolutiva da doença e se constitui em elemento valioso na tomada de decisões, previsão de prognóstico e diagnóstico da terminalidade” (ANCP, 2012, p. 33). Dentre as várias escalas existentes para avaliação funcional, uma muito utilizada em cuidados paliativos em oncologia é a escala Karnofsky. Uma escala muito utilizada para pacientes internados, ambulatoriais e visitas domiciliares é a Palliative Performance Scale (PPS), a qual foi criada com base na escala Karnofsky, e está representada no quadro 03 (ANCP, 2012).

Essa escala é um dos instrumentos utilizados pelos profissionais de saúde para acompanhar a evolução clínica dos pacientes, permitindo, assim, definir as melhores condutas em busca de uma melhor qualidade de vida para os mesmos.

Quadro 02: Palliative Performance Scale – PPS

	Deambulação	Atividade e evidência da doença	Autocuidado	Ingesta	Nível da Consciência
PPS 100%	Completa	Atividade normal e trabalho; sem evidência de doença	Completo	Normal	Completa
PPS 90%	Completa	Atividade normal e trabalho; alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completa
PPS 80%	Completa	Atividade normal com esforço; alguma evidência de doença	Completo	Normal ou reduzida	Completa
PPS 70%	Reduzida	Incapaz para o trabalho; doença significativa	Completo	Normal ou reduzida	Completa
PPS 60%	Reduzida	Incapaz para hobbies/trabalho doméstico; doença significativa	Assistência ocasional	Normal ou reduzida	Completa ou períodos de confusão
PPS 50%	Maior parte de tempo sentado ou deitado	Incapacitado para qualquer trabalho; doença extensa	Assistência considerável	Normal ou reduzida	Completa ou períodos de confusão
PPS 40%	Maior parte do tempo acamado	Incapaz para a maioria das atividades; doença extensa	Assistência quase completa	Normal ou reduzida	Completa ou sonolência +/- confusão
PPS 30%	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade; doença extensa	Dependência completa	Normal ou reduzida	Completa ou sonolência +/- confusão
PPS 20%	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade; doença extensa	Dependência completa	Mínima a pequenos goles	Completa ou sonolência +/- confusão
PPS 10%	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade; doença extensa	Dependência completa	Cuidados com a boca	Sonolento ou coma, +/- confusão
PPS 0%	Morte	-	-	-	-

Translation by Maria Goretti, Sales Maciel and Ricardo Tavares de Carvalho, São Paulo, Brasil. Palliative Performance Scale (PPSv2).

© Victoria Hospice Society, 2009.

2.2. Qualidade de vida em mulheres com câncer de mama

Atualmente, com o avanço na terapêutica oncológica, vem ocorrendo um aumento na expectativa de vida das mulheres com câncer de mama e uma preocupação em relação à sua qualidade de vida. Entretanto, no Brasil, ainda são insuficientes as ações governamentais que

visem o controle da doença, o que é evidenciado por alta incidência e mortalidade, com número de casos crescentes a cada ano. Ações eficazes e oportunas devem ser discutidas no intuito de minimizar os danos causados pela doença. O rastreamento favorece a detecção e o tratamento precoce, que interferem diretamente no prognóstico e na sobrevivência dessas mulheres, conseqüentemente na qualidade de vida.

Os indicadores de qualidade de vida servem de parâmetro para nortear as estratégias de tratamento e promoção da saúde dessas pacientes pela equipe multidisciplinar.

A qualidade de vida pode ser avaliada de forma qualitativa ou quantitativa. Uma das estratégias para se avaliar a qualidade de vida quantitativamente é através do uso de escalas; para tanto, existe uma grande variedade de instrumentos (questionários). O ideal é que esses instrumentos sejam traduzidos para o idioma local, levando em conta adaptações relacionadas à cultura da população, e posteriormente sendo validados para o uso naquele país. Apesar da escassez de questionários validados para pacientes em cuidados paliativos, atualmente existem medições de qualidade de vida de pacientes oncológicos durante as várias fases de sua doença. Na área da saúde a mesma tem uma relação com a quantidade de sintomas que o paciente apresenta, a sua funcionalidade e o bem-estar emocional.

No estudo em que realizaram uma revisão integrativa de literatura científica sobre os instrumentos de avaliação de qualidade de vida de pacientes em cuidados paliativos, considerando publicações nacionais e internacionais, identificou-se que existem instrumentos de avaliação já desenvolvidos e validados às diferentes culturas. Porém, no Brasil, foi observada carência de instrumentos validados para avaliar a qualidade de vida de pacientes em cuidados paliativos (CORREIA; DE CARLO, 2012).

Matos e Pulschen (2015) ao avaliarem a qualidade de vida de 29 pacientes internados em uma unidade de cuidados paliativos de um hospital em Brasília/DF, utilizando o questionário QLQ-C15-PAL da *European Organization for Research and Treatment of Cancer*, concluíram que avaliar a qualidade de vida é um constructo de aferição difícil, pois pode sofrer a influência de diversas variáveis clínicas; e os resultados dos escores funcionais mostraram que os pacientes conseguem ter funcionalidade emocional relativamente preservada, já os escores sintomáticos representam pontos de atenção no cuidado.

Na América Latina, um estudo realizado na Colômbia em 2010 com 58 mulheres que tiveram tratamento no hospital “Oncólogos del Occidente S.A”, aplicando uma pesquisa que avaliou saúde física, psicológica, relações sociais e vida sexual, verificou que mais da metade das mulheres em tratamento para o câncer de mama encontrava-se na categoria de boa qualidade de vida com resultados significativos ($p < 0,001$) (KELSO et al., 2013).

Corroborando com a pesquisa supracitada, na Malásia, um estudo de coorte prospectivo, de um ano, com 221 mulheres avaliadas no momento do diagnóstico, seis e 12 meses após o diagnóstico, utilizando a escala de avaliação do nível de ansiedade e depressão (HAD), EORTC-QLQ-C30 e Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido, observou-se pouca alteração nos padrões de qualidade de vida das mulheres com câncer de mama, o que se relaciona diretamente a baixos níveis de depressão e ansiedade e suporte social melhorado e ainda, às questões espirituais das mulheres da Malásia. Cumpre destacar que foram incluídas mulheres em todos os estadiamentos clínicos, porém apenas 3,6% encontravam-se no estadiamento IV (NG et al., 2015).

O câncer de mama pode influenciar de maneira negativa a qualidade de vida das mulheres, fato que foi evidenciado em outro estudo também realizado na Malásia, por Edib et al. (2016), em um hospital com 117 mulheres com câncer de mama utilizando os questionários Supportive Care Needs Survey – Short Form (SCNS-SF34) e o EORTC QLQ C-30, onde foi observado que dentre as necessidades não atendidas, as maiores deficiências encontradas foram no âmbito do domínio psicológico, influenciando negativamente a qualidade de vida dessas pacientes.

Estudos realizados nos Emirados dos Árabes Unidos e na China mostram que alguns fatores são os predisponentes para uma piora da qualidade de vida das mulheres com câncer de mama, dentre eles encontra-se o tratamento quimioterápico. Este altera os domínios físicos e psicológicos tendendo a uma piora da qualidade de vida (RAHOU et al., 2016; YAN et al., 2016).

Na Califórnia, realizaram uma análise retrospectiva com 1682 mulheres com câncer de mama metastático submetidas à quimioterapia e evidenciaram que os efeitos adversos influenciam na sequência do tratamento. Os eventos adversos mais prevalentes foram respectivamente: hematológicos, infecções/febre e gastrointestinais. Apesar de não terem mensurado a qualidade de vida dessas pacientes, considera-se que esses eventos adversos do tratamento quimioterápico influenciaram na qualidade de vida das mesmas (RASHID et al., 2015). Em complemento, Puetzler et al. (2014) ao pesquisarem, na Alemanha, 52 mulheres com câncer de mama metastático, que eram submetidas à quimioterapia paliativa, ambulatorialmente, utilizando o instrumento EORTC QLQ-C30 e o módulo de mama QLQ-BR23, verificaram que 82,7% dessas mulheres apresentavam dores oncológicas, sendo que aquelas que sofriam dor moderada ou severa apresentaram qualidade de vida significativamente inferior em relação às demais pacientes.

Adicionalmente, em uma pesquisa realizada no Japão com 48 mulheres com câncer de mama, os autores afirmam que os eventos adversos da quimioterapia reduzem significativamente o nível de qualidade de vida, sobretudo nos aspectos físicos e psicológicos (TACHI et al., 2015).

Em relação aos tratamentos cirúrgicos, que muitas das vezes são mutilantes, alguns estudos evidenciam que os mesmos podem alterar a qualidade de vida das mulheres. Arêdes et al. (2015) realizaram, em Bauru/SP, uma pesquisa com 26 mulheres submetidas à cirurgia, que responderam dois questionários referentes às informações sobre o câncer de mama e qualidade de vida. Ao pesquisarem o nível de informação desse grupo de pacientes sobre o câncer de mama, verificaram que o nível de informação das mastectomizadas mostrou-se satisfatório em relação aos exames para o diagnóstico, assim como sua periodicidade, entretanto o estudo demonstrou que, em relação aos fatores de proteção, o escore evidenciou nível de informação regular. Já em relação à qualidade de vida inferiram que a maioria das mulheres sofreu impacto de maneira negativa nos aspectos físicos, emocionais e sexuais.

Avaliar a qualidade de vida dos pacientes, após a amputação parcial ou total da mama, é necessário, pois pode causar impacto significativo na sua qualidade de vida. Simeão et al. (2013) avaliaram a qualidade de vida de 50 mulheres com câncer de mama, que frequentavam as reuniões de apoio “Amigas do Peito”, em Bauru/SP, que haviam realizado intervenção cirúrgica e completaram o tratamento radioterápico ou quimioterápico há pelo menos um ano, utilizando o questionário SF-36 da OMS. Comparou mulheres mastectomizadas que fizeram reconstrução mamária com aquelas que não fizeram, além daquelas submetidas à quadrantectomia que não necessitavam da reconstrução com aquelas que não fizeram a reconstrução. Os resultados apontaram que:

As mulheres que realizaram a cirurgia de quadrantectomia e não necessitaram de reconstrução são as que possuem os melhores escores médios em todos os domínios e, portanto, têm melhor qualidade de vida, seguido do grupo de mastectomizadas que fizeram reconstrução. O grupo das mastectomizadas que não fizeram a reconstrução tem um nível muito baixo de qualidade de vida, seguido pelo grupo das mulheres que realizaram a quadrantectomia e também não fizeram a reconstrução (p. 779).

Em complemento, um estudo realizado na China com 207 mulheres submetidas às técnicas cirúrgicas do tipo LDM (com ou sem implante), TRAM e DIEP, foi identificado que não houve alteração dos níveis de satisfação dos resultados das cirurgias de acordo com os tipos de reconstrução (YANG et al., 2015).

A paciente pode apresentar linfedema, que ocorre principalmente em mulheres que tiveram linfonodos afetados retirados como parte da cirurgia de câncer de mama. Ao avaliar a qualidade de vida de 20 mulheres com linfedema pós-mastectomia por câncer de mama, utilizando a Escala de Qualidade de Vida de Flanagan e Escala Visual Analógica, em um serviço de reabilitação de mastectomizadas no interior do estado de São Paulo, constataram que o linfedema interfere na qualidade de vida dessas mulheres e que os profissionais de saúde, em especial os da enfermagem, devem realizar intervenções precoces estando atentos para orientar e atuar na prevenção e controle do linfedema (PANOBIANCO et al., 2014).

Por outro lado, a atividade física exerce uma influência importante na qualidade de vida de pacientes com câncer de mama, uma vez que tanto o câncer quanto o seu tratamento podem conduzir a alterações da sua autoimagem, perda funcional, alterações psíquicas, emocionais e sociais.

Castro Filha et al. (2016) realizaram um estudo comparativo, no Maranhão, com 24 mulheres, com diagnóstico de câncer de mama que estivessem em acompanhamento médico convencional, de no mínimo seis meses de pós-cirúrgico, com tratamento coadjuvante, não praticantes de exercícios físicos regulares e com perfil psicológico depressivo. Esse estudo propiciou comparar dois grupos de mulheres com câncer de mama, pós-cirurgia submetidas a exercícios físicos e outro grupo que não praticava nenhum tipo de atividade física. Os resultados mostraram os efeitos positivos do grupo que realizava atividades físicas, evidenciado nos aspectos físicos e sociais, bem como nos aspectos psicológicos.

Canário et al. (2016) corroboram com Castro Filha et al. (2016) quando referem que mulheres com níveis mais altos de atividade física apresentam menos fadiga e escores mais elevados de qualidade de vida.

A literatura internacional evidenciou resultados que ratificam os estudos nacionais mencionados anteriormente. Travier et al. (2015) promoveram um estudo em sete hospitais nos Países Baixos, com um total de 204 mulheres recém diagnosticadas para câncer de mama, submetidas ao tratamento convencional. Sendo divididas igualmente em dois grupos, um que realizava atividade física e outro não. Perceberam que a realização de exercícios físicos oferecidos na prática diária, e começando durante o tratamento adjuvante é viável e seguro. Os resultados mostram que o grupo que participou do programa de atividade física apresentou significativa redução de fadiga física e ansiedade, em relação ao grupo que não participou. Sendo assim, percebe-se que a terapia com atividade física melhora a qualidade de vida de mulheres com câncer de mama, propiciando uma melhor sociabilidade e afetividade para si e para com os demais.

É importante que se avalie, comparativamente, a qualidade de vida de pacientes atendidos em serviços privados e públicos de saúde, visto que o acesso às informações e aos serviços de saúde são diferenciados. O estadiamento clínico no diagnóstico da doença irá interferir na escolha do tratamento adequado ao paciente. Quando diagnosticado em estadiamento avançado, o tratamento é mais agressivo, podendo causar um impacto maior na qualidade de vida dessa paciente. É necessário que os profissionais avaliem essas diferenças para prestar o cuidado individualizado, direcionado para a demanda da paciente, e de maneira holística, influenciando na qualidade de vida.

Garcia et al. (2015) realizaram estudo com 64 mulheres que apresentavam neoplasia mamária e foram submetidas ao tratamento quimioterápico, sendo 32 atendidas na unidade de onco-hematologia de um hospital público de ensino, e as demais na unidade de quimioterapia de uma clínica privada, cujo objetivo era investigar os possíveis impactos que a doença e o tratamento antineoplásico causam na sua qualidade de vida. Foi realizada a coleta de dados em três períodos distintos do tratamento: até 24 horas antes do início do tratamento quimioterápico; aproximadamente 45 dias após o início da quimioterapia, e a última fase, aproximadamente 90 dias após o início da primeira quimioterapia. Os instrumentos utilizados foram os questionários Quality of Life Questionnaire C30 e Breast Cancer Module BR23. Neste estudo concluíram que a qualidade de vida foi comprometida em ambas as instituições, mas em domínios diferentes, no convênio público foram: função física, dor, imagem corporal, efeitos sistêmicos e perspectivas futuras. E já no convênio privado foram: função sexual, social e imagem corporal.

CAPÍTULO III – MÉTODOS

Neste capítulo serão, apresentadas as etapas metodológicas do estudo; a saber: tipo do estudo, descrição do campo da pesquisa, população e amostra do estudo, estratégias para a produção dos dados, como se procedeu a análise destes e os aspectos éticos da pesquisa.

3.1. Tipo do estudo

Trata-se de um estudo observacional, transversal e descritivo sobre a qualidade de vida de mulheres com câncer de mama localmente avançado ou metastático hospitalizadas.

Segundo Medronho (2008, p.193) “estudo transversal é uma estratégia de estudo epidemiológico que se caracteriza pela observação direta de determinada quantidade planejada de indivíduos em uma única oportunidade”. Desse modo, todas as medições foram realizadas através da aplicação de formulário e questionário em um único momento.

3.2. Descrição do campo da pesquisa

Os dados desta pesquisa foram coletados em um hospital de representação singular do MS. O mesmo é uma unidade integrante da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), sendo um Centro de Referência de Alta Complexidade em Oncologia, em conformidade com a Portaria nº 140 de 2014 (BRASIL, 2014). Este centro de referência está localizado no município do Rio de Janeiro/RJ, Brasil, e oferece tratamentos especializados de alta complexidade e densidade tecnológica em oncologia de todos os tipos de câncer, para pacientes do SUS. Direciona sua atuação multidisciplinar ao desenvolvimento e coordenação de ações integradas para a prevenção e o controle do câncer no país.

O hospital possui cinco unidades, todas localizadas no município do Rio de Janeiro/RJ, as quais estão estruturadas conforme as especialidades, sendo quatro direcionadas para o diagnóstico e tratamento do câncer e uma direcionada aos cuidados paliativos.

O estudo foi realizado na unidade hospitalar especializada no tratamento e controle do câncer de mama, sendo esta uma referência no país. A coleta de dados foi realizada na Unidade de Internação Clínica onde constam 26 leitos distribuídos em sete enfermarias. A assistência prestada ao paciente é realizada por uma equipe multiprofissional composta por

médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos e assistentes sociais. O serviço também conta com profissionais de apoio, exercendo funções administrativas e de suporte para: transporte de pacientes, áreas de recepção, limpeza, manutenção, dentre outros.

O referido hospital também dispõe de serviço de pronto atendimento, salas operatórias para a realização de procedimentos cirúrgicos de pequena, média e alta complexidade; sala de recuperação pós-operatório; ambulatórios; serviço de quimioterapia; radioterapia; laboratório clínico e histopatológico.

3.3. População e amostra do estudo

A população do estudo foi composta por mulheres com câncer de mama localmente avançado ou metastático, hospitalizadas na Unidade de Internação Clínica.

Critérios de Inclusão:

- Mulheres maiores de 18 anos, com diagnóstico de câncer de mama localmente avançado ou metastático.

Critérios de Exclusão:

- Mulheres que apresentavam quadro de confusão mental e comprometimento cognitivo afetando a capacidade de leitura e compreensão; ou com qualquer outro fator limitante, como no caso da dor, após três tentativas de abordagem no período de coleta de dados.
- Mulheres que não estavam com o prontuário médico, no momento da entrevista, ou que realizaram o tratamento inicial fora da instituição de coleta de dados, o que impossibilitou a obtenção das informações sobre o tratamento prévio.
- Mulheres cujo tumor primário não foi localizado na mama.

Com a finalidade de avaliar se houve diferença estatisticamente significativa entre as médias das escalas de performance de cada fase de estadiamento atual das mulheres, propõe-se a realização de uma análise de variância simples (One way Anova), que é capaz de avaliar

as médias de vários grupos de observações classificados através de um só fator (fases de estadiamento).

Assim, uma análise de poder adequada com base em evidências anteriores oferece orientação quanto ao tamanho do efeito, para fins de cálculo da amostra. Para operacionalizar, foi obtido, junto à equipe de informática da instituição, o número de pacientes hospitalizadas na unidade de internação clínica no segundo semestre do ano de 2016, o que totalizou 383 pacientes. Porém, não foi possível saber dos 383 pacientes quantos atenderiam aos critérios de inclusão da pesquisa, de forma a delimitar o tamanho da amostra nesse período.

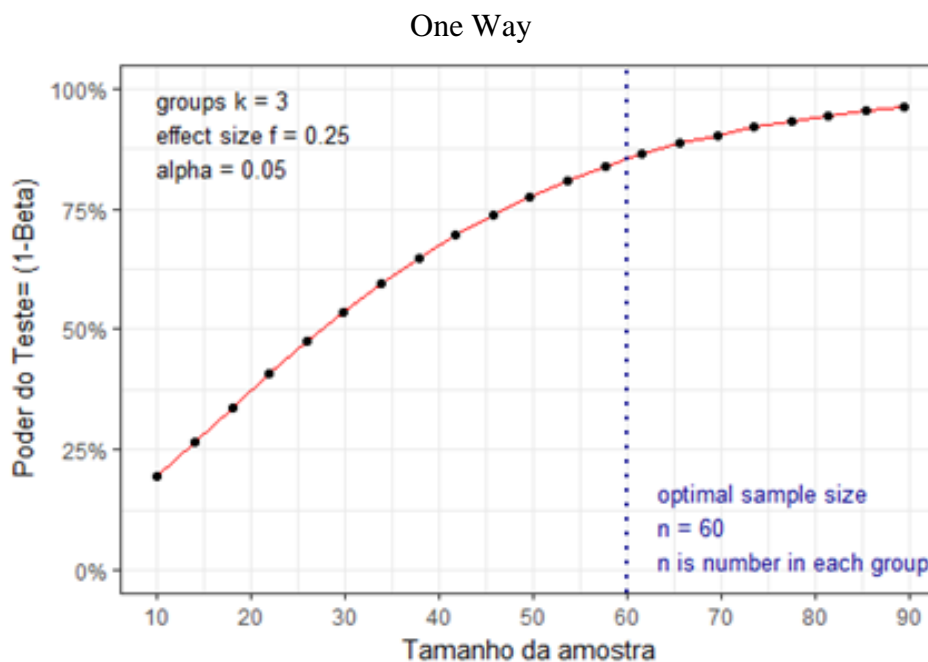
De maneira “conservadora”, tomou-se nota deste valor que é capaz de sugerir a quantidade total de pacientes que poderia ser avaliada após o emprego dos critérios de inclusão e de exclusão da pesquisa, uma vez que para utilizar o teste Anova precisa-se apenas de uma estimativa aproximada do tamanho da amostra necessária.

O cálculo amostral foi realizado considerando-se que a amostra coletada seria composta por um número balanceado de elementos em cada grupo (fase de estadiamento), apesar de a desigualdade de tamanhos da amostra não ser um problema quanto aos cálculos que envolvem o teste Anova. De acordo com Champely (2017), não existe uma boa regra do ponto em que os tamanhos de amostra desiguais tornam a heterogeneidade de variância um problema.

Para calcular um número razoável de elementos e para que seja possível a realização do teste Anova, utilizou-se um pacote chamado “PWR” (Power analysis functions along the lines of Cohen). Este é um pacote que contém funções para cálculos básicos para calcular o poder do teste e o cálculo amostral de muitos testes como teste t, testes F, testes Qui-quadrado, testes Z e alguns testes exatos.

Para realizar o cálculo amostral deste estudo, foram fixadas quatro variáveis: o número de grupos, ou seja, três (cada fase de estadiamento atual II, III ou IV); o nível de significância ($\alpha=0.05$), que é a probabilidade de rejeitar a hipótese nula dada que ela é verdadeira; o índice do tamanho do efeito fixado como $f=0,25$, que segundo Cohen (1988) corresponde a um tamanho de efeito médio, ou seja, o desvio padrão da média das k populações é quatro vezes menor que o do desvio padrão das observações dentro das populações, o que corresponde a definição operacional de um tamanho de efeito médio; e o poder do teste, que se utilizou $\beta=0,85$ (que indica a probabilidade de rejeitar a hipótese nula dado que ela realmente é falsa). A seguir, pode-se conferir a variação do poder do teste em relação ao tamanho da amostra no Gráfico 01:

Gráfico 01: Balanço do cálculo amostral e poder do teste para Análise de Variância Anova

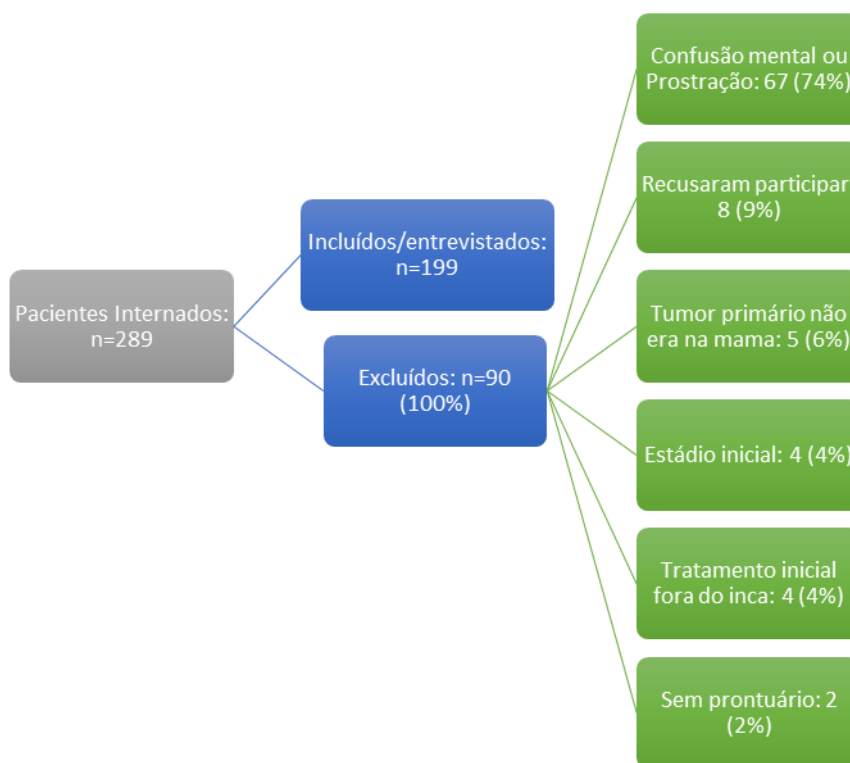


Desse modo, seguindo as etapas supracitadas para cálculo do tamanho da amostra do estudo, o valor encontrado para o número de observações em cada grupo foi de 60 elementos, o que corresponde a um total de 180 pacientes a serem entrevistadas.

A coleta de dados foi realizada por quatro meses, entre 10 de março e 10 de julho de 2017. Neste período internaram na unidade de internação clínica 289 pacientes. Após o emprego dos critérios de inclusão e exclusão, 199 mulheres foram entrevistadas, correspondendo a 69% do total de pacientes hospitalizadas. Assim, a amostra do presente estudo foi composta por 199 pacientes, o que corresponde a um número maior do que o calculado para se obter significância estatística.

Das 90 pacientes que não participaram da pesquisa, devido aos critérios de exclusão do estudo, observa-se que 74% apresentaram quadro de confusão mental ou prostração, 9% recusaram-se a participar da pesquisa, 6% o tumor primário não estava localizado na mama, 4% a doença estava em estadio inicial, 4% realizaram o tratamento inicial fora do INCA, não sabendo informar sobre os tratamentos prévios realizados, e 2% não estavam com o prontuário no momento da internação. Assim, as exclusões podem ser observadas na figura 01.

Figura 01: Pacientes excluídas de acordo com os critérios exclusão da pesquisa



3.4. Estratégias para produção de dados

Com intuito de obter dados para a caracterização do perfil clínico-patológico das mulheres com câncer de mama localmente avançado ou metastático hospitalizadas, foram coletadas as informações, nos prontuários físicos, presentes na unidade de internação clínica; em sequência, foram consultados os prontuários eletrônicos disponibilizados na Intranet. A partir de então, foi possível verificar quais pacientes eram elegíveis para participar da pesquisa.

É válido ressaltar que a Intranet é um sistema de informação em saúde, utilizado em todas as unidades da referida instituição. A mesma unifica dados clínicos e administrativos dos pacientes.

Importante mencionar que, para obtenção de acesso aos prontuários físicos e eletrônicos, fez-se necessário a autorização do hospital através da declaração de privacidade e confidencialidade, a qual foi obtida pela pesquisadora e encontra-se disponível no Apêndice A.

Sobre o critério de exclusão relacionado a um possível fator limitante, destaca-se que esta informação foi obtida em consulta aos enfermeiros de plantão, no momento da coleta de dados.

Foram aplicados dois instrumentos para a produção de dados: o formulário para caracterização dos aspectos clínico-patológico e sociodemográfico (Apêndice B); e o questionário *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 30* (EORTC QLQ-C30), versão 3.0 (Anexo A).

Segundo Marconi e Lakatos (2011), o formulário é um instrumento de coleta de dados que consiste na obtenção de informações diretamente do entrevistado, se caracterizando pelo contato face a face entre pesquisador e informante, sendo o mesmo preenchido pelo entrevistador no momento da entrevista.

O questionário EORTC QLQ-C30 foi produzido pela EORTC, originalmente na língua inglesa, sendo realizada a tradução para o português do Brasil pela própria instituição. Sua obtenção, em sítio eletrônico da EORTC, é gratuita considerando o uso para fins acadêmicos.

Este questionário contém 30 perguntas, sendo multidimensional, com o objetivo de avaliar a qualidade de vida. É dividido em três dimensões: escala funcional (dividida em funcionamento físico, desempenho pessoal, emocional, cognitivo e social), escala de sintomas (nomeados fadiga, náuseas e vômitos, dor, dispnéia, insônia, perda de apetite, constipação, diarreia e dificuldade financeira) e qualidade de vida geral. As respostas são apresentadas em forma de escala Likert para as escalas funcional e de sintomas: 1 – não, 2 – pouco, 3 – moderadamente e 4 – muito. Já a escala de qualidade de vida geral é avaliada de 1-7, em que 1 é péssima e 7 é ótima qualidade de vida.

As pontuações do questionário foram calculadas de acordo com as regras estabelecidas pelo manual da EORTC, com intervalo de 0-100, onde escores baixos indicam pior qualidade de vida e escores mais elevados sugerem melhor qualidade de vida para a escala funcional e de qualidade de vida geral. Já para a escala de sintomas, maiores escores indicam maior sintomatologia, conseqüentemente, pior qualidade de vida.

Em pesquisa de revisão integrativa da literatura nos contextos brasileiro e espanhol, Swada et al. (2016) evidenciaram que o EORTC QLQ-C30 é o instrumento de qualidade de vida relacionado à saúde mais utilizado nas pesquisas.

Michels et al. (2013) realizaram estudo no Hospital do Câncer AC Camargo com 100 mulheres diagnosticadas com câncer de mama utilizando os questionários EORTC QLQ-C30 e EORTC BR-23, e concluíram que estes questionários apresentaram bons índices de

validade, reprodutibilidade e compreensão, podendo ser empregado para a avaliação da qualidade de vida de mulheres brasileiras com câncer de mama. Deste modo, conclui-se que o questionário EORTC QLQ-C30, em sua versão em português, foi validado para utilização no Brasil.

Cabe ressaltar que a abordagem das mulheres foi realizada em conveniência com as mesmas e com a rotina do setor, de modo a evitar horários em que aconteciam banhos, alimentação, exames, curativos e visitas, por exemplo.

Sobre o local para a realização das entrevistas, no caso das mulheres que desejaram maior privacidade e tinham condições clínicas para deambular, as entrevistas foram realizadas em uma sala independente, privativa e livre de ruídos. Nos outros casos, as entrevistas foram realizadas nas enfermarias. Importante ressaltar que foi respeitada a vontade da mulher no que diz respeito à presença ou ausência do seu acompanhante no momento da entrevista.

3.5. Método de análise dos dados

Primeiramente, para a análise dos dados coletados através do formulário de aspectos clínico-patológico e sociodemográficos foi realizada a análise univariada utilizando cálculo de estatística descritiva como média, mediana, quartis e desvio padrão, além da análise bivariada e multivariada com técnicas de análise exploratória dos dados com tabelas de frequência, gráficos de barra e *boxplots*.

Os dados resultantes das entrevistas foram codificados e analisados com o auxílio do Programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 24, e com o RStudio 1.0.153. O RStudio foi utilizado para o teste de comparações múltiplas com Kruskal-Wallis com a função *Kruskal* do pacote *Agricolae*. Também foi utilizado o teste Qui-Quadrado para avaliar a mudança de estado civil, após o diagnóstico da doença, como também para avaliar a influência do nível de escolaridade das mulheres que se encontram com o estadiamento IV atual, comparando com o seu estadiamento inicial.

É importante ressaltar que o teste de Kruskal-Wallis foi utilizado como uma alternativa não paramétrica, uma vez que foi constatado que os dados não se apresentavam de acordo com o padrão de distribuição normal, o que impossibilitava a utilização do teste Anova (utilizado quando a suposição de normalidade for atendida).

A análise das pontuações do questionário EORTC QLQ-C30 foi realizada de acordo com as recomendações contidas no manual da EORTC. Destaca-se que o manual indica que a

análise do escore do questionário aconteça via software SAS University Edition. Trata-se de um sistema integrado de aplicações para análise de dados, podendo ser obtido gratuitamente na Internet.

Para cada escala do EORTC QLQ-C30, há um conjunto de perguntas correlacionadas, conforme pode ser observado no Quadro 3.

Quadro 03: Correlação de Perguntas do EORTC QLQ-C30 com suas escalas

ESCALAS (versão 3.0)	Nº das Perguntas
Estado de Saúde Global / QV	
Estado de saúde global/QV (revisado) †	29, 30
Escala Funcional	
Funcionamento Físico (revisado) †	1 a 5
Desempenho Pessoal (revisado) †	6, 7
Funcionamento Emocional	21 a 24
Funcionamento Cognitivo	20, 25
Funcionamento Social	26, 27
Escala de Sintomas / Itens	
Fadiga	10, 12, 18
Náusea e Vômito	14, 15
Dor	9, 19
Dispneia	8
Insônia	11
Perda de Appetite	13
Constipação	16
Diarreia	17
Dificuldades Financeiras	28

FONTE: Adaptado do EORTC QLQ-C30 Scoring Manual (2001).

NOTA: Escalas † (revisado) são aquelas que foram alteradas desde a versão 1.0.

Para análise do questionário EORTC QLQ-C30, foi estabelecido um escore bruto (EB) para cada escala, formado pela somatória do valor das alternativas apontadas em cada questão/item que compõe a escala e dividido pelo número de respostas. Os valores das alternativas variam de um a quatro para as perguntas 1 a 28, e de um a sete para as perguntas 29 e 30 (FAYERS et al., 2001). Assim tem-se que:

$$EB = \frac{q1 + q2 + q3 \dots + qn}{n}$$

Onde:

EB = escore bruto

q_1, q_2, q_3, q_n = valor das respostas das questões 1, 2, 3 até 'n'.

n = número de questões

Os itens do EORTC QLQ-C30 foram subdivididos em três escalas: estado global de saúde, escala funcional e escala de sintomas. O cálculo dessas três escalas passou pela transformação linear dos escores brutos de cada item, no qual cada escore assumiu valor entre 0 e 100, seguindo os seguintes passos:

Para cálculo da escala global de saúde / QV

$$Escore = \left\{ \frac{EB - 1}{variação} \right\} \times 100$$

Para cálculo das escalas funcionais

$$Escore = \left\{ 1 - \frac{EB - 1}{variação} \right\} \times 100$$

Para cálculo das escalas / itens de sintomas

$$Escore = \left\{ 1 - \frac{EB - 1}{variação} \right\} \times 100$$

Onde:

EB = escore bruto

Variação é a diferença entre a possibilidade máxima e a mínima de resposta de cada item. A maioria das questões possibilita respostas entre 1 e 4, desta forma sua variação corresponde a 3.

Na análise dos resultados obtidos através da aplicação do questionário EORTC QLQ-C30, foram identificados os principais domínios de qualidade de vida afetados através de tabelas de estatística descritiva, gráficos de barras e *boxplots*. Para efetuar a comparação das três populações que compunham cada fase de estadiamento (II, III e IV), foi proposta a realização de testes de hipóteses para mais de duas populações, nos quais valores de $p < 0,05$ (nível de significância estabelecido) foram considerados como significativos.

Para a verificação da pré-suposição de normalidade dos dados que possibilitariam a utilização de testes paramétricos, foi realizado o teste de Shapiro-Wilk, além da análise gráfica por histogramas. Porém, a hipótese de normalidade foi rejeitada ao avaliar todas as

escalas do questionário. Assim, para tal comparação, optou-se pela abordagem não paramétrica, pois foi conferido que os dados não atendiam tal exigência.

Para avaliar a hipótese de que há interferência do estadiamento do câncer na qualidade de vida dessas mulheres, foi realizado o teste de Kruskal-Wallis. Com a finalidade de saber quais dessas populações apresentavam funções de distribuições diferentes, utilizou-se uma extensão deste teste, chamado de teste de comparações múltiplas com Kruskal-Wallis.

3.6. Aspectos éticos

Para a apreciação ética, o projeto de pesquisa foi submetido na Plataforma Brasil, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN/HESFA), CAAE 63765417.5.0000.5238, parecer nº 1.930.696, como instituição proponente, também sendo apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva - INCA CAAE 63765417.5.3001.5274, parecer nº 1.951.238, como instituição coparticipante (Anexo B).

Em todas as etapas da pesquisa foram consideradas as exigências da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, a qual estabelece as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Foram observados os princípios éticos tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros. Esses princípios éticos visam assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado, conforme versa esta Resolução (BRASIL, 2012).

As participantes do estudo foram individualmente contatadas, sendo apresentados os objetivos do estudo e as questões éticas que envolvem a pesquisa com seres humanos, como o anonimato e o caráter voluntário da participação.

Com a aceitação da participante, foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – Apêndice C) em duas vias, no qual foi explicitado o consentimento livre e esclarecido de forma escrita, em que continha todas as informações necessárias, em linguagem clara e objetiva, de fácil entendimento, para o mais completo esclarecimento sobre a pesquisa a qual a paciente se propunha a participar. Foi solicitada a leitura e posterior assinatura em caso de concordância com os termos expostos, sendo que uma via ficou com a pesquisadora e a outra com a participante. Deixando claro que a participante poderia retirar seu consentimento a qualquer momento sem qualquer prejuízo. As folhas do TCLE que não

continham assinaturas foram rubricadas pela pesquisadora e pelas participantes. Na sequência, foi realizada a entrevista com a paciente.

Toda pesquisa realizada com seres humanos confere riscos aos mesmos em graus variados. Esta pesquisa conferiu risco mínimo, pois pôde ocasionar incômodo à participante nas dimensões psíquica, moral, cultural e espiritual durante as respostas da entrevista ao abordar dados sociodemográficos, clínico-patológicos e aspectos sobre qualidade de vida, permitindo uma autorreflexão sobre os mesmos. A fim de minimizar tais riscos, a entrevista pôde ser interrompida a qualquer momento, e foi realizada na hora em que a mulher concordou, na presença ou ausência do seu acompanhante, de acordo com sua própria vontade. Como estratégia, caso algum incômodo ocorresse de forma prejudicial a sua saúde, o serviço de psicologia seria acionado e solicitado atendimento, contudo este procedimento não foi necessário.

É válido ressaltar que, para garantir a confidencialidade desta pesquisa os questionários, juntamente com os TCLE preenchidos, ficaram sob a posse exclusiva da pesquisadora responsável pela coleta de dados.

O benefício da pesquisa é oportunizar, no futuro, que os resultados alcançados possibilitem os enfermeiros e outros profissionais da saúde a atuarem em prol da melhoria da qualidade de vida de mulheres acometidas por câncer de mama localmente avançado ou metastático hospitalizadas.

Os resultados serão divulgados por meio de participação em eventos científicos e publicação de artigos em periódicos científicos.

CAPÍTULO IV – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados os resultados das entrevistas realizadas com 199 mulheres com câncer de mama localmente avançado ou metastático hospitalizadas. Será apresentado a caracterização da amostra de acordo com o perfil sociodemográfico (idade, local de residência, raça, estado civil, grau de escolaridade, religião, número de filhos, fonte de renda, renda *per capita*, e se recebe/recebeu auxílio do governo) e clínico-patológico (tempo de matrícula na instituição, dias de internação no momento da entrevista, o tipo histológico, o estadiamento da doença no diagnóstico, se tem presença de metástase, a escala *performance status*, os tratamentos prévios e atuais realizados, e as complicações do câncer de mama), os principais domínios da qualidade de vida afetados nessa população, e, por fim, a interferência do estadiamento do câncer na qualidade de vida dessas mulheres.

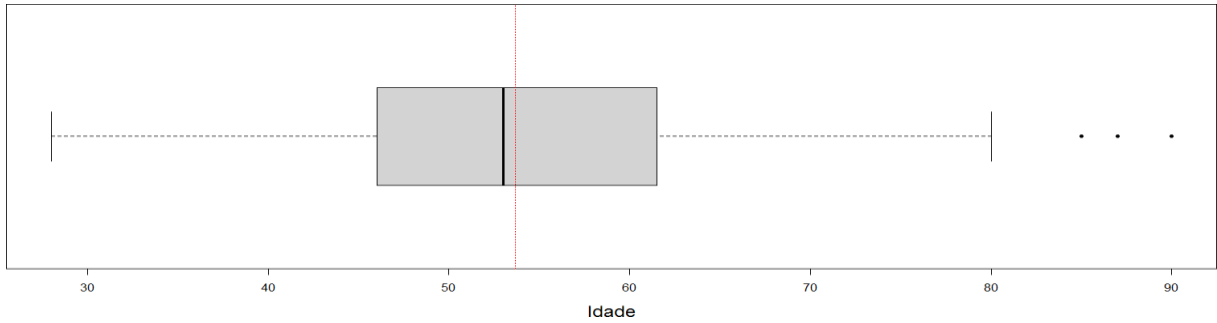
4.1. Perfil Sociodemográfico

4.1.1. Idade

Ao analisar o sumário com as estatísticas descritivas referentes às idades das mulheres que compuseram a amostra, a idade mínima foi de 28 anos e a máxima de 90 anos, conforme tabela 01. Através do *boxplot*, percebe-se que a média (linha pontilhada) e a mediana (linha ao centro da caixa do *boxplot*) das idades são parecidas e apresentam moderado desvio padrão de 11,99. Além disso, nota-se que pelo menos 75% (3º quartil) das mulheres apresentam idades inferiores a 61,5 anos, e algumas mulheres apresentam idades acima de 80 anos (87, 85 e 90), sendo assim consideradas *outliers* (por estarem muito distantes da idade das demais mulheres).

Tabela 01: Sumário com estatísticas descritivas referentes às idades.

	Min.	1º Qu.	Mediana	Média	Desv. Pad.	3º Qu.	Max.
Idade	28,00	46,00	53,00	53,68	11,99	61,50	90,00

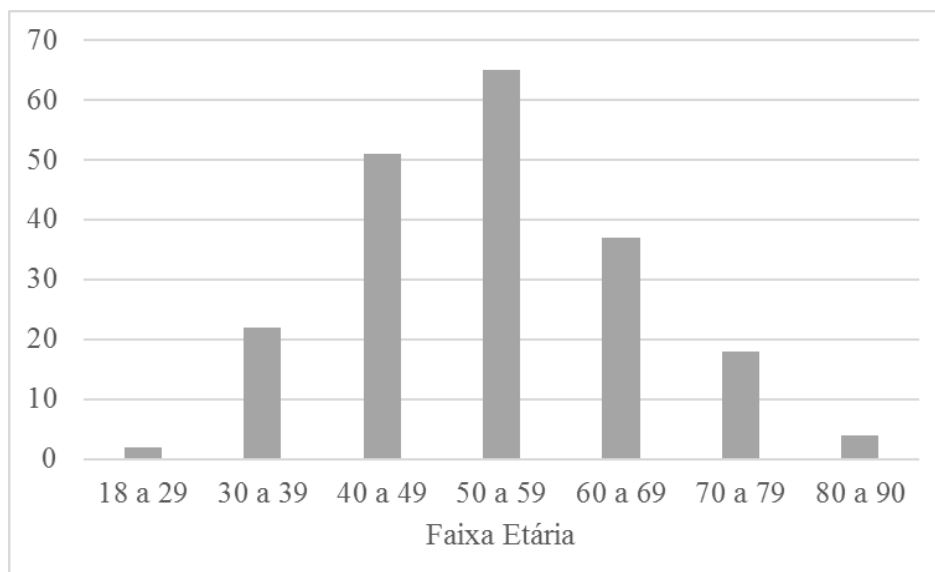
Figura 02: *Boxplot* da distribuição das idades

Ao analisar as idades de acordo com a divisão de faixa etária, nota-se que o maior número de mulheres da amostra compreende a faixa etária entre 40 e 69 anos, correspondendo a 76,88% (25,63% + 32,66% + 18,59%) do total de mulheres entrevistadas.

Tabela 02: Distribuição das idades por faixa etária

Faixa Etária	Freq	%
18 a 29	2	1,01
30 a 39	22	11,05
40 a 49	51	25,63
50 a 59	65	32,66
60 a 69	37	18,59
70 a 79	18	9,05
80 a 90	4	2,01

Gráfico 02: Distribuição das idades por faixa etária



Em seguida, foi realizada a divisão das faixas de idade, de acordo com a fase de estadiamento da doença dessas mulheres.

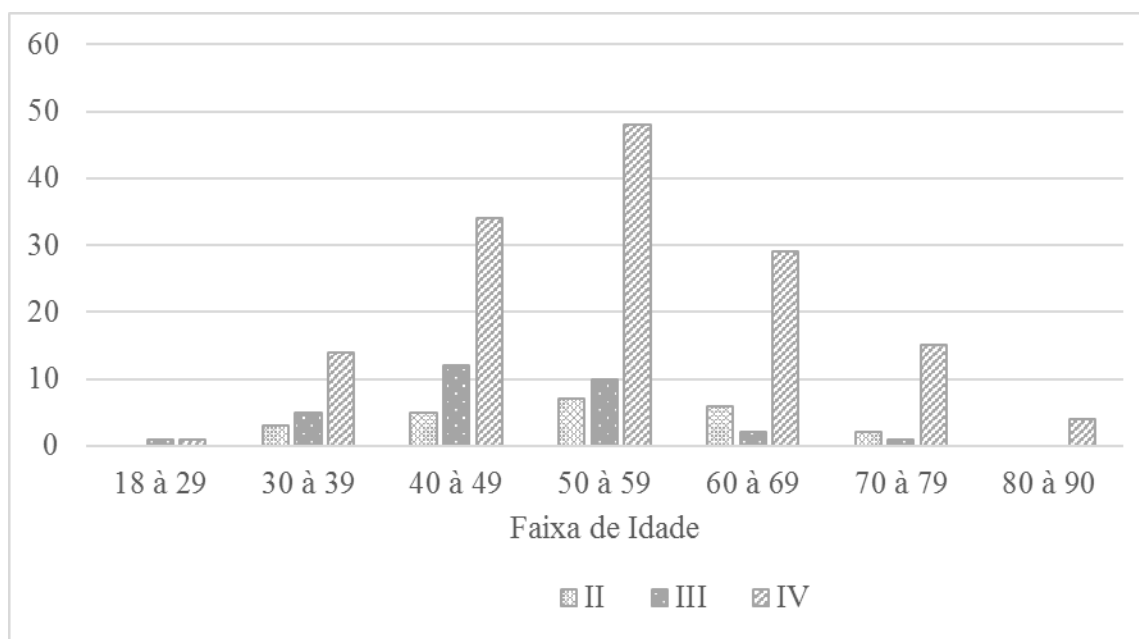
Verifica-se que há um elevado número de mulheres com idade entre 40 e 69 anos sendo comum dentre as três fases de estadiamento. Pode-se notar, também, maior número de mulheres (145) na fase IV de estadiamento, correspondendo à 72,86% da amostra. Dessas 145 mulheres que estão no estadiamento IV, 48 delas, o que corresponde a quase 1/3 desse grupo, tem idade entre 50 e 59 anos.

No estadiamento II e IV a faixa etária de maior incidência foi dos 50 à 59 anos respectivamente 30,43% e 33,10%. Já no estadiamento III foi dos 40 à 49 anos, correspondendo a 38,71% das mulheres que se encontram nesse estadiamento.

Tabela 03: Distribuição das idades por faixa etária e por fase de estadiamento atual

Faixa Etária	Fase do estadiamento atual					
	II		III		IV	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%
18 a 29	0	0,00	1	3,23	1	0,69
30 a 39	3	13,04	5	16,13	14	9,66
40 a 49	5	21,74	12	38,71	34	23,45
50 a 59	7	30,43	10	32,26	48	33,10
60 a 69	6	26,09	2	6,45	29	20,00
70 a 79	2	8,70	1	3,23	15	10,34
80 a 90	0	0,00	0	0,00	4	2,76
Total	23	100,00	31	100,00	145	100,00

Gráfico 03: Distribuição das idades por faixa etária e por fase de estadiamento atual



Na faixa etária dos 18 aos 39 anos de idade foi observado que a ocorrência 12% (24 mulheres) do total de 199 mulheres entrevistadas. A maioria, ou seja, 22 mulheres têm de 30 a 39 anos e apenas duas tem de 18 a 29 anos de idade.

Em relação ao estadiamento atual dessas mulheres, foi observado que três mulheres estão no estadiamento II, seis mulheres no estadiamento III e 15 mulheres no estadiamento IV. Dessas 22 mulheres que se encontram na faixa etária de 30 a 39 anos, 63,64% encontram-se no estadiamento IV.

Tabela 04: Faixa Etária (18 a 39 anos) x Estadiamento Atual

Faixa Etária	Fase do estadiamento atual						Total	
	II		III		IV		Freq	%
18 a 29	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%
18 a 29	0	0,00	1	50,00	1	50,00	2	100,00
30 a 39	3	13,64	5	22,73	14	63,64	22	100,00
Total	3	12,50	6	25,00	15	62,50	24	100,00

Ao realizar uma análise mais detalhada desse grupo de 24 mulheres em relação ao estadiamento inicial observa-se que sete mulheres foram diagnosticadas no estadiamento II, destas, 57,14% encontram-se atualmente no estadiamento IV; 15 mulheres foram diagnosticadas no estadiamento III, e destas 60% encontram-se no estadiamento IV; e duas

mulheres foram diagnosticadas no estadiamento IV, sendo observado que nenhuma mulher nessa faixa etária foi diagnosticada com o estadiamento inicial 0 ou I.

Conclui-se que o estadiamento inicial mais incidente foi o III (15 mulheres), enquanto o estadiamento atual mais incidente é o IV (15 mulheres).

Tabela 05: Estadiamento Inicial e Estadiamento Atual de mulheres na faixa etária de 18 a 39 anos

Est. Inicial	Fase do estadiamento atual							
	II		III		IV		Total	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%
0	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
I	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
II	3	42,86	0	0,00	4	57,14	7	100,00
III	0	0,00	6	40,00	9	60,00	15	100,00
IV	0	0,00	0	0,00	2	100,00	2	100,00
Total	3	12,50	6	25,00	15	62,50	24	100,00

Ao analisar o tempo de matrícula na instituição das mulheres com idade inferior a 40 anos, observou-se que a maioria (14 mulheres) está há menos de um ano matriculada na instituição, e apenas quatro mulheres têm mais de cinco anos de matrícula.

Um fato de grande relevância que deve ser analisado é o estadiamento inicial dessas mulheres, observa-se que essas quatro mulheres que estão matriculadas na instituição, há mais de cinco anos, descobriram a doença no estadiamento III (3) e II (1). Observa-se, também, que a maioria das mulheres que está matriculada na instituição, há menos de um ano, descobriu a doença no estadiamento III (9), seguida do estadiamento II (3). Porém, é válido destacar que apenas no grupo das mulheres matriculadas na instituição, há menos de um ano, tem o diagnóstico inicial IV.

Tabela 06: Tempo de matrícula x Estadiamento Inicial para mulheres com idade inferior a 40

Tempo de Matrícula	anos							
	Fase do Estadiamento Inicial						Total	
	II		III		IV			
	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%
Menos de 1 ano	3	21,43	9	64,29	2	14,29	14	100,00
De 1 a 5 anos	3	50,00	3	50,00	0	0,00	6	100,00
Mais de 5 anos	1	25,00	3	75,00	0	0,00	4	100,00
Total	7	29,17	15	62,50	2	8,33	24	100,00

Da análise mais aprofundada dos dois grupos com extremos de idade, considerando a faixa etária alvo das políticas públicas e possíveis dificuldades de acesso aos serviços, ou seja, mulheres idosas e muito idosas e mulheres com idade inferior a 40 anos, observa-se que as mulheres que possuem menos tempo de matrícula descobriram a doença com o estadiamento mais avançado.

Considerando que 81,36% das mulheres acima de 60 anos encontram-se, atualmente, na fase IV de estadiamento, com destaque de que todas as mulheres com idade acima de 80 anos (80, 85, 87 e 90) encontram-se, atualmente, nesta fase, realizou-se uma análise mais aprofundada das mulheres idosas e muito idosas a partir da apresentação deste dado incluindo a variável tempo de matrícula na instituição.

Tabela 07: Faixa etária (60 a 90 anos) x estadiamento atual

Faixa Etária	Fase do estadiamento atual							
	II		III		IV		Total	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%
60 a 69	6	16,22	2	5,41	29	78,38	37	100,00
70 a 79	2	11,11	1	5,56	15	83,33	18	100,00
80 a 90	0	0,00	0	0,00	4	100,00	4	100,00
Total	8	13,56	3	5,08	48	81,36	59	100,00

Tabela 08: Tempo de Matrícula x Estadiamento Atual para mulheres com idade acima de 60

Tempo de Matrícula	anos							
	Fase do estadiamento atual							
	II		III		IV		Total	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%
Menos de 1 ano	4	26,67	1	6,67	10	66,67	15	100,00
De 1 a 5 anos	3	14,29	1	4,76	17	80,95	21	100,00
Mais de 5 anos	1	4,35	1	4,35	21	91,30	23	100,00
Total	8	13,56	3	5,08	48	81,36	59	100,00

Observa-se que 23 mulheres possuem mais de cinco anos de matrícula na instituição (sendo que 91,30% estão no estadiamento IV da doença), e apenas 15 mulheres têm menos de um ano de matrícula (sendo que dessas 66,67% estão no estadiamento IV da doença).

Quando se analisa o tempo de matrícula dessas mulheres, de acordo com a fase atual do estadiamento, observa-se que, das oito mulheres que se encontram no estadiamento II, apenas uma tem mais de cinco anos de matrícula na instituição. No estadiamento III, observa-se uma manutenção uniforme da distribuição, já no estadiamento IV, das 48 mulheres, 23 têm mais de cinco anos de matrícula na instituição.

Ao analisar o estadiamento inicial e atual dessas mulheres idosas e muito idosas, observa-se que o estadiamento inicial mais incidente foi o III (26 mulheres), seguido do II (23 mulheres). Já o estadiamento atual mais incidente foi o IV (48 mulheres), o que corresponde a 81% do total da amostra de 59 mulheres que têm de 60 a 90 anos de idade.

A tabela 09 permite observar a mudança das fases de estadiamento de acordo com a evolução da doença. As duas mulheres que se encontravam no estadiamento 0 encontram-se atualmente no IV. Das cinco mulheres que estavam no estadiamento I, quatro encontram-se no atual IV. Das 23 que estavam no estadiamento II, 16 já evoluíram para IV, fato que também foi observado no estadiamento III, em que 23 das 26 mulheres evoluíram para o estadiamento IV. A maioria das mulheres idosas e muito idosas se matriculou na instituição com o estadiamento inicial III (26) e II (23).

Já na tabela 10 observamos que das 23 mulheres que possuem mais de 5 anos de matrícula na instituição o estadiamento inicial mais comum foi o II (13) e das 15 mulheres que possuem menos de 1 ano de matrícula o estadiamento inicial mais comum foi III (9).

Tabela 09: Estadiamento Inicial x Estadiamento Atual das mulheres com idade acima de 60 anos

Est. Inicial	Fase do estadiamento atual							
	II		III		IV		Total	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%
0	0	0,00	0	0,00	2	100,00	2	100,00
I	1	20,00	0	0,00	4	80,00	5	100,00
II	7	30,43	0	0,00	16	69,57	23	100,00
III	0	0,00	3	11,54	23	88,46	26	100,00
IV	0	0,00	0	0,00	3	100,00	3	100,00
Total	8	13,56	3	5,08	48	81,36	59	100,00

Tabela 10: Tempo de matrícula x Estadiamento Inicial para mulheres com idade acima de 60 anos

Tempo de Matrícula	Fase do Estadiamento Inicial											
	0		I		II		III		IV		Total	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%
Menos de 1 ano	0	0,00	1	6,67	3	20,00	9	60,00	2	13,33	15	100,00
De 1 a 5 anos	0	0,00	1	4,76	7	33,33	12	57,14	1	4,76	21	100,00
Mais de 5 anos	2	8,70	3	13,04	13	56,52	5	21,74	0	0,00	23	100,00
Total	2	3,39	5	8,47	23	38,98	26	44,07	3	5,08	59	100,00

Das quatro mulheres muito idosas (80, 85, 87 e 90 anos), a partir da análise do estadiamento inicial e atual e do tempo de matrícula na instituição, observa-se que duas mulheres foram diagnosticadas em estadiamento inicial II e as outras duas em estadiamento inicial III. Atualmente, o estadiamento atual dessas quatro mulheres é IV. Outro dado de grande relevância é o tempo de matrícula dessas mulheres na instituição, nele foi verificado que 50% das mulheres foram diagnósticas a menos de 1 ano, e que em ambas o estadiamento inicial foi o III. As demais foram diagnosticadas há mais de 5 anos, no estadiamento inicial II.

Tabela 11: Estadiamento Inicial x Estadiamento Atual para mulheres com idade acima de 80 anos

Est. Inicial	Fase do estadiamento atual							
	II		III		IV		Total	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%
0	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
I	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
II	0	0,00	0	0,00	2	50,00	2	50,00
III	0	0,00	0	0,00	2	50,00	2	50,00
IV	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Total	0	0,00	0	0,00	4	100,00	4	100,00

Tabela 12: Tempo de matrícula x Estadiamento Inicial para mulheres com idade acima de 80 anos

Tempo de Matrícula	Fase do Estadiamento Inicial							
	II		III		IV		Total	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%
Menos de 1 ano	0	0,00	2	50,00	0	0,00	2	50,00
De 1 a 5 anos	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Mais de 5 anos	2	50,00	0	0,00	0	0,00	2	50,00
Total	2	50,00	2	50,00	0	0,00	4	100,00

4.1.2. Grau de escolaridade

Em relação ao grau de escolaridade, verifica-se que grande parte das mulheres que compõe a amostra possui apenas o 1º grau incompleto, correspondendo a quase metade da amostra (40,2%), seguida das mulheres que possuem o 2º grau completo (29,65%). Estes dois graus de escolaridade representam a grande maioria da amostra (quase 70%). Pode-se notar, também, que existem mais analfabetos do que pós-graduados na amostra.

Tabela 13: Distribuição de acordo com o grau de escolaridade

Grau de escolaridade	Freq.	%
Analfabeto	6	3,02
1º grau incompleto	80	40,20
1º grau completo	19	9,55
2º grau incompleto	10	5,03
2º grau completo	59	29,65
3º grau incompleto	10	5,03
3º grau completo	13	6,53
Pós-graduação	2	1,01

Ao considerar a distribuição do grau de escolaridade, de acordo com as fases de estadiamento atual da doença, observa-se que para as fases de estadiamento II e IV a escolaridade mais incidente foi o 1º grau incompleto, correspondendo, respectivamente, a nove e 62 mulheres. Já para a fase de estadiamento III a escolaridade mais incidente foi o 2º grau completo (11 mulheres). Observa-se ainda que as duas mulheres entrevistadas com pós-graduação se encontram na fase de estadiamento IV.

Tabela 14: Distribuição do grau de escolaridade para cada fase de estadiamento

Grau de escolaridade:	Fase do estadiamento atual						Total
	II		III		IV		
	Freq	%	Freq	%	Freq	%	
Analfabeto	0	0,00	1	16,67	5	83,33	6
1º grau incompleto	9	11,25	9	11,25	62	77,50	80
1º grau completo	4	21,05	3	15,79	12	63,16	19
2º grau incompleto	1	10,00	5	50,00	4	40,00	10
2º grau completo	5	8,47	11	18,64	43	72,88	59
3º grau incompleto	2	20,00	0	0,00	8	80,00	10
3º grau completo	2	15,38	2	15,38	9	69,23	13
Pós-graduação	0	0,00	0	0,00	2	100,00	2
Total	23	11,56	31	15,58	145	72,86	199

As 145 mulheres que se encontram no estadiamento IV foram divididas em dois grupos, sendo um com as que apresentam pouca escolaridade, compreendendo das analfabetas àquelas que possuem o 1º grau completo (79 mulheres), e outro grupo de muita escolaridade, que inclui as mulheres que possuem do 2º grau incompleto à pós-graduação (66 mulheres).

Para uma melhor análise dos dados, foi apresentado o tempo de matrícula na instituição das mulheres em estadiamento IV que compuseram esses dois grupos, sendo

verificado que a maior grupo de mulheres, composto por 60 mulheres (41,38%), tem de um a cinco anos de matrícula na instituição, e o menor grupo, com 34 mulheres (23,45 %), tem menos de um ano de matrícula.

Tabela 15: Tempo de matrícula na instituição de mulheres em estadiamento IV

Grau de escolaridade Estadiamento IV	Tempo de Matrícula							
	Menos de 1 ano		De 1 a 5 anos		Mais de 5 anos		Total	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%
Pouca Escolaridade	21	26,58	27	34,18	31	39,24	79	100,00
Muita Escolaridade	13	19,70	33	50,00	20	30,30	66	100,00
Total	34	23,45	60	41,38	51	35,17	145	100,00

Das 79 mulheres, que possuem pouca escolaridade, 39,24 % estão matriculadas na instituição, há mais de cinco anos; e das mulheres com muita escolaridade 50% estão matriculadas na instituição de um a cinco anos.

Quando se analisa o estadiamento inicial dessas mulheres, de acordo com a escolaridade, observa-se que das 79 mulheres com pouca escolaridade 47 descobriram a doença já no estadiamento inicial III, seguidas de 19 mulheres que foram diagnosticadas no estadiamento II. Este resultado foi parecido com o que foi encontrado no grupo das mulheres com muita escolaridade, 33 descobriram no estadiamento III e 18 no II.

Tabela 16: Estadiamento inicial de acordo com o nível de escolaridade das mulheres no estadiamento atual IV

Grau de escolaridade Estadiamento IV	Fase do Estadiamento Inicial											
	0		I		II		III		IV		Total	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%
Pouca escolaridade	1	1,27	2	2,53	19	24,05	47	59,49	10	12,66	79	100,00
Muita escolaridade	1	1,52	3	4,55	18	27,27	33	50,00	11	16,67	66	100,00
Total	2	1,38	5	3,45	37	25,52	80	55,17	21	14,48	145	100,00

Para fazer a avaliação dessa associação, foi realizado o teste Qui-Quadrado, com um nível de significância de $\alpha=0,05$, utilizado para testar a afirmação H_0 de que diferentes populações têm a mesma proporção de indivíduos com alguma característica. Considere as hipóteses:

- H_0 : As populações de quem mudou do estadiamento inicial para estadiamento final IV em relação ao nível de escolaridade têm a mesma proporção de indivíduos;
- H_1 : As populações de quem mudou do estadiamento inicial para estadiamento final IV em relação ao nível de escolaridade não têm a mesma proporção de indivíduos

O valor computado foi: $p = 0,8139$. Como o valor p é maior do que $\alpha = 0,05$, não existem evidências para rejeitar a hipótese nula. Assim, não se pode afirmar que o fato da mulher ter um grau maior de escolaridade ajuda no diagnóstico da doença em um estadiamento mais inicial em relação às mulheres com pouca escolaridade.

4.1.3. Renda *per capita*

Para uma melhor caracterização da renda dessas mulheres, computou-se a renda *per capita*, e, em seguida, os dados foram agrupados pelos respectivos números de salários mínimos, considerando o valor vigente no período da coleta de dados do salário mínimo de R\$937,00. Observa-se que a maioria das mulheres que compõe esta amostra vive com até dois salários mínimos (90,96%).

Tabela 17: Distribuição por renda per capita

Número de salários mínimos	Freq.	%
Menos de 1	91	45,73
De 1 a 2	90	45,23
Mais de 2	18	9,05

Ao analisar o comportamento dos dados, quando considerada a fase de estadiamento atual da doença, nota-se que a quantidade de mulheres que vive com até dois salários mínimos ($91 + 90 = 181$) é maior do que as que vivem com mais de dois salários mínimos (18), independentemente da fase de estadiamento que se encontram.

Das 23 mulheres que se encontram no estadiamento II, 60,87% recebem de um a dois salários mínimos, fato que também foi observado no estadiamento IV, nesse o maior número de mulheres neste estadiamento (47,59%) recebe de um a dois salários mínimos. Já no estadiamento III, 67,74% recebem menos de um salário mínimo.

Tabela 18: Distribuição da renda *per capita* de acordo com a fase de estadiamento

Faixa de Renda	Fase do estadiamento atual							
	II		III		IV		Total	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%
Menos de 1 salário	6	26,09	21	67,74	64	44,14	91	45,73
De 1 a 2 salários	14	60,87	7	22,58	69	47,59	90	45,23
Mais de 2 salários	3	13,04	3	9,68	12	8,28	18	9,05
Total	23	100,00	31	100,00	145	100,00	199	100,00

4.1.4. Fontes de renda

Foi verificada a fonte de renda das mulheres, no momento da entrevista; é válido ressaltar que a opção vínculo empregatício inclui mulheres que, no momento, estão trabalhando no setor privado ou no setor público. A opção sem renda inclui mulheres que declararam ser do lar ou estavam desempregadas no momento da entrevista.

Nota-se que a amostra é composta por elevado número de mulheres que usufruem de auxílio doença/Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social (BPC) ou aposentadoria (27,64% + 28,64% = 56,28%). Em contrapartida, nota-se que quase 1/4 da amostra encontra-se sem renda, representando assim, elevado número de mulheres.

Tabela 19: Distribuição da amostra por fonte de renda

Fonte de renda	Frequência	%
Auxílio doença / BPC	55	27,64
Aposentado	57	28,64
Pensionista	19	9,55
Vínculo empregatício	16	8,04
Autônoma	9	4,52
Sem renda	43	21,61

4.1.5. Recebe/Recebeu auxílio do governo

Verificou-se que a maioria das pacientes (52,76%) recebe ou recebeu, em algum momento, após o diagnóstico da doença, algum benefício ou auxílio financeiro pago pelo governo devido à doença, tais como: auxílio doença/BPC, aposentadoria por invalidez, saque

do fundo de garantia por tempo de serviço (FGTS), saque do programa de integração social (PIS) e programa de formação do patrimônio do servidor público (PASEP).

Tabela 20: Distribuição das pacientes que recebe/recebeu auxílio do governo

Recebe/Recebeu auxílio do governo	Freq.	%
Sim	105	52,76
Não	94	47,24

4.1.6. Residência

As cidades de residências das mulheres entrevistadas foram agrupadas de acordo com a divisão político-administrativa, segundo as Regiões de Governo, municípios, distritos e regiões administrativas do estado do Rio de Janeiro, sendo elas divididas em:

- Região Metropolitana;
- Região Noroeste Fluminense;
- Região Norte Fluminense;
- Região Centro-Sul Fluminense;
- Região Serrana;
- Região das Baixadas Litorâneas;
- Região do Médio Paraíba;
- Região da Costa Verde.

Observou-se que nenhuma mulher reside em outro estado do país, a grande maioria das mulheres (91,96%) reside na região metropolitana do estado do Rio de Janeiro. Das 183 mulheres que residem na região metropolitana, verificou-se que a maioria vive na cidade do Rio de Janeiro (50,82%), representando mais do que a metade das mulheres que vivem nesta região, conforme pode ser visualizado nas tabelas 21 e 22 e no gráfico 04 que seguem abaixo.

Tabela 21: Distribuição de acordo com a divisão político-administrativa do estado do Rio de

Janeiro			
Divisão	Freq.	%	
Metropolitana	183	91,96	
Baixadas litorâneas	7	3,52	
Outras	9	4,00	

Gráfico 04: Distribuição de acordo com a divisão político-administrativa do estado do Rio de

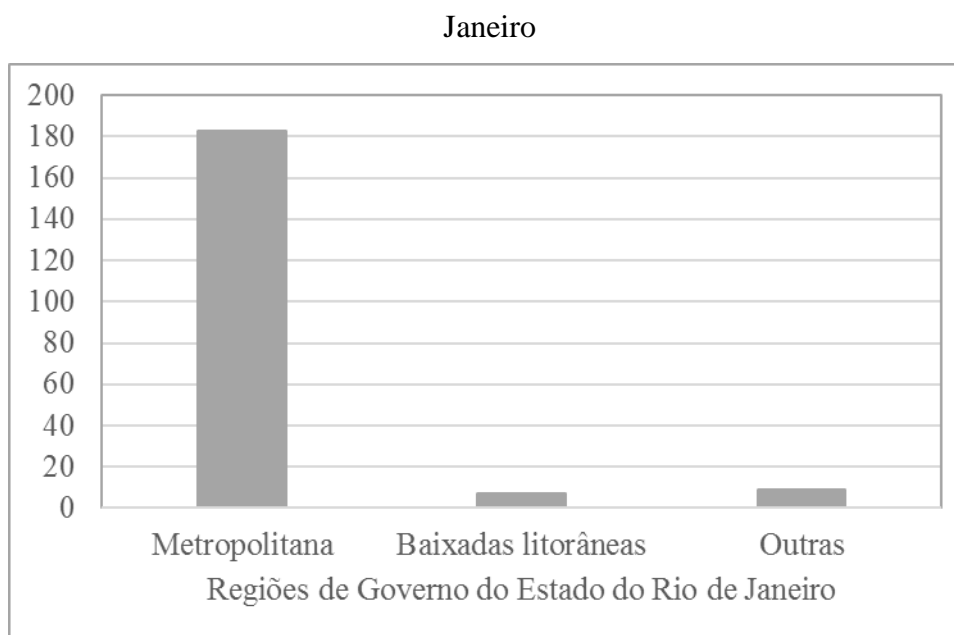


Tabela 22: Distribuição da amostra da região metropolitana por cidades

Cidades	Freq.	%
Duque de Caxias	12	6,56
Nova Iguaçu	17	9,29
Rio de Janeiro	93	50,82
São Gonçalo	14	7,65
São João de Meriti	13	7,10
Outras	34	18,58

4.1.7. Cor / Raça

Em relação à raça, não foi observada uma discrepância significativa no número de mulheres, apresentando o maior número delas de cor parda (37,69%), seguida da raça branca (32,16%).

Tabela 23: Distribuição de acordo com a raça:

Raça	Freq.	%
Branca	64	32,16
Preta	58	29,15
Parda	75	37,69
Outras	2	1,01

Ao avaliar essa mesma informação, de acordo com a fase de estadiamento atual da doença, excluindo quem se declarou de outra cor, nota-se que a distribuição entre estadiamento mantém um padrão, apesar da raça parda apresentar uma proporção maior na fase de estadiamento III em relação as demais raças (16 mulheres do total de 31 mulheres que estão no estadiamento III). É possível observar, ainda, que a raça parda foi a mais incidente em todas as fases de estadiamento.

Tabela 24: Distribuição das raças de acordo com a fase de estadiamento atual

Raça	II		III		IV		Total	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%
Branca	8	12,50	7	10,94	49	76,56	64	100,00
Preta	6	10,34	8	13,79	44	75,86	58	100,00
Parda	9	12,00	16	21,33	50	66,67	75	100,00
Outras	0	0,00	0	0,00	2	100,00	2	100,00
Total	23	11,56	31	15,58	145	72,86	199	100,00

4.1.8. Religião

Verifica-se que é predominante, na amostra, a preferência pela religião evangélica (48,74%), seguida pela católica apostólica romana (40,70%). Observa-se que as duas são responsáveis pela grande maioria da preferência dessas mulheres (89,44%).

Tabela 25: Distribuição de acordo com a religião

Religião	Freq.	%
Católica Apostólica Romana	81	40,70
Evangélica	97	48,74
Espírita	9	4,52
Outra Religião	7	3,52
Sem Religião	5	2,51

4.1.9. Estado Civil / Estado Conjugal

Ao categorizar o estado civil, verificou-se que a maior parte das mulheres é casada, 38,19%, seguida das mulheres solteiras, 24,62%. Porém, optou-se, em seguida, por categorizar essas mulheres separando-as entre as que viviam ou não com companheiro no momento da entrevista, pois, apesar de existirem mulheres que se autodeclararam solteiras, viúvas ou divorciadas, relataram viver com companheiro.

Pode-se notar que, apesar do maior número de mulheres viver com companheiro (53,27%), a diferença não é tão expressiva em relação as que não vivem com companheiro (46,73%).

Tabela 26: Distribuição de acordo com o estado civil/conjugal

Estado civil	Frequência	%
Casada	76	38,19
Desquitada, separada judicialmente ou divorciada	33	16,58
Viúva	31	15,58
Solteira	49	24,62
União estável	10	5,03
Com companheiro	106	53,27
Sem companheiro	93	46,73

Foi questionado às mulheres se as mesmas apresentaram mudança de estado civil após o diagnóstico da doença, o que pode ser observado na tabela 27.

Tabela 27: Distribuição de acordo com a mudança de estado civil após o diagnóstico da doença

Estado civil	Freq.	%
Sim, adquiriu um companheiro	3	1,51
Sim, separou do companheiro	18	9,05
Sim, ficou viúva	12	6,03
Não	166	83,42

Nota-se que a maioria (83,42%) das mulheres não apresentou mudança de estado civil após o diagnóstico da doença. Porém, dentre as 33 mulheres que responderam sim à mudança de estado civil, 18 mulheres relataram que se separaram do companheiro, três mulheres adquiriram um companheiro e 12 mulheres ficaram viúvas.

Tabela 28: Distribuição de acordo com o motivo da mudança de estado civil

Estado civil	Freq.	%
Sim, adquiriu um companheiro	3	9,09
Sim, separou do companheiro	18	54,55
Sim, ficou viúva	12	36,36

Assim, pode-se levantar o seguinte questionamento:

Existe diferença estatisticamente significativa entre o número de mulheres que adquiriu um companheiro e o número de mulheres que separou (ou perdeu) o companheiro?

Para fazer essa avaliação, foi realizado o teste Qui-Quadrado com um nível de significância de $\alpha = 0,05$, utilizado para testar a afirmação H_0 de que diferentes populações têm a mesma proporção de indivíduos com alguma característica. Considere as hipóteses:

- H_0 : As populações de quem adquiriu e de quem se separou do companheiro têm a mesma proporção de indivíduos;
- H_1 : As populações de quem adquiriu e de quem se separou do companheiro não têm a mesma proporção de indivíduos.

A tabela 29 foi reorganizada para aplicar o teste Qui-Quadrado, do qual serão testadas se as duas proporções são provenientes de populações com a mesma proporção:

Tabela 29: Distribuição de acordo com o motivo da mudança de estado civil

Estado civil	Freq.	%	Valor p
Adquiriu um companheiro	3	9,09	< 0,05
Separou/perdeu o companheiro	30	90,91	

Como o valor p é menor do que $\alpha = 0,05$ a hipótese nula foi rejeitada, isto é, rejeita-se a hipótese de que as populações referentes a quem adquiriu e a quem se separou do companheiro, respectivamente, possuem a mesma proporção.

Observa-se que 30 mulheres se separaram ou perderam o companheiro. Destas, 18 se separaram do companheiro e 12 ficaram viúvas. Sendo verificado, no próximo momento, a faixa etária e o estadiamento atual das 18 mulheres.

Foi verificado que a maior parte das 18 mulheres, ou seja, 66,66 % (12 mulheres) tem de 40 a 59 anos de idade. A maioria das 18 mulheres (61,11 % - 11 mulheres) que se separaram do companheiro está no estadiamento atual IV da doença.

Tabela 30: Faixa Etária x Estadiamento Atual das mulheres que se separaram do companheiro

Faixa etária	Fase do Estadiamento Atual							
	II		III		IV		Total	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%
18 a 29	0	0,00	1	5,56	0	0,00	1	5,56
30 a 39	1	5,56	1	5,56	3	16,67	5	27,78
40 a 49	0	0,00	2	11,11	4	22,22	6	33,33
50 a 59	1	5,56	1	5,56	4	22,22	6	33,33
Total	2	11,12	5	27,77	11	61,11	18	100,00

Ao se analisar o tempo de matrícula na instituição dessas 18 mulheres, observa-se que apenas quatro estão matriculadas, há mais de cinco anos. A maioria, 14 mulheres, está matriculada na instituição por um período de até cinco anos.

Com relação ao estadiamento inicial dessas mulheres, verifica-se que 55,56% (dez mulheres) chegaram no estadiamento III, 38,88% (sete mulheres) chegaram no estadiamento II e 5,56% (uma mulher) chegaram no estadiamento IV. Nenhuma mulher chegou no estadiamento I.

As mulheres com mais de cinco anos de matrícula se encontravam no estadiamento inicial II e III, quando se matricularam na instituição. Apenas no grupo das mulheres que estão matriculadas na instituição, há menos de um ano, encontram-se mulheres no estadiamento inicial IV.

Tabela 31: Tempo de matrícula x Estadiamento Inicial para mulheres que se separaram do companheiro

Tempo de Matrícula	Fase do estadiamento Inicial							
	II		III		IV		Total	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%
Menos de 1 ano	2	28,57	4	57,14	1	14,29	7	100,00
De 1 a 5 anos	3	42,86	4	57,14	0	0,00	7	100,00
Mais de 5 anos	2	50,00	2	50,00	0	0,00	4	100,00
Total	7	38,88	10	55,56	1	5,56	18	100,00

Porém, quando se analisa o tempo de matrícula na instituição dessas 18 mulheres e o estadiamento atual, verifica-se que a maioria está no estadiamento IV, ou seja, 11 mulheres, e que apenas duas estão no estadiamento II.

Dessas 11 mulheres que se encontram no estadiamento IV, observa-se que apenas duas têm menos de um ano de matrícula na instituição. Todas as mulheres matriculadas na instituição, há mais de cinco anos, encontram-se no estadiamento IV.

Tabela 32: Tempo de matrícula x Estadiamento Atual para mulheres que se separaram do companheiro

Tempo de Matrícula	Fase do estadiamento atual						Total	
	II		III		IV			
	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%
Menos de 1 ano	2	28,57	3	42,86	2	28,57	7	100,00
De 1 a 5 anos	0	0,00	2	28,57	5	71,43	7	100,00
Mais de 5 anos	0	0,00	0	0,00	4	100,00	4	100,00
Total	2	11,11	5	27,78	11	61,11	18	100,00

4.1.10. Número de filhos

Percebe-se que a grande maioria das mulheres da amostra possui pelo menos um filho (90,46%). A maioria das mulheres possui dois filhos (38,69%), enquanto que a menor parte dessas mulheres é composta por aquelas que não possuem filhos (9,54%).

Na tabela 33, também, foi analisado quantas mulheres têm pelo menos um filho menor de idade e verificou-se que das 180 mulheres que possuem algum filho, aproximadamente 1/3 delas (58 mulheres) possui pelo menos um filho menor de idade.

Tabela 33: Distribuição do número de filhos

Número de filhos	Freq.	%
0	19	9,54
1	49	24,62
2	77	38,69
3	31	15,58
Mais de 3	23	11,56
Pelo menos 1 filho menor de idade	58	32,22

Do grupo das 58 mulheres que possuem filhos menores de idade, analisou-se o estadiamento atual e um resultado que chama a atenção é que 39 mulheres (67,24%) já se encontram em estadiamento IV, 14 no estadiamento III e apenas cinco no estadiamento II.

Tabela 34: Estadiamento atual das 58 mulheres que possuem filhos menor de idade

Número de filhos menor de idade	Fase do estadiamento atual							
	II		III		IV		Total	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%
1	4	9,52	10	23,81	28	66,67	42	100,00
2	1	9,09	2	18,18	8	72,73	11	100,00
3	0	0,00	2	40,00	3	60,00	5	100,00
Total	5	8,62	14	24,14	39	67,24	58	100,00

Dessas 58 mulheres que possuem pelo menos um filho menor de idade, foi realizada outra análise sobre o número total de filho, detalhando quantos deles são menores de idade. Observou-se que 15 mulheres possuem um filho, sendo este menor de idade; 22 mulheres possuem dois filhos, sendo que destas, 15 mulheres possuem um menor de idade e sete mulheres possuem os dois filhos menores de idade; 14 mulheres possuem três filhos, sendo a maioria (57,14) com apenas um filho menor de idade; e das sete mulheres que possuem mais de três filhos, foi observado que: quatro mulheres têm um filho menor de idade, uma tem dois filhos menores de idade e duas têm três filhos menores de idade.

Tabela 35: Número total de filhos (das mulheres que possuem pelo menos 1 filho menor de idade) detalhando quantos deles são menores de idade

Número de Filhos	Número de filhos menor de idade							
	1 Filho		2 Filhos		3 Filhos		Total	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%
1	15	100,00	0	0,00	0	0,00	15	100,00
2	15	68,18	7	31,82	0	0,00	22	100,00
3	8	57,14	3	21,43	3	21,43	14	100,00
mais de 3	4	57,14	1	14,29	2	28,57	7	100,00
Total	42	72,41	11	18,97	5	8,62	58	100,00

4.2. Perfil Clínico-Patológico

4.2.1. Dias de internação no momento da entrevista

Este aspecto traz a informação de quantos dias as pacientes estavam internadas no momento em que a entrevista foi realizada. Para tal, foi computado o número de dias corridos entre a data de aplicação do formulário e a data da internação (admissão). Observou-se que a maioria (74,37%) das mulheres tinha de um a no máximo cinco dias de internação.

Tabela 36: Distribuição quanto ao número de dias de internação no momento da entrevista

Dias de internação no momento da entrevista	Freq.	%
Até 5	148	74,37
6 a 10	30	15,08
Mais de 10	21	10,55

4.2.2. Tipo histológico

Em relação ao tipo histológico, observou-se que a grande maioria das mulheres (81,41%) foi diagnosticada com carcinoma ductal infiltrante, conforme tabela 37.

Tabela 37: Distribuição do tipo histológico

Diagnóstico	Frequência	%
Carcinoma ductal in situ	7	3,52
Carcinoma ductal infiltrante	162	81,41
Carcinoma lobular infiltrante	20	10,05
Outros	10	5,03

4.2.3. Tempo de matrícula na instituição

Esse tópico refere-se ao tempo de matrícula das 199 mulheres entrevistadas na instituição. Foi calculado o intervalo entre o dia que a paciente foi entrevistada e a data do primeiro atendimento na instituição. Verificou-se que existe alto número de mulheres que

foram diagnosticadas com câncer de mama há pelo menos cinco anos (32,66 % + 38,19 % = 70,85%). Pode-se observar que o menor número de mulheres foi diagnosticado no período superior a cinco anos (29,15%).

Tabela 38: Tempo de matrícula na instituição

Tempo de Matrícula	Freq	%
Menos de 1 ano	65	32,66
De 1 a 5 anos	76	38,19
Mais de 5 anos	58	29,15
Total	199	100,00

Das 65 mulheres que descobriram a doença há menos de um ano, a maioria (52,31%) já está no estadiamento atual IV. Outro extremo é quando se analisam as mulheres que estão matriculadas na instituição há mais de cinco anos; observa-se que apenas 5,17% (3) delas estão no estadiamento II, sendo que 87,93% (51) delas encontram-se no estadiamento IV.

Tabela 39: Tempo de matrícula na instituição x Estadiamento Atual

Tempo de Matrícula	Fase do estadiamento atual						Total	
	II		III		IV		Freq	%
	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%
Menos de 1 ano	13	20,00	18	27,69	34	52,31	65	100,00
De 1 a 5 anos	7	9,21	9	11,84	60	78,95	76	100,00
Mais de 5 anos	3	5,17	4	6,90	51	87,93	58	100,00
Total	23	11,56	31	15,58	145	72,86	199	100,00

4.2.4. Estadiamento Inicial e Atual da doença

De acordo com a organização das fases de estadiamento da doença, observou-se que, no estadiamento inicial, mais da metade da amostra, 107 mulheres (53,77%), foi diagnosticada no estadiamento III. Havia mulheres na fase 0 e I de estadiamento, e um baixo número de mulheres na fase mais avançada da doença, ou seja, estadiamento IV (10,55 %).

No estadiamento atual, observa-se que praticamente 3/4 das mulheres encontram-se na fase de estadiamento IV (72,86%).

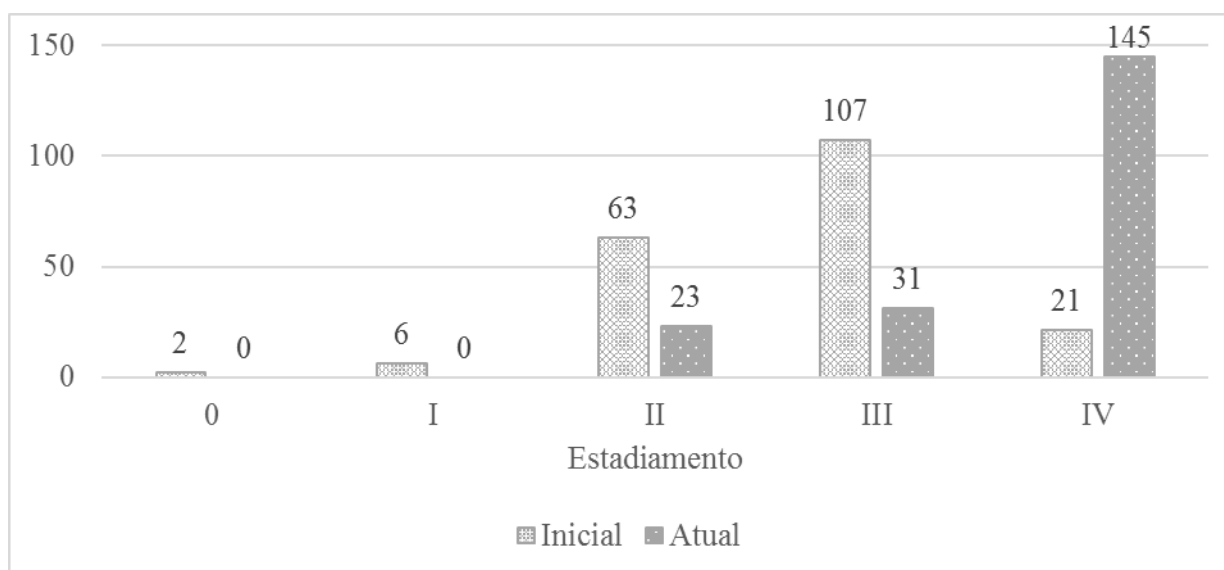
Ficou evidente que o número de mulheres na fase IV de estadiamento aumentou consideravelmente (21 mulheres no estadiamento inicial para 145 mulheres no estadiamento atual). Nota-se ainda que o número de mulheres na fase III de estadiamento diminuiu

significativamente, de 107 para 31 mulheres. Ressalta-se que, devido ao critério de inclusão do estudo, não foram entrevistadas pacientes cujo estadiamento atual da doença era 0 e I.

Tabela 40: Distribuição das fases de estadiamento inicial e atual da doença

Est. Inicial	Fase do estadiamento atual						Total	
	II		III		IV			
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
0	0	0,00	0	0,00	2	100,00	2	100,00
I	1	16,67	0	0,00	5	83,33	6	100,00
II	22	34,92	4	6,35	37	58,73	63	100,00
III	0	0,00	27	25,23	80	74,77	107	100,00
IV	0	0,00	0	0,00	21	100,00	21	100,00
Total	23	11,56	31	15,58	145	72,86	199	100,00

Gráfico 05: Distribuição das fases de estadiamento inicial e atual da doença



4.2.5. Presença de metástase

Como houve um aumento no número de mulheres com estadiamento atual IV, na tabela 41, observa-se que das 199 pacientes entrevistadas, 145 mulheres (72,86%) possuem metástase (estadiamento IV) e 54 mulheres não possuem metástase (estadiamento II e III).

Tabela 41: Distribuição da presença de metástase

Presença de metástase	Freq	%
Sim	145	72,86
Não	54	27,14

Como pode ser observado na tabela 42, a maioria das mulheres (48,74%) apresenta metástase óssea, sendo assim a metástase mais incidente. O segundo tipo de metástase mais comum é a de pulmão, presente em 70 mulheres (35,18%).

Tabela 42: Distribuição dos locais de metástase

Local	Freq	%
Progressão de doença SNC	38	19,10
Progressão de doença Hepática	44	22,11
Progressão de doença Óssea	97	48,74
Progressão de doença Pulmão	70	35,18
Progressão de doença nodal	28	14,07
Progressão de doença outros locais	20	10,05

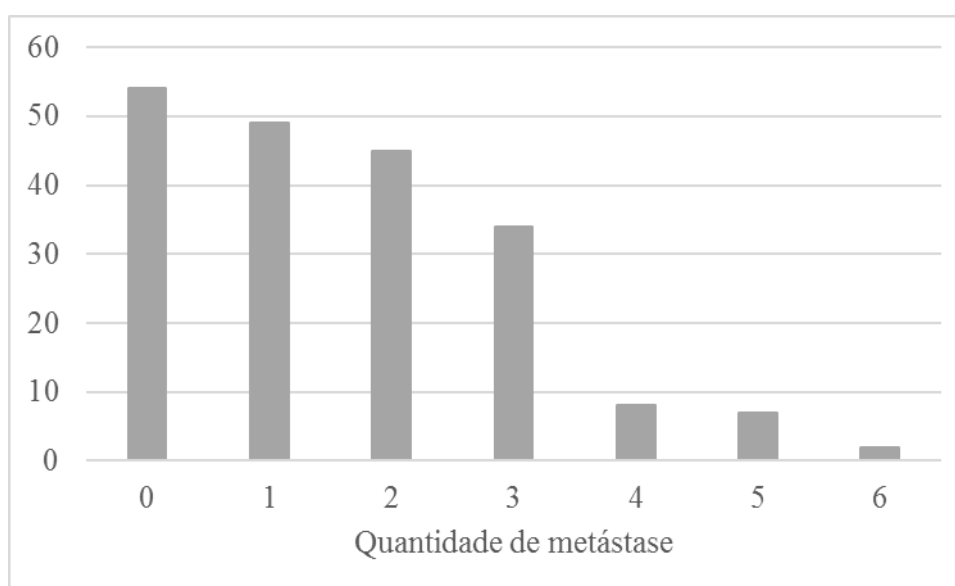
A tabela 42 avalia apenas quantas vezes cada metástase foi observada no grupo entrevistado, ou seja, das 199 mulheres observa-se que 145 têm metástase e foi identificado o local que essas 145 apresentam metástase, indicando qual é frequência de cada tipo de metástase. Porém, como uma mesma mulher pode ter mais de um sítio de metástase, a soma dos percentuais supera 100%. Diante disso, foram elaborados a tabela 43 e o gráfico 06 indicando as frequências da quantidade de metástases observadas em cada mulher.

Verifica-se que 49 mulheres (24,62%) apresentam apenas uma metástase, seguidas de 45 mulheres (22,61%) que apresentam duas metástases simultaneamente. A soma desses dois grupos corresponde a aproximadamente metade das mulheres da amostra. Apenas 1,01% dessas mulheres apresentam metástase em seis locais.

Tabela 43: Quantidade de metástases em cada mulher

Quantidade de metástase	Freq.	%
0	54	27,14
1	49	24,62
2	45	22,61
3	34	17,09
4	8	4,02
5	7	3,52
6	2	1,01

Gráfico 06: Quantidade de metástases em cada mulher



4.2.6. Tratamentos prévios realizados

Das 199 mulheres entrevistadas, o tratamento prévio mais realizado foi a quimioterapia (86,93%), seguido de radioterapia (58,79%) e cirurgia (54,77%). Destaca-se que algumas mulheres (6,03%) da amostra eram virgens de tratamento.

Tabela 44: Distribuição dos tratamentos prévios

Tratamentos prévios	Freq	%
Quimioterapia	173	86,93
Radioterapia	117	58,79
Cirurgia	109	54,77
Hormônio	102	51,26
Virgem de Tratamento	12	6,03

Como a mesma mulher pode ter realizado mais de um tratamento, foi necessário avaliar quantos tratamentos prévios foram realizados. A tabela 45 explicita esses dados. Na análise, verificou-se que a maioria da amostra (69 mulheres) realizou os quatro tipos de tratamento (quimioterapia, radioterapia, cirurgia e hormonioterapia).

Tabela 45: Quantidade de tratamentos prévios

Quantidade de tratamentos prévios	Freq.	%
0	12	6,03
1	44	22,11
2	41	20,60
3	33	16,58
4	69	34,67

4.2.7. Tratamento atual realizado

Semelhante a avaliação dos tratamentos prévios, pode-se observar que das 199 mulheres entrevistadas, a maioria faz, atualmente, tratamento com quimioterapia (52,26%), sendo que o tratamento hormonal se torna mais frequente que a radioterapia, com 32,16%. Nota-se, também, que a cirurgia é um tratamento que deixou de ser empregado para as mulheres nessa fase.

Tabela 46: Distribuição do tratamento atual

Tratamento atual	Freq	%
Quimioterapia	104	52,26
Hormônio	64	32,16
Radioterapia	29	14,57
Controle dos Sintomas	18	9,05

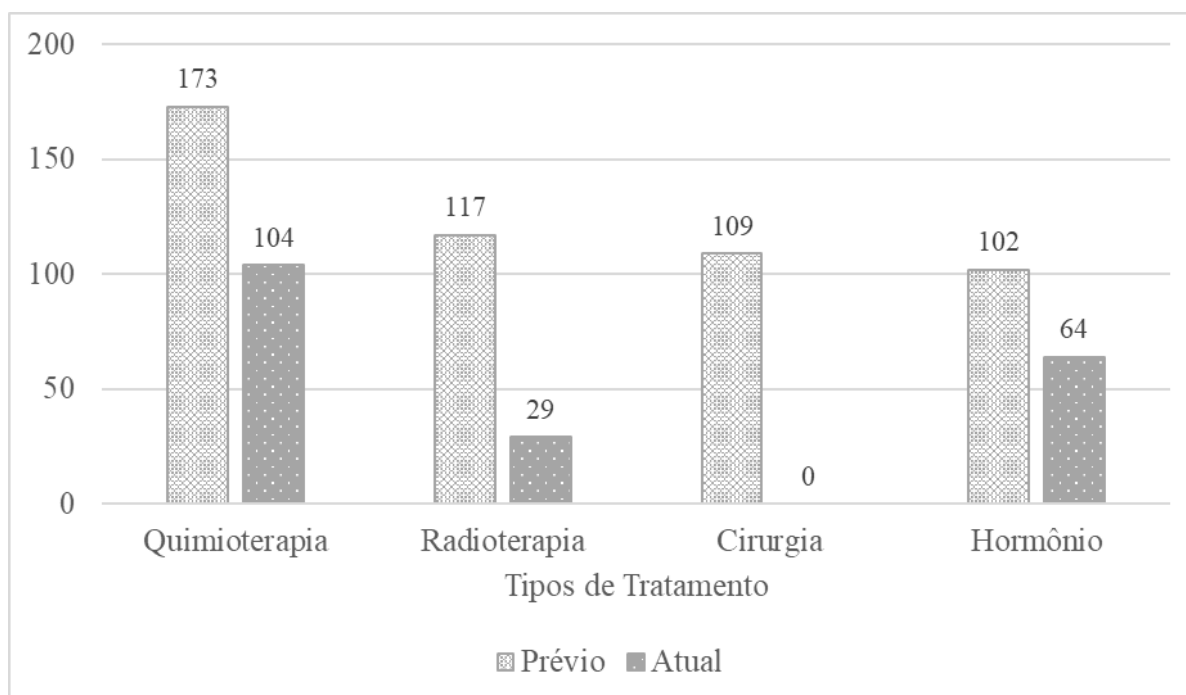
Em seguida, foi avaliada a quantidade de tratamentos que as mulheres estavam realizando no momento da entrevista, bem como, sua porcentagem. Verifica-se que 165 mulheres realizam apenas um tratamento, seguidas de 16 mulheres que realizam dois tratamentos simultaneamente.

Tabela 47: Quantidade de tratamentos atuais

Quantidade de tratamentos atuais	Freq	%
0	18	9,05
1	165	82,91
2	16	8,04
3	0	0,00
4	0	0,00

Para efeito de comparação, ao avaliar o comportamento dos dados dos tratamentos realizados previamente e os tratamentos atuais, observa-se que a quimioterapia continua sendo o tratamento mais utilizado, enquanto que o tratamento como cirurgia não foi observado atualmente (a barra da cirurgia foi mantida apenas para efeitos de comparação).

Gráfico 07: Comparação da distribuição dos tipos de tratamentos prévios e atuais



4.2.8. Escala *Performance Status* (PS)

A maior parte das mulheres ($35,18\% + 36,68\% = 71,86\%$) encontrava-se no momento da entrevista com o PS 3 e PS 4.

Tabela 48: Escala Performance status (PS) das mulheres

Escala performance status	Freq.	%
PS 1	19	9,55
PS 2	37	18,59
PS 3	70	35,18
PS 4	73	36,68

Conforme as fases de estadiamento atual de cada mulher, observa-se que quanto mais avançado o estadiamento da doença pior o PS. É possível observar que, na fase II de estadiamento, o PS 2 (39,13%) foi o mais incidente, já na fase de estadiamento III o PS 3 (45,16%), e por fim, no estadiamento IV, a maioria das mulheres apresentou PS 4 (46,90%). Nota-se também que, para a fase II de estadiamento, existe maior proporção de mulheres com PS 1 e PS 2. Enquanto que para a fase IV de estadiamento, ocorre o oposto: maior proporção de mulheres com PS3 e PS4.

Tabela 49: Escala performance status (PS) para cada fase de estadiamento atual

Escala performance status	Fase do estadiamento atual							
	II		III		IV		Total	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%
PS 1	8	34,78	7	22,58	4	2,76	19	9,55
PS 2	9	39,13	8	25,81	20	13,79	37	18,59
PS 3	3	13,04	14	45,16	53	36,55	70	35,18
PS 4	3	13,04	2	6,45	68	46,90	73	36,68
Total	23	100,00	31	100,00	145	100,00	199	100,00

4.2.9. Complicações do câncer de mama

Na tabela 50, verifica-se a presença de algumas complicações do câncer de mama. Foi observado que a complicação mais incidente foi o linfedema, presente em 16,08% da amostra. Ao total, foram identificadas 88 ocorrências de complicações, no entanto, existem mulheres que apresentaram mais de uma complicação decorrente do câncer de mama.

Tabela 50: Distribuição das complicações do câncer de mama

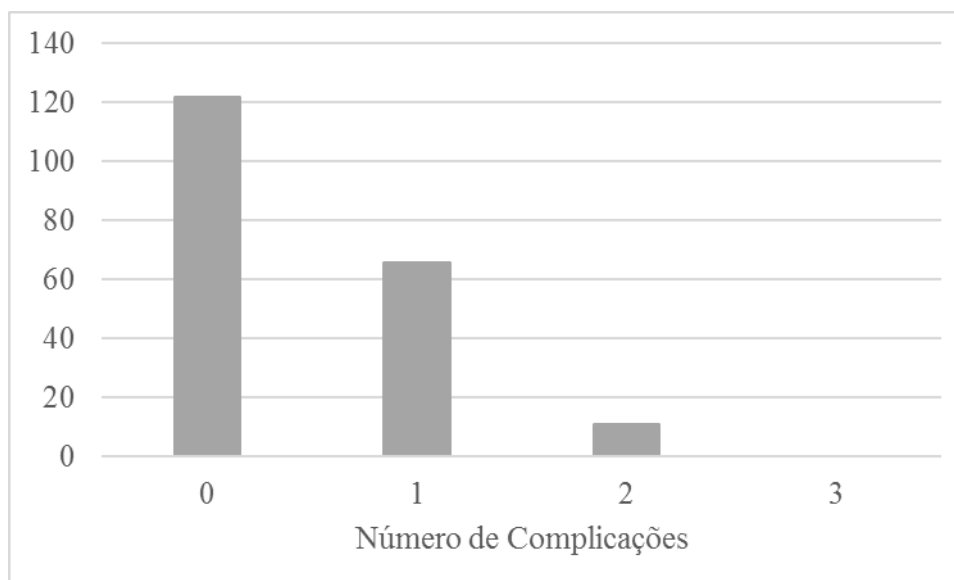
Complicações	Freq	%
Linfedema	32	16,08
Síndrome de compressão medular	22	11,06
Ferida tumoral	34	17,09

A tabela 51 e o gráfico 08 apresentam o quantitativo de complicações para as 199 mulheres. Observa-se que 122 mulheres não apresentavam complicação, 66 mulheres apresentavam apenas um tipo de complicação, e 11 mulheres apresentaram duas complicações.

Tabela 51: Distribuição da quantidade de complicações do câncer de mama

Número de complicações	Freq	%
0	122	61,31
1	66	33,17
2	11	5,53
3	0	0,00

Gráfico 08: Distribuição da quantidade de complicações do câncer de mama



4.3. Principais domínios da qualidade de vida

Segue abaixo a apresentação dos domínios de qualidade de vida definidos pelo questionário EORTC QLQ-C30. Os dados foram agrupados conforme as subdivisões

definidas pela EORTC, quais sejam: (i) estado global de saúde/Qualidade de Vida, (ii) escalas funcionais, e (iii) escalas de sintomas. Os resultados estão apresentados através de tabelas de estatísticas descritivas, gráficos de barras e *boxplots*.

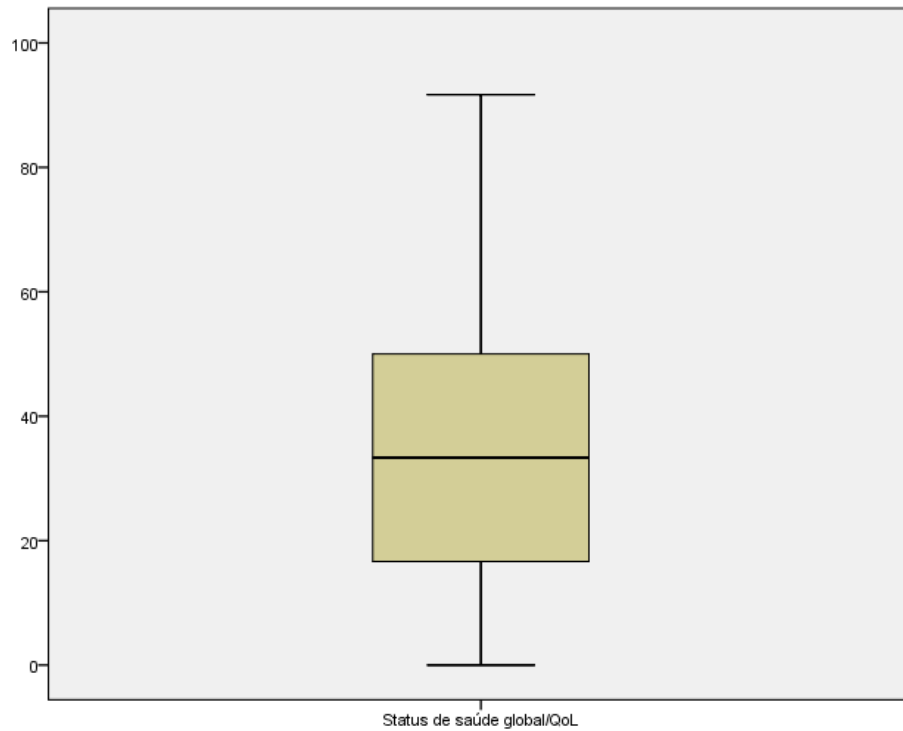
A tabela 52 apresenta os resultados obtidos, que serão discutidos nos subítemes 4.3.1, 4.3.2 e 4.3.3.

Tabela 52: Estatísticas descritivas do questionário EORTC QLQ-30

Escalas		Min.	Mediana	Média	Desvio Padrão	Max.
Status de saúde global / QoL						
Status de saúde global/QoL	QL2	0,00	33,33	32,04	20,87	91,67
Escalas funcionais						
Funcionamento físico	PF2	0,00	20,00	27,67	27,38	100,00
Desempenho pessoal	RF2	0,00	0,00	12,48	22,14	100,00
Funcionamento emocional	EF	0,00	33,33	37,27	30,15	100,00
Funcionamento cognitivo	CF	0,00	66,67	60,47	33,43	100,00
Funcionamento social	SF	0,00	50,00	47,57	29,51	100,00
Escalas sintomáticas						
Fadiga	FA	0,00	77,78	69,57	25,95	100,00
Náusea e vômito	NV	0,00	33,33	34,00	33,70	100,00
Dor	PA	0,00	83,33	67,42	35,35	100,00
Dispneia	DY	0,00	33,33	42,38	41,26	100,00
Insônia	SL	0,00	33,33	47,40	43,72	100,00
Perda de apetite	AP	0,00	66,67	53,10	39,92	100,00
Constipação	CO	0,00	33,33	47,57	42,82	100,00
Diarreia	DI	0,00	0,00	8,21	24,27	100,00
Dificuldades financeiras	FI	0,00	100,00	69,01	38,85	100,00

4.3.1. Status de saúde global/QoL

No status de saúde global, observou-se a média de 32,04 e desvio padrão de 20,87 em torno dessa média, apresentando, assim, uma maior concentração de resultados abaixo da metade da escala (50). Nota-se também que o valor máximo foi de 91,67 o que indica que nenhuma das mulheres apresenta qualidade de vida em sua pontuação máxima da escala.

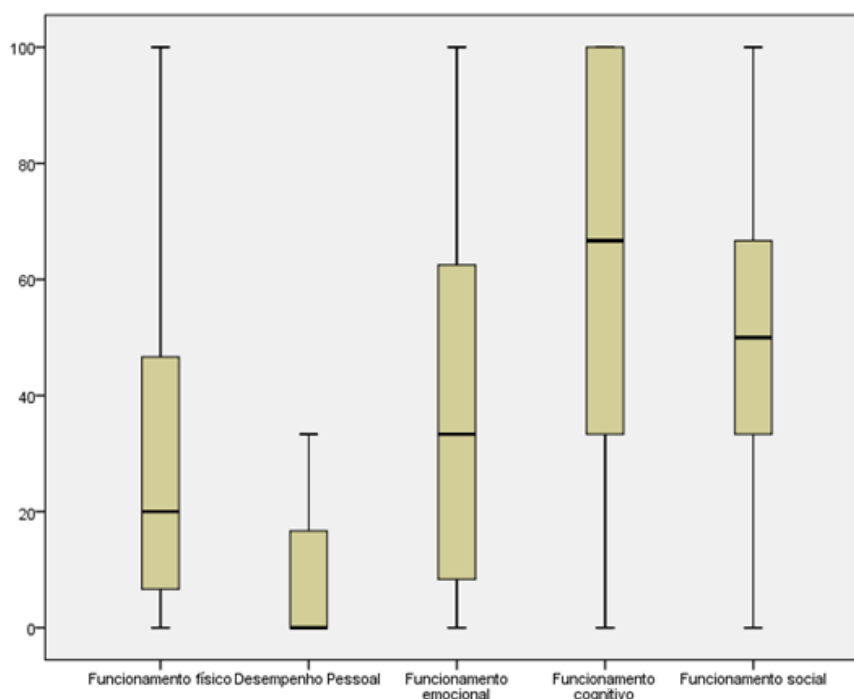
Figura 03: *Bloxplot* distribuição do status de saúde global

4.3.2. Escalas funcionais

Ao analisar as escalas funcionais, observa-se que a escala que apresentou maior valor médio foi a do funcionamento cognitivo (60,47), apresentando também o maior desvio padrão em torno da média (33,43), demonstrando uma maior dispersão de resultados nesse domínio. Nota-se, também, que as escalas de desempenho pessoal (12,48) e físico (27,67) apresentaram os menores valores das escalas funcionais. O desvio padrão da escala de desempenho pessoal foi o menor (22,14), indicando uma maior concentração em torno da média, que já é o domínio com menor pontuação.

Os desempenhos pessoal (12,48) e físico (27,67) dessas mulheres foram os que apresentaram maior comprometimento, sugerindo que essas funções foram as mais afetadas.

Destaca-se, ainda, que em todos os domínios das escalas funcionais, há pontuações nas extremidades mínima e máxima de cada domínio. Mais detalhes de forma visual podem ser observados por meio do *boxplots* da figura 04.

Figura 04: *Boxplot* distribuição das escalas funcionais

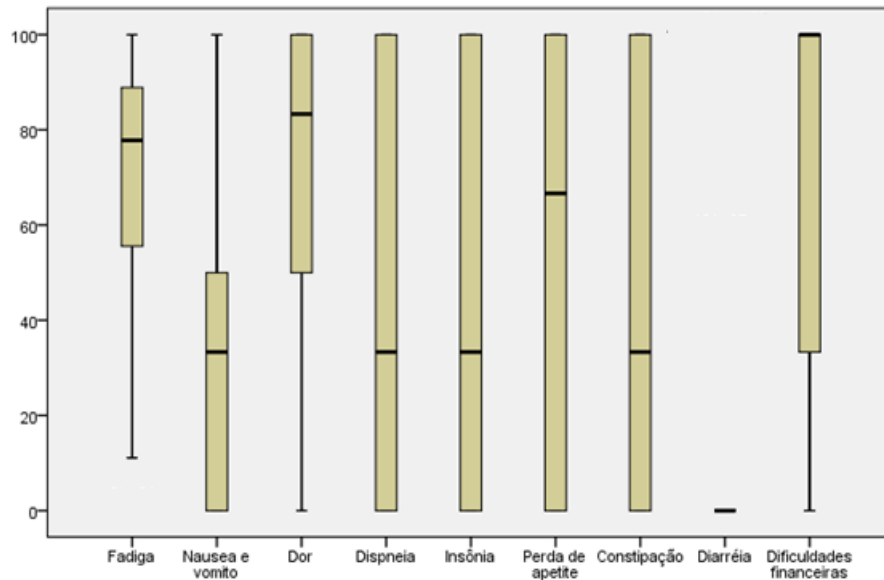
4.3.3. Escalas sintomáticas

Nas escalas de sintomas, podem-se observar valores de médias mais elevadas para fadiga (69,57) e dificuldades financeiras (69,01), com pontuações não muito distantes. Por outro lado, o desvio padrão da dificuldade financeira foi significativamente maior (38,85) do que aquele da fadiga (25,95), o que representou menor variabilidade em torno da média.

O sintoma que apresentou menor média foi a diarreia (8,21), porém existem indivíduos da amostra que apresentaram pontuação 100.

Itens com valores médios mais baixos, tais como dispneia (42,38), insônia (47,40), constipação (47,57) e perda de apetite (53,10), apresentaram desvio padrão em torno da média elevado, indicando que, apesar de médias baixas, algumas mulheres são bastante afetadas por tais sintomas. Destaca-se ainda, que em todos os domínios da escala de sintomas, há pontuações nas extremidades mínima (0,00) e máxima (100,00) de cada domínio.

Pode-se verificar a variação de dados observados de uma variável numérica por meio de quartis com o *boxplot*, destaca-se que os itens de sintomas das mulheres acometidas por câncer de mama localmente avançado ou metastático que apresentaram valores mais altos foram as escalas de fadiga, dificuldades financeiras e dor.

Figura 05: *Boxplot* distribuição das escalas / itens de sintoma

4.4. Interferência do estadiamento do câncer na qualidade de vida

Após analisar como se distribuem os dados referentes aos principais domínios da qualidade de vida afetados nessa população, faz-se necessário observar como esses valores se distribuem em relação as fases de estadiamento atual da doença. Esses dados encontram-se nas tabelas 55, 56 e 57.

Em relação ao estado global de saúde, nota-se que parâmetros estatísticos média, mediana, 1º quartil e 3º quartil diminuíram de acordo com o avanço do estadiamento da doença. Respectivas médias: Estadiamento II 41,30, estadiamento III 36,02 e estadiamento IV 29,71.

Ainda, ao analisar o estado global de saúde, observa-se que em todos os estadiamentos a pontuação mínima foi 0, porém a pontuação máxima nos estadiamentos II e IV foi 92 e já no estadiamento III foi 67. Observa-se, que no estadiamento II, o status de saúde global teve o desvio padrão de 22,81, no estadiamento III, 18,18 e no estadiamento IV, 20,69. Ressalta-se que o estadiamento III teve o menor desvio padrão.

Ao se analisar a escala funcional, observa-se que a média das funções cognitiva e social foram as que obtiveram as maiores pontuações, respectivamente, dentre as demais escalas funcionais para todas as fases de estadiamento (estadiamento II funcionamento cognitivo 73,19 e social 60,14, estadiamento III, funcionamento cognitivo 68,82 e social, 52,15 e estadiamento IV, funcionamento cognitivo 56,67 e social 44,60). Além disso, de

acordo com o avanço do estadiamento, as pontuações foram diminuindo. Em contrapartida, a escala de desempenho pessoal foi a que obteve a menor pontuação em todas as fases de estadiamento (II 18,84, III 25,81 e IV 8,62), é válido enfatizar que o estadiamento III obteve uma maior pontuação em relação aos demais.

Destaca-se que o desempenho pessoal do estadiamento III (25,8) foi maior do que o IV (8,6) seguindo a tendência das outras escalas funcionais, mas um fato que merece destaque é que o desempenho pessoal das pacientes do estadiamento III (25,8) foi maior do que aquelas que se encontram no estadiamento II (18,8), portanto não apresenta a mesma tendência das demais escalas funcionais.

Devido tal fato, foi realizada uma análise mais aprofundada do desempenho pessoal, observando a pontuação individual de cada mulher para essa escala funcional. Uma possível razão para que o desempenho pessoal de quem está no estadiamento III (31 mulheres) não tenha seguido a tendência das outras escalas é a presença de *outliers* (valores aberrantes ou atípicos, uma observação que apresenta um grande afastamento das demais), pois foi observado que três mulheres que se encontravam na fase de estadiamento III apresentaram pontuações altas (100,0, 83,3 e 83,3).

Para verificar tal hipótese, foi realizada uma análise cruzando o estadiamento atual (II, III e IV) com o desempenho pessoal, e, no momento seguinte, realizou-se a mesma análise excluindo as três mulheres do estadiamento III que apresentaram pontuações atípicas de acordo com o restante da amostra (ou seja, o total de mulheres no estadiamento III passa a ser 28).

Tabela 53: Desempenho pessoal para cada fase de estadiamento atual (considerando as 31 mulheres no estadiamento III)

Estadiamento Atual	Desempenho Pessoal							Total
	0	17	33	50	67	83	100	
II	12	2	5	2	2	0	0	23
III	16	3	3	1	5	2	1	31
IV	109	11	17	4	3	0	1	145
Total	137	16	25	7	10	2	2	199

Tabela 54: Desempenho pessoal para cada fase de estadiamento atual (considerando as 28 mulheres no estadiamento III)

Estadiamento Atual	Desempenho Pessoal							Total
	0	17	33	50	67	83	100	
II	12	2	5	2	2	0	0	23
III	16	3	3	1	5	0	0	28
IV	109	11	17	4	3	0	1	145
Total	137	16	25	7	10	0	1	196

No próximo momento, verificou-se como se apresenta a pontuação média da escala de desenvolvimento pessoal no estadiamento III, com 31 e 28 mulheres. É possível notar que a exclusão de apenas três pacientes modificou o resultado de tal maneira que a diferença entre os estadiamentos II e III, na escala de desempenho pessoal, apresentou uma redução significativa, porém, o estadiamento III continua maior em relação ao II.

Gráfico 09: Desempenho pessoal das 31 mulheres no estadiamento III

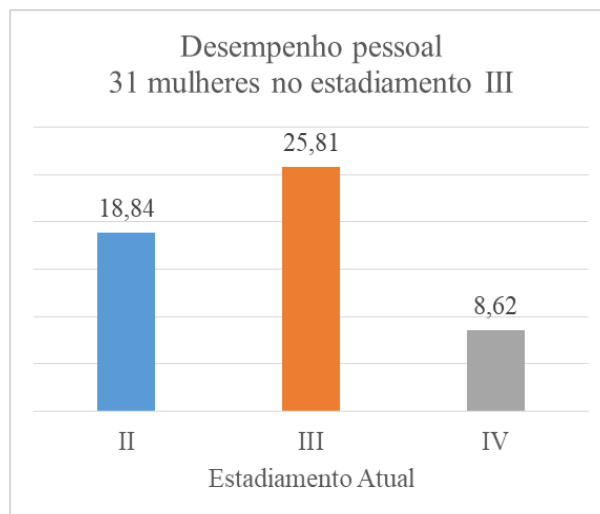
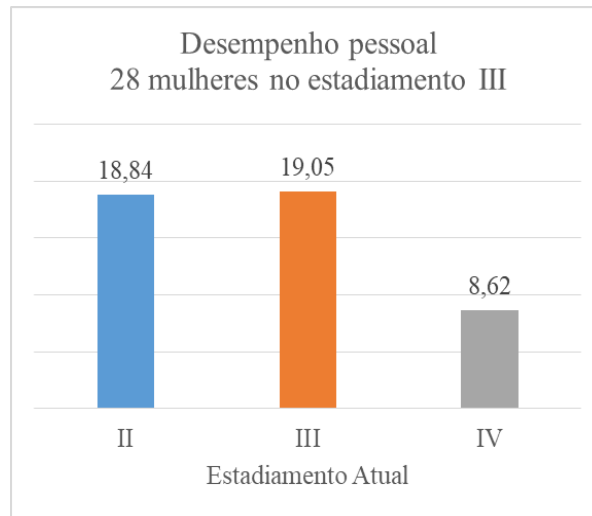


Gráfico 10: Desempenho pessoal das 28 mulheres no estadiamento III



Em relação à escala de sintomas, observa-se que as três escalas que obtiveram as maiores médias foram a fadiga, dificuldade financeira e dor. As ordens de colocação variaram de acordo com a fase de estadiamento da doença. No estadiamento II e IV, as maiores médias foram, respectivamente, fadiga, dificuldade financeira e dor, enquanto no estadiamento III, dificuldade financeira, dor e fadiga.

A fadiga foi o sintoma que obteve a maior pontuação de média no estadiamento IV (70,88), essa pontuação é maior que no estadiamento II e III, porém, no estadiamento II, a pontuação da fadiga (66,67) foi ligeiramente maior em relação ao III (65,59). Quando se comparam esses três sintomas (dificuldade financeira, dor e fadiga), observa-se que a dificuldade financeira (78,49) e a dor (75,81) obtiveram maior pontuação de médias no estadiamento III e já a fadiga teve a maior média no estadiamento IV (70,88) em relação ao III. Já a dificuldade financeira e a dor obtiveram menor média de pontuação, no estadiamento II em relação aos demais.

Por fim, observa-se, através das tabelas 55, 56 e 57, que há uma piora da qualidade de vida e das escalas funcionais, além de um aumento dos níveis de sintoma das pacientes em estadiamento IV em relação ao III, e deste último em relação ao estadiamento II.

Tabela 55: Resultados das escalas do questionário EORTC QLQ-30 do estadiamento II

Escala performance status		Mín	Med.	Méd.	[25% ;	75%]	Máx	Desv. P
Status de saúde global / QoL								
Status de saúde global/QoL	QL2	0,00	50,00	41,30	33,33	58,33	92,00	22,81
Escalas funcionais								
Funcionamento físico	PF2	0,00	46,67	44,64	26,67	63,33	87,00	26,39
Desempenho Pessoal	RF2	0,00	0,00	18,84	0,00	33,33	67,00	23,19
Funcionamento emocional	EF	0,00	58,33	47,46	29,17	70,83	83,00	28,02
Funcionamento cognitivo	CF	0,00	83,33	73,19	50,00	100,00	100,00	29,61
Funcionamento social	SF	0,00	50,00	60,14	41,67	83,33	100,00	30,04
Escalas sintomáticas								
Fadiga	FA	0,00	77,78	66,67	50,00	88,89	100,00	29,96
Náusea e vomito	NV	0,00	16,67	25,36	0,00	50,00	83,00	26,52
Dor	PA	0,00	83,33	57,97	8,33	83,33	100,00	40,16
Dispneia	DY	0,00	0,00	30,43	0,00	66,67	100,00	40,09
Insônia	SL	0,00	0,00	39,13	0,00	83,33	100,00	44,55
Perda de apetite	AP	0,00	33,33	39,13	0,00	83,33	100,00	42,22
Prisão de ventre	CO	0,00	0,00	34,78	0,00	83,33	100,00	45,48
Diarreia	DI	0,00	0,00	10,14	0,00	0,00	100,00	25,49
Dificuldades financeiras	FI	0,00	66,67	59,42	33,33	100,00	100,00	40,14

Tabela 56: Resultados das escalas do questionário EORTC QLQ-30 do estadiamento III

Escala performance status		Mín	Med.	Méd.	[25% ;	75%]	Máx	Desv. P
Status de saúde global / QoL								
Status de saúde global/QoL	QL2	0,00	41,67	36,02	25,00	50,00	67,00	18,18
Escalas funcionais								
Funcionamento físico	PF2	0,00	40,00	44,30	13,33	73,33	87,00	30,38
Desempenho Pessoal	RF2	0,00	0,00	25,81	0,00	58,33	100,00	32,72
Funcionamento emocional	EF	0,00	41,67	43,55	16,67	66,67	100,00	30,71
Funcionamento cognitivo	CF	0,00	83,33	68,82	33,33	100,00	100,00	31,83
Funcionamento social	SF	0,00	50,00	52,15	33,33	83,33	100,00	30,95
Escalas sintomáticas								
Fadiga	FA	22,00	66,67	65,59	44,44	88,89	100,00	25,87
Náusea e vomito	NV	0,00	33,33	34,95	0,00	66,67	100,00	33,98
Dor	PA	0,00	83,33	75,81	66,67	100,00	100,00	32,15
Dispneia	DY	0,00	33,33	38,71	0,00	66,67	100,00	42,24
Insônia	SL	0,00	33,33	45,16	0,00	100,00	100,00	44,34
Perda de apetite	AP	0,00	33,33	48,39	16,67	83,33	100,00	38,33
Prisão de ventre	CO	0,00	33,33	38,71	0,00	66,67	100,00	41,36
Diarreia	DI	0,00	0,00	12,90	0,00	0,00	100,00	30,64
Dificuldades financeiras	FI	0,00	100,00	78,49	66,67	100,00	100,00	31,67

Tabela 57: Resultados das escalas do questionário EORTC QLQ-30 do estadiamento IV

Escala performance status		Mín	Med.	Méd.	[25% ; 75%]	Máx	Desv. P
Status de saúde global / QoL							
Status de saúde global/QoL	QL2	0,00	33,33	29,71	16,67 41,67	92,00	20,69
Escalas funcionais							
Funcionamento físico	PF2	0,00	13,33	21,43	0,00 33,33	100,00	24,23
Desempenho Pessoal	RF2	0,00	0,00	8,62	0,00 0,00	100,00	17,58
Funcionamento emocional	EF	0,00	33,33	34,31	8,33 58,33	100,00	29,99
Funcionamento cognitivo	CF	0,00	66,67	56,67	33,33 83,33	100,00	33,70
Funcionamento social	SF	0,00	50,00	44,60	16,67 66,67	100,00	28,65
Escalas sintomáticas							
Fadiga	FA	0,00	77,78	70,88	55,56 88,89	100,00	25,36
Náusea e vomito	NV	0,00	33,33	35,17	0,00 50,00	100,00	34,64
Dor	PA	0,00	83,33	67,13	50,00 100,00	100,00	35,02
Dispneia	DY	0,00	33,33	45,06	0,00 100,00	100,00	41,11
Insônia	SL	0,00	33,33	49,20	0,00 100,00	100,00	43,58
Perda de apetite	AP	0,00	66,67	56,32	33,33 100,00	100,00	39,58
Prisão de ventre	CO	0,00	66,67	51,49	0,00 100,00	100,00	42,30
Diarreia	DI	0,00	0,00	6,90	0,00 0,00	100,00	22,53
Dificuldades financeiras	FI	0,00	100,00	68,51	33,33 100,00	100,00	39,82

Para que se possa ter uma melhor visualização dos resultados da qualidade de vida de acordo com as fases de estadiamento da doença, seguem, abaixo, os gráficos que indicam as médias de cada escala do EORTC QLQ-C30 (do grupo total de 199 mulheres entrevistadas). A partir desses gráficos, verifica-se que a hipótese do estudo foi confirmada: O estadiamento do câncer interfere na qualidade de vida de mulheres com câncer de mama localmente avançado ou metastático.

Gráfico 11: Resultados da qualidade de vida global e escalas funcionais por estadiamento

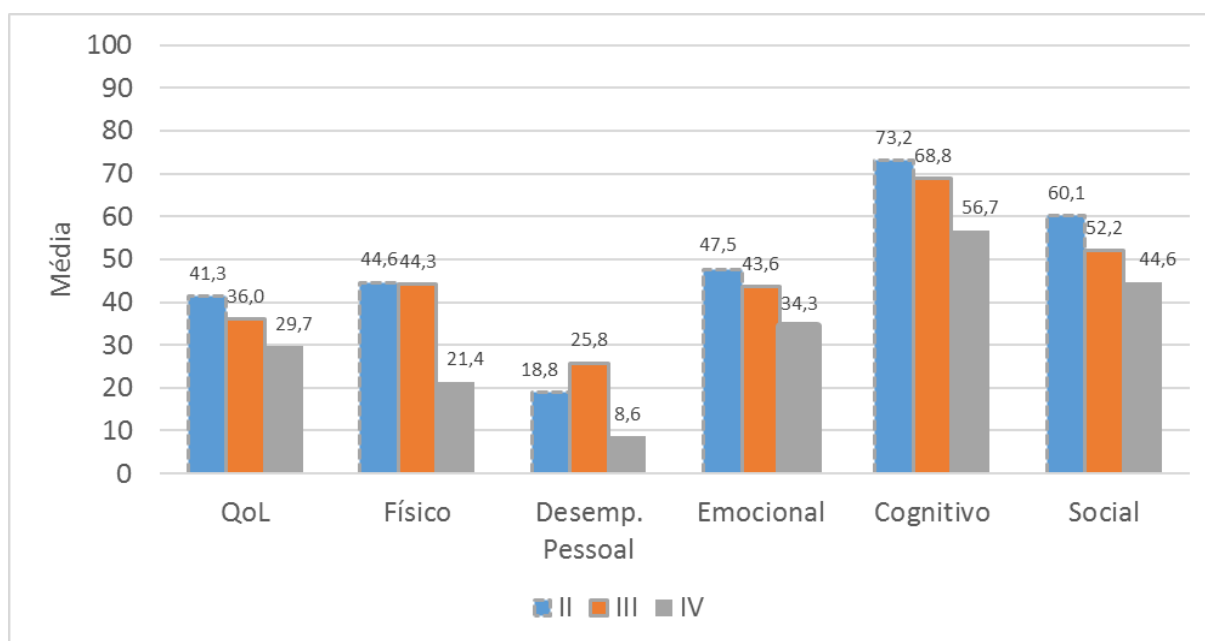


Gráfico 12: Resultados da qualidade de vida global e escalas funcionais por estadiamento

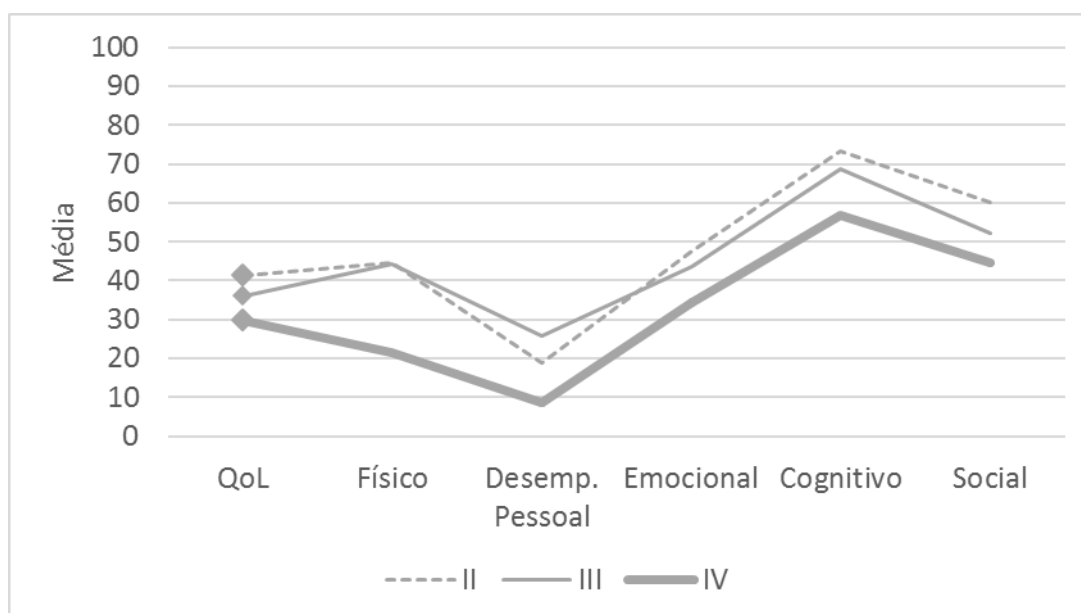


Gráfico 13: Resultados das escalas de sintomas por estadiamento

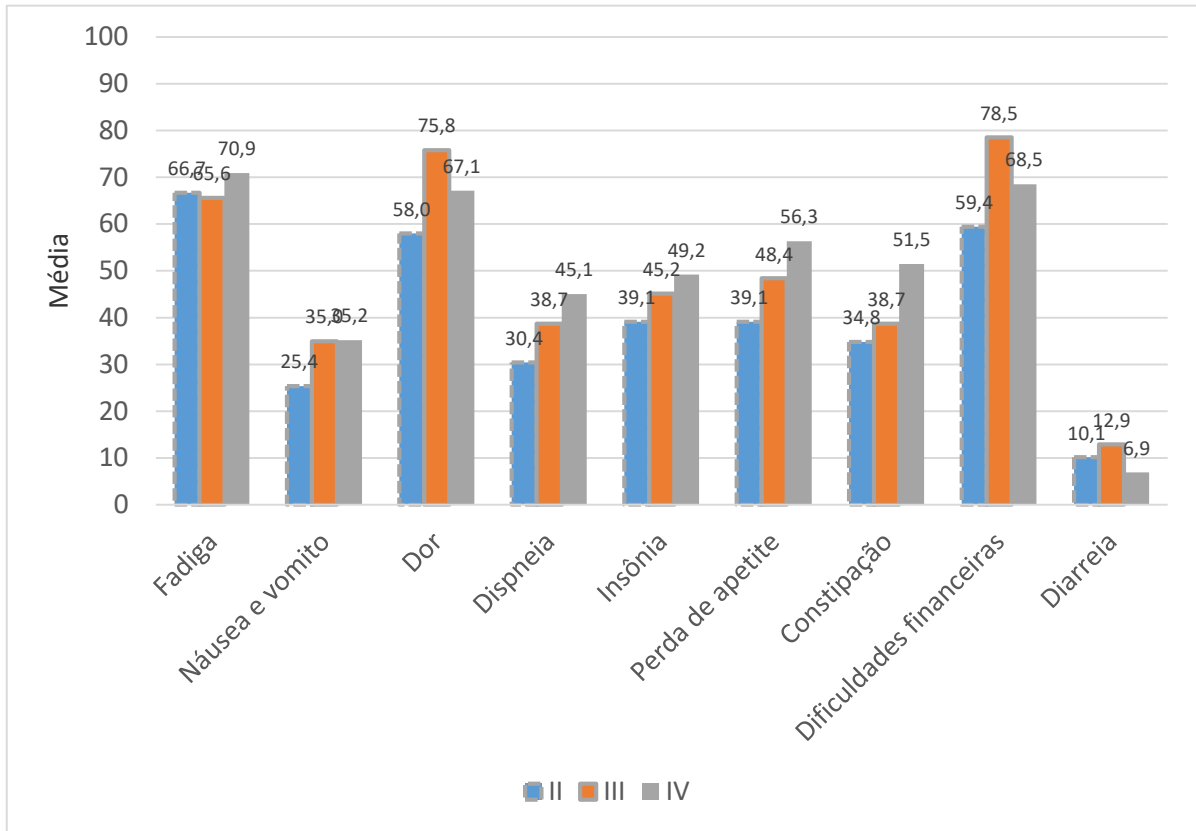
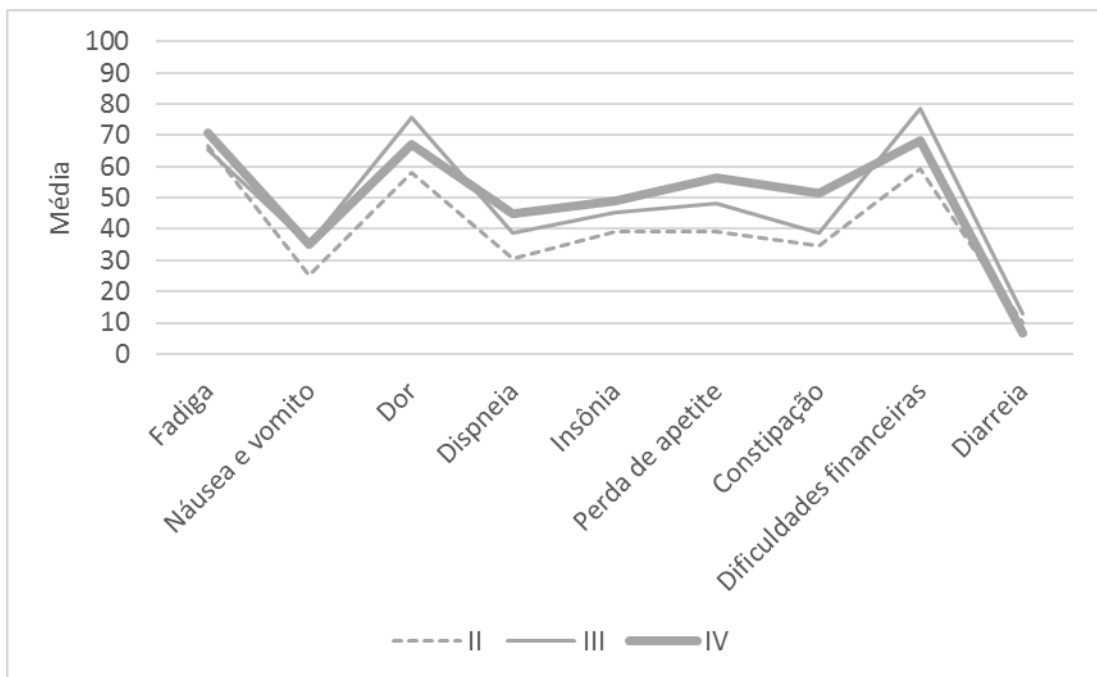


Gráfico 14: Resultados das escalas de sintomas por estadiamento



Para comparar as três fases de estadiamento II, III e IV foi realizado o teste de Kruskal-Wallis para testar a hipótese nula de que todas as populações possuem funções de distribuição iguais contra a hipótese alternativa de que ao menos duas das populações possuem funções de distribuição diferentes. O nível de significância estabelecido foi o valor $p < \alpha = 0,05$.

Portanto, estamos diante de um teste para avaliar as hipóteses:

- H_0 : Não existe diferença na escala de qualidade de vida, avaliada entre as três fases de estadiamento.
- H_1 : Existe diferença na escala de qualidade de vida, avaliada entre as três fases de estadiamento.

Segue a tabela de dados com os valores p resultantes do teste de Kruskal-Wallis referentes a cada escala:

Tabela 58: Tabela das medianas das escalas do questionário EORTC separadas por fase de estadiamento

Escala performance status		Fase do estadiamento atual									valor p
		II			III			IV			
		Med.	[25% ;	75%]	Med.	[25% ;	75%]	Med.	[25% ;	75%]	
Status de saúde global / QoL											
Status de saúde global/QoL	QL2	50	33,33	58,33	41,67	25	50	33,33	16,67	41,67	0.0113
Escalas funcionais											
Funcionamento físico	PF2	46,67	26,67	63,33	40	13,33	73,33	13,33	0	33,33	0.0000
Desempenho pessoal	RF2	0	0	33,33	0	0	58,33	0	0	0	0.0016
Funcionamento emocional	EF	58,33	29,17	70,83	41,67	16,67	66,67	33,33	8,33	58,33	0.0405
Funcionamento cognitivo	CF	83,33	50	100	83,33	33,33	100	66,67	33,33	83,33	0.0248
Funcionamento social	SF	50	41,67	83,33	50	33,33	83,33	50	16,67	66,67	0.0561
Escalas / itens de sintomas											
Fadiga	FA	77,78	50	88,89	66,67	44,44	88,89	77,78	55,56	88,89	0.5057
Náusea e vomito	NV	16,67	0	50	33,33	0	66,67	33,33	0	50	0.5451
Dor	PA	83,33	8,33	83,33	83,33	66,67	100	83,33	50	100	0.1906
Dispneia	DY	0	0	66,67	33,33	0	66,67	33,33	0	100	0.2074
Insônia	SL	0	0	83,33	33,33	0	100	33,33	0	100	0.5116
Perda de apetite	AP	33,33	0	83,33	33,33	16,67	83,33	66,67	33,33	100	0.1324
Prisão de ventre	CO	0	0	83,33	33,33	0	66,67	66,67	0	100	0.0824
Diarréia	DI	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.3066
Dificuldades financeiras	FI	66,67	33,33	100	100	66,67	100	100	33,33	100	0.2050

Através destes resultados, percebe-se que existem evidências estatísticas para rejeitar a hipótese de que o status de saúde global não apresenta diferenças, conforme avaliado e de acordo com a fase de estadiamento da doença.

Nota-se, também, que a hipótese de que não existe diferença na escala de qualidade de vida em relação as três fases de estadiamento foi rejeitada para quase todas as escalas funcionais (exceto a escala de funcionamento social), da qual podemos notar, claramente, que tanto suas medianas quanto os intervalos interquartis de 25% e 75% decrescem, conforme avança a fase de estadiamento. Isto implica que existem evidências estatísticas para afirmar que as escalas de funcionamento físico, desempenho pessoal, emocional e cognitivo apresentam diferença significativa, conforme avança a fase de estadiamento.

E por fim, para as escalas sintomáticas, obteve-se um valor p maior do que o nível de significância estabelecido, portanto não possuímos evidências estatísticas suficientes para afirmar que a fase de estadiamento é um fator que influencia essas escalas.

CAPÍTULO V – DISCUSSÃO DOS DADOS

A neoplasia mamária é a mais incidente entre as mulheres, e muitas vezes, uma experiência temerosa entre elas. Um dos motivos pelo qual o câncer de mama é tão temido pelas mulheres é o fato de que seu tratamento pode ser mutilador, causando alterações físicas na autoimagem e emocionais. Suas consequências requerem que os profissionais de saúde realizem cuidados técnico-científicos integrais e humanizados, para atender todas as necessidades de cuidado. Os impactos causados pela doença devem ser avaliados, constantemente, pelos profissionais, desde a sua ameaça e tormenta quando se conjugam diversos fatores de risco para o seu desenvolvimento, no ínterim do diagnóstico e tratamento, até o momento em que não há possibilidades terapêuticas para a cura.

A análise do perfil sociodemográfico e clínico-patológico das mulheres com câncer de mama localmente avançado ou metastático, bem como a sua qualidade de vida, contribui para o planejamento das ações de saúde e para o desenvolvimento dos cuidados de enfermagem. De uma maneira geral, resultam na maior possibilidade de oferecer atendimento integral em consonância com a realidade de cada mulher, respeitando suas particularidades e adaptando as ações de acordo com as respostas individuais.

Na análise dos dados sociodemográficos dessa pesquisa, é possível observar que a média de idade das mulheres entrevistadas foi de 53,68 anos, com desvio padrão de 11,99, e extremos de idade de 28 a 90 anos. Tal resultado, apesar de revelar algumas particularidades nos extremos de idade, com grupo de *outliers*, por exemplo, apresenta consonância com estudos realizados em outros estados brasileiros, e vai ao encontro das políticas públicas, considerando a faixa etária principal da população-alvo para ações de rastreamento e diagnóstico precoce do câncer de mama (LÔBO et al., 2014; GOZZO et al., 2014; GARCIA et al., 2015).

Para corroborar a afirmativa da conformidade do dado no aspecto idade, destaca-se que estudo realizado em Fortaleza/CE com pacientes, que realizavam quimioterapia, apresentou média de idade de 52,1 anos e variação de idades entre 29 e 82 anos (LÔBO et al., 2014). Estudo realizado em Ribeirão Preto/SP, com mulheres com câncer de mama também em tratamento quimioterápico, apresentou intervalo de idade de 31 a 70 anos, com média de 50 anos e desvio padrão de 15,5 (GOZZO et al., 2014). Em Curitiba/PR, onde se realizou estudo em duas instituições, uma pública e outra privada, foi observado que as médias de idade das mulheres foram, respectivamente, 55 e 44,9 anos (GARCIA et al., 2015). Observa-

se que a média de idade das mulheres atendidas no hospital público foi maior em relação à privada. Este resultado corrobora com o dado encontrado no contexto investigado, como também um hospital de natureza pública.

Quando a comparação da variável idade ganha o cenário internacional, atenta-se para possíveis diferenças atreladas ao nível de desenvolvimento econômico entre os países. Em países considerados como “desenvolvidos” pela Organização das Nações Unidas (ONU), como Itália e Japão, observam-se medianas mais elevadas e variações com idade mínima maior que a observada no presente estudo, por exemplo. Na Itália, estudo com 67 pacientes com câncer de mama que tiveram T4 no diagnóstico foi verificada a idade mediana de 64,2 anos (desvio padrão de 16) e variação de idade entre 38 e 95 anos (MONTAGNA et al., 2017). Já no Japão, na análise do registro de 109.617 pacientes com câncer de mama entre os anos 2004 e 2009, a mediana de idade foi de 58 anos (KATAOKA et al., 2014).

Em contrapartida, quando comparado com outros países considerados, como no caso do Brasil, com economias “em desenvolvimento”, a exemplo da China, observa-se parcela da população mais jovem suscetível ao desenvolvimento da doença. A variação de idade em estudo realizado no sul da China com 243 mulheres com câncer de mama metastático HER2 + ficou compreendida entre 26 e 76 anos (QIN et al., 2015).

A faixa etária mais incidente, na presente pesquisa, foi de 40 a 69 anos, correspondendo a 76,88% do total de mulheres entrevistadas, resultado comum dentre as três fases de estadiamento. Em menção aos estudos supracitados, apreende-se que as faixas etárias mais incidentes encontradas por Lôbo et al. (2014) e Gozzo et al. (2014) foram, respectivamente, de 36 a 65 anos (86,2%) e de 41 a 60 anos (63,6%). E, ainda, o estudo realizado na Itália evidenciou maioria das pacientes na faixa etária entre 41 a 69 anos (50,7%) (MONTAGNA et al., 2017).

Avançando a discussão para o destaque nas particularidades nos extremos de idade, verifica-se que das 199 mulheres com câncer de mama localmente avançado ou metastático entrevistadas, 24 mulheres (12,07%) possuíam idade entre 18 e 39 anos, e a maioria destas (91,66 %) com idade entre 30 a 39 anos. Desse modo, constata-se que essas 24 mulheres entrevistadas não estão concentradas em faixas etárias asseguradas por políticas públicas para ações de rastreamento e diagnóstico precoce, salvo situações particulares que envolvam características pessoais, como história familiar e genética.

No âmbito da gestão, é preciso alertar para esse aspecto da idade, ou seja, do câncer de mama afetando mulheres jovens, uma vez que esta realidade tem sido apresentada em outros estudos. No estudo de Gozzo et al. (2014), 18,2% da amostra tinham de 31 a 40 anos de

idade. No Centro de Oncologia da Universidade de Mansoura, no Egito, a incidência de pacientes com idade inferior a 35 anos, quando diagnosticadas com câncer de mama, foi de 8,2% do total de 4.628 pacientes (FAROUK et al., 2016).

As diferenças socioeconômicas entre países podem, também, auxiliar na discussão do aspecto idade considerando a incidência em mulheres com idade inferior a 35 anos, uma vez que, no Japão, a partir do registro de 109.617 casos de pacientes com câncer de mama entre 2004 e 2009, verificou-se que apenas 2,7% (2.982) eram mulheres jovens, com idade menor que 35 anos. Dessas pacientes, 1172 (43,9%) foram diagnosticadas no estadiamento II, além de jovens diagnosticadas no estadiamento 0 (298) e I (832), e poucas no estadiamento IV (87). Diante destes números, destaca-se que a reflexão dos autores girou em torno da preocupação em ter mulheres jovens com câncer de mama diagnosticadas em estágios mais avançados (KATAOKA et al., 2014).

Na presente pesquisa, nenhuma mulher com menos de 40 anos foi diagnosticada no estadiamento 0 ou I. Além disso, ao realizar uma análise mais detalhada acerca dessas 24 mulheres jovens participantes do estudo, observou-se que 15 mulheres (62,5%) se encontram no estadiamento atual IV. A maioria, 14 mulheres, têm menos de um ano de matrícula na instituição e apenas quatro mulheres têm mais de cinco anos. O estadiamento inicial mais incidente dentre essas 24 mulheres foi o III (62,5%), seguido do II (29,17%) e, por fim, o estadiamento IV (8,33%). Tal realidade coaduna com a dificuldade para o diagnóstico precoce do câncer de mama, no itinerário terapêutico e no primeiro tratamento anticâncer, e que a incidência do câncer cresce progressivamente na faixa etária abaixo dos 50 anos.

Comparativamente ao estudo realizado no Cairo, Egito, no período entre 2008 a 2010, em 9,2% (458 mulheres) dos casos de câncer de mama patologicamente comprovado as mulheres tinham 35 anos ou menos, e os estadiamentos iniciais mais incidentes foram III (45,9%) e o II (39,6%), e 10,2% dessas mulheres já estavam em estadiamento IV (DARWISH et al., 2017). Outra realidade similar foi evidenciada na Índia em estudo com 251 pacientes com carcinoma invasivo de mama com idade \leq 35 anos, que verificou maior incidência do estadiamento inicial III (55%), porém, o estágio IV (22%) foi significativamente maior do que o encontrado na presente pesquisa (8,3%). Cabe informar que 2,5% das mulheres jovens indianas foram diagnósticas no estadiamento I (GOGIA et al., 2014).

O câncer de mama em mulheres jovens é agressivo, desde o momento do diagnóstico. Mulheres jovens, com câncer de mama, podem desenvolver tumores de maior tamanho, linfonodos positivos, estágio avançado, graus 2 e 3 mais comuns, predominância de carcinoma ductal invasivo, super expressão de HER2 (DARWISH et al., 2017).

Estudo realizado no Paraná, no Serviço de Epidemiologia Hospitalar do Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Paraná, verificou que ocorreram 638 notificações de câncer de mama entre 2003 e 2011, das quais 68 (10,6%) eram mulheres com menos de 40 anos de idade, e dessas 21 (30,9 %) foram a óbito. Em sequência, a autora do estudo do Paraná realizou a análise do perfil epidemiológico das 21 mulheres com menos de 40 anos que foram a óbito, e constatou que 85,7% se encontravam na faixa etária de 30 a 39 anos, com sobrevivência média de 40 meses (a autora considerou a data do diagnóstico e a data do óbito), e que 80,9% destas mulheres foram diagnosticadas em estádios III ou IV, e 14,3% em estágio II.

Apesar de o câncer de mama não ser muito frequente em mulheres com menos de 40 anos, quando o mesmo ocorre, atenção especial deve ser dispensada, visto que dados epidemiológicos demonstram que o diagnóstico se faz em estádios avançados, bem como há elevada taxa de mortalidade, sendo que o pior prognóstico está no grupo de mulheres com idade igual ou inferior a 35 anos. (SEBASTIÃO et al., 2014, p.463).

Assim, mulheres jovens com câncer de mama constituem um grupo único de pacientes, pois apresentam características especiais do tumor, a saber: uma apresentação mais avançada, com um comportamento biológico muito mais agressivo, e um comprometimento maligno significativamente maior do linfonodo axilar (FAROUK et al., 2016).

Deste modo, os resultados encontrados na presente pesquisa corroboram com outros estudos, pois levam a refletir que existem mulheres jovens com câncer de mama diagnosticadas em fase de estadiamento avançado, e que a doença está evoluindo de maneira agressiva, uma vez que, na presente pesquisa, a maioria das mulheres já se encontra no estadiamento atual IV e com pouco tempo de matrícula na instituição.

Além do grupo de mulheres jovens, outra particularidade relacionada à idade que merece destaque refere-se às mulheres idosas e muito idosas. Foram identificadas 59 mulheres com 60 anos ou mais, correspondendo a 29,65%. Cabe salientar que, conforme o Estatuto do Idoso, são considerados idosos as pessoas com idade igual ou superior a 60 anos (BRASIL, 2013).

A preocupação com a população idosa no Brasil soma fatores relacionados à transição demográfica, com progressivo aumento desta parcela da população, maior acometimento por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), com destaque para o câncer, considerando a idade avançada como importante fator de risco e maior possibilidade de outras comorbidades associadas (OLIVEIRA et al., 2015). Assim, uma vez diagnosticado com câncer, o idoso aumenta sua vulnerabilidade aos impactos no estado global de saúde, o que afeta diretamente

a qualidade de vida, e passa a depender de uma rede de cuidado; o que compromete sua autonomia e capacidade de autocuidado.

As DCNT constituem um dos maiores problemas de saúde pública atualmente. Estudo realizado por Malta et al. (2015) aponta que, do total de entrevistados 45,1%, maiores de 18 anos relataram ter pelo menos uma DCNT.

O envelhecimento da população é um fenômeno mundial. De acordo com projeções demográficas realizadas pela OMS, no ano de 2025 o Brasil terá 32 milhões de idosos e será o sexto país do mundo em número de pessoas idosas (BRASIL, 2013). Porém, por estar vivenciando o fenômeno de forma acelerada, a exemplo de outros processos, como a própria globalização, como país “em desenvolvimento”, destacam-se importantes desafios para o atendimento à saúde da população idosa, com elevados custos financeiros e sociais. Dentre o principal desafio, aponta-se a gestão em saúde, diante do aumento da incidência das doenças crônicas, elevada demanda por cuidados de alta complexidade, e carência na oferta de cuidados paliativos.

Na atualidade, buscam-se tratamentos menos agressivos e sua individualização. As escolhas médicas do tratamento dependem de um conjunto de fatores, incluindo, por exemplo, o estadiamento da doença, suas características biológicas, as condições clínicas gerais da paciente, a idade, o status menopausal, as comorbidades e as preferências pessoais (BRASIL, 2016). Em geral, a maioria das idosas é submetida a todas as modalidades terapêuticas disponíveis nos serviços, como: cirurgia, quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia. As pacientes idosas devem ser avaliadas quanto a uma série de variáveis, dentre elas, a própria idade, o estágio da doença, presença ou não de metástase, o poder de toxicidade dos medicamentos e seu custo-benefício (SOUZA et al., 2015).

Com o aumento da expectativa de vida da população mundial, espera-se que o câncer de mama em idosos venha aumentar de maneira significativa. Conseqüentemente, os sistemas de saúde, e os profissionais de saúde devem encontrar estratégias para atender as demandas desse público.

A tendência de mortalidade por câncer de mama em mulheres foi analisada nas diferentes regiões do estado do Rio de Janeiro, no período entre 1996 e 2011, identificou-se que as mulheres de 60 anos ou mais apresentaram taxas cerca de sete a oito vezes maiores do que em mulheres com idade inferior a 60 anos. Dentre as razões que podem estar associadas à mortalidade destacam-se as comorbidades (FERREIRA; MATTOS, 2015). Corroborando com o impacto da idade com a taxa de mortalidade por câncer, o estudo realizado na Turquia que analisou o arquivo de 1064 mulheres com câncer de mama em que 25,3% tinham 65 anos

ou mais no momento do diagnóstico, verificou que a sobrevivência das mulheres com idade igual ou superior a 65 anos foi afetada negativamente por idade no diagnóstico, estágio clínico e presença de comorbidades (KARTAL et al., 2013).

Ao considerar apenas as mulheres idosas (59), observa-se que na presente pesquisa a faixa etária mais incidente foi de 60 a 69 anos (62,7%), seguida da 70 a 79 anos (30,5%) e, por fim das de 80 a 90 anos (6,8%), com média de idade de 68,1 anos e desvio padrão de 6,8. Corroborando com os resultados encontrados nesta pesquisa, o estudo realizado por Souza et al. (2015) em São Paulo com 1299 casos de mulheres idosas (60 ou mais anos de idade) diagnosticadas com câncer de mama, entre os anos de 2001 a 2006, verificou que a faixa etária mais incidente também foi, respectivamente, de 60 a 69 anos (54%) seguida da 70 a 79 anos (34%) e, por fim, de mulheres com 80 anos ou mais (12%), a média de idade obtida nesse estudo foi de 70,1 anos com desvio padrão de 7,3 anos.

Ao analisar o estadiamento inicial das mulheres idosas e muito idosas, observou-se que os estadiamentos iniciais mais incidentes foram, respectivamente, o III (44,1%), seguido do II (39%) e 5,1% foram diagnosticadas já no estadiamento IV. As maiores incidências nos estadiamentos III e II também foram detectadas no estudo realizado por Souza et al. (2015), porém com inversão das proporções; o estadiamento inicial mais incidente o II (44%), seguido do III (28%).

Das mulheres idosas e muito idosas, observa-se que o estadiamento atual mais incidente foi o IV (81,36 %) e, ao realizar uma análise mais aprofundada, verifica-se que todas as quatro mulheres com idade igual ou superior a 80 anos de idade estavam no estadiamento IV. A associação da idade mais avançada, em mulheres muito idosas, com o estadiamento mais avançado do câncer de mama também foi evidenciada no estudo de Kartal et al. (2013), observou-se uma taxa de 19,2% das mulheres com 75 anos ou mais, 15,4% nas mulheres entre 70 e 74 anos, 14,8% naquelas entre 65 e 69 anos e 7,8% das mulheres com menos de 65 anos. Desse modo, com o avanço da idade, aumenta-se a proporção de mulheres diagnosticadas com a doença em estadiamento IV.

Na presente pesquisa, observa-se que as mulheres idosas estão sendo diagnosticadas em estadiamentos avançados (III e II), porém, mesmo que em pequenas proporções, algumas mulheres foram diagnósticas em estadiamentos iniciais. Contudo, ao observar separadamente as mulheres com idade igual ou superior a 80 anos, verifica-se que 50% foram diagnosticadas em estadiamento II, e os outros 50% no estadiamento III, ou seja, nenhuma em estadiamento inicial (in situ ou I).

As recomendações do Ministério da Saúde preconizam realização anual de exame clínico da mama (ECM) para todas as mulheres a partir de 40 anos, já o rastreamento por mamografia é recomendado para mulheres com idade entre 50 a 69 anos, com intervalo máximo de 2 anos entre os exames. Para mulheres pertencentes a grupos com riscos elevados de desenvolver câncer de mama recomenda-se o ECM e mamografia anual, a partir dos 35 anos (BRASIL, 2004). No ano de 2008, o governo ampliou a realização de exame mamográfico a todas as mulheres, a partir dos 40 anos de idade (Lei n. 11.664/2008) (BRASIL, 2008). Por sua vez, a American Cancer Society (ACS) publicou, em 2015, novas diretrizes para rastreamento do câncer de mama, recomendou-se as pacientes de médio risco de câncer de mama devem ser submetidas a mamografias regulares a partir dos 45 anos (OEFFINGER et al., 2015). Observa-se que não existe um consenso sobre o rastreamento para mulheres abaixo de 40 anos e acima de 70 anos.

Diante dos resultados apresentados em relação a idade das mulheres com câncer de mama, observa-se que o diagnóstico precoce do câncer de mama é tão importante para as jovens quanto para as idosas, é de grande relevância reavaliar a faixa etária definida nos programas nacionais de rastreamento do câncer de mama no Brasil. Dentre as medidas de prevenção, deve-se alertar para a educação em saúde, por meio de esforços para informar melhor a população sobre o benefício do diagnóstico precoce, bem como a sensibilização de profissionais de saúde e cuidadores (ginecologistas, clínicos gerais e funcionários de asilos) para que todos fiquem conscientes de que câncer de mama não discrimina idade (MONTAGNA et al., 2017).

Outras variáveis, relacionadas ao perfil sociodemográfico, devem ser levadas em consideração, tais como o grau de escolaridade e a renda *per capita* dessas mulheres. Nesta pesquisa, foi observado que a escolaridade mais comum das mulheres que compõem a amostra foi o 1º grau incompleto (40,2%). Considerando as mulheres que têm até o 1º grau completo, incluindo as mulheres analfabetas, somam-se 52,77%, enquanto 12,57% começaram ou concluíram o ensino superior.

Tais resultados são compatíveis com o estudo de Lôbo et al. (2014), em que 60,7% possuíam até o 1º grau completo e apenas 9,7% começaram ou concluíram o ensino superior. Esta semelhança também é observada no estudo de Gozzo et al. (2014), em que 50% das mulheres tinham o 1º grau incompleto. Já em um estudo realizado no Paraná, 28,1% das mulheres atendidas na instituição pública tinham até nove anos de estudo, enquanto aquelas atendidas em uma instituição privada esse grau de escolaridade representava apenas 6,4%,

pois a maior parte das mulheres atendidas na instituição privada (56,2%) tinha mais de 12 anos de estudo (GARCIA et al., 2015).

O estudo realizado em Sergipe, cujo objetivo era identificar as barreiras no acesso à atenção em saúde ao câncer de mama, de acordo com a percepção de mulheres que estavam fazendo quimioterapia, obteve como resultado que, no período de detecção, a falta de informação sobre a patologia foi a barreira mais incidente dentre aquelas de aspectos socioculturais, representando 38,4%. Os autores associam tal resultado à baixa escolaridade dessas mulheres. Nesse mesmo estudo, 20,7% das mulheres eram analfabetas; e outro resultado que chama atenção é com relação à renda, uma vez que 39,7% das mulheres foram classificadas como pertencentes a classe D, conforme Critério de Classificação Econômica Brasil (GONÇALVES et al., 2014).

Esse resultado corrobora com o estudo de Medeiros et al. (2015), que analisou dados de 137.593 mulheres diagnosticadas com câncer de mama, no sistema público de saúde brasileiro entre 2000 e 2011, cadastradas nos registros hospitalares de câncer, identificou-se que mulheres com menos de oito anos de estudo, dentre outros fatores, são mais susceptíveis ao atraso no início do tratamento. Assim, pessoas com pouca escolaridade têm maior dificuldade para realizar as medidas de prevenção contra o câncer de mama, conseqüentemente, para detectar precocemente a doença, e as pessoas com pouca escolaridade são maioria nos serviços públicos de atenção à saúde, quando comparado com a rede privada (GARCIA et al., 2015).

Na presente pesquisa, ao analisar as mulheres com estadiamento atual IV, observa-se que 54,48% das mulheres tinham pouca escolaridade, o que coaduna com os resultados supracitados, o que reflete características de um cenário de uma instituição pública, a situação de uma país com distribuição desigual de renda, marcada pelo produto interno bruto (PIB) *per capita*. Entretanto, destaca-se que 45,51% da amostra é formada por mulheres com alta escolaridade, o que também pode estar relacionado com o acesso à informação e entendimento da gravidade da doença, e que, mesmo detendo conhecimento, o câncer pode afetar essas pessoas, independente desse aspecto, incluindo classe econômica, cor ou raça.

Quando se realizou, na presente pesquisa, o teste Qui-Quadrado, analisando o estadiamento inicial das mulheres com estadiamento atual IV de acordo com o grau de escolaridade, verificou-se que não se pode afirmar que o fato da mulher apresentar um maior grau de escolaridade terá a doença diagnosticada em um estadiamento mais inicial em relação as mulheres com pouca escolaridade.

Um dos maiores desafios dos profissionais da saúde que trabalham diretamente com atendimento de pacientes é estabelecer uma comunicação clara e eficaz, adaptada ao nível de entendimento de cada pessoa. A comunicação deve levar em consideração o grau de escolaridade, os conhecimentos prévios e o contexto de vida de cada pessoa e família. Assim facilita o estabelecimento de vínculo de confiança e a adesão às orientações.

Associado ao aspecto da escolaridade, a discussão deve considerar a renda *per capita* das mulheres entrevistadas, em especial, diante da situação de crise econômica vivenciada no Brasil, com elevada taxa de desemprego e mercado informal. Apreende-se que apenas 9,05% das mulheres vivem com mais de dois salários mínimos, enquanto 90,96% vivem com menos de um salário mínimo ou de um a dois salários mínimos. Desse modo, alega-se que mesmo as mulheres com alta escolaridade, na situação atual de doença avançada, ou não estavam inseridas formalmente no mercado de trabalho, ou não estavam ocupando os melhores cargos, conseqüentemente, recebendo os melhores salários, visto que apenas 8,04% das mulheres declararam possuir vínculo empregatício, o que é a fonte de renda da maioria (65,83%) proveniente de seguro previdenciário, aposentadoria e fundo de pensão. Destaca-se, ainda, que 21,61% das mulheres declararam não possuir fonte de renda, vivem com a ajuda de familiares, amigos e doações.

Na pesquisa, verifica-se que um dos benefícios do governo mais utilizado pelas mulheres foi o benefício de prestação continuada da assistência social (BPC). O BPC é um direito garantido pela Constituição Federal de 1988, e o Decreto nº 6214/2007 regulamenta esse benefício, que é garantido à pessoa com deficiência e ao idoso, tendo como critério fundamental que a renda *per capita* familiar seja inferior a 1/4 (um quarto) do salário mínimo. Para a implantação de tal benefício, é necessária a organização e cooperação de três setores sociais, quais sejam: previdência social, assistência social e sistema de saúde (BRASIL, 2007; VAITSMAN; LOBATO, 2017).

Na luta contra o câncer, é importante que as pessoas conheçam seus direitos pois, muitas vezes, por falta de informação, não usufruem dos direitos preconizados na legislação, e esses benefícios podem ser de grande valia para auxiliar, financeiramente, a paciente. Destaca-se que a presente pesquisa foi realizada em uma instituição pública onde as pacientes, em sua maioria, apresentam baixa renda *per capita* e pouca escolaridade, fatos que indicam trata-se de uma população propensa a usufruir do benefício BPC. Ressalta-se, ainda, que as pacientes recebem orientação de assistentes sociais em relação aos seus direitos e quanto à solicitação dos benefícios, de acordo com cada caso.

O elevado número de mulheres com baixa renda afeta, diretamente, a qualidade de vida, em decorrência dos custos diretos e indiretos relacionados à condição de doença avançada, que devem ser somados a diversos outros aspectos, como o local de residência, considerando as distâncias percorridas na região metropolitana do Rio de Janeiro, o número de filhos menores de idade, e a própria necessidade da mulher em se retirar do mercado de trabalho, o que é grave quando a atividade é desenvolvida no mercado informal. Assim, apesar dos tratamentos de saúde serem oferecidos pelo governo, tem-se que levar em consideração que essas pacientes podem apresentar outros custos relacionados ao tratamento, como a compra de medicamentos, transporte, entre outros, e estes adicionados às despesas básicas (alimentação, moradia, educação).

O câncer de mama localmente avançado ou metastático é uma doença muito agressiva que causa alterações no nível psicológico da paciente, e os sintomas decorrentes do tratamento e evolução da doença podem fazer com que diminua a produtividade da mulher no trabalho, é importante que a equipe multidisciplinar gerencie o controle dos sintomas da maneira mais adequada, auxiliando-a a continuar ou retornar ao trabalho o mais breve possível.

Em geral, os sintomas e as interferências relacionadas ao câncer de mama localmente avançado ou metastático reduzem o desempenho no trabalho, impactando no retorno às atividades. Considerando a faixa etária produtiva, Cleeland et al. (2014) sugerem a idade como um fator importante, uma vez que os resultados apontaram que pacientes mais jovens sentem maior gravidade dos sintomas, pior qualidade de vida, e maior comprometimento da atividade em relação às pacientes mais velhas.

Deve-se levar em consideração o número significativo das mulheres entrevistadas estavam em estadiamento IV e outras com a *performance status* III e IV (71,86%), o que pode limitar as mesmas de possuírem condições físicas e psicológicas para trabalhar.

Um estudo realizado na Associação de Nações do Sudeste Asiático, composta por dez países (Brunei, Camboja, Indonésia, Laos, Malásia, Myanmar, Filipinas, Singapura, Tailândia e Vietnã), com pacientes com câncer, em que a maioria da população entrevistada era formada por mulheres e o tipo de câncer mais incidente foi o de mama, avaliou o impacto econômico do câncer, demonstrando que pacientes de qualquer grupo socioeconômico podem apresentar dificuldade financeira, sobretudo aqueles mais pobres e os subsegurados. Foi verificado que os pacientes com poder socioeconômico menor, ou diagnosticados em fases mais avançadas da doença, apresentaram probabilidades, significativamente, maiores de

falência financeira e morte em relação aos participantes com alta renda e estadiamento inicial I (AROUNLANGSY et al., 2015).

As desigualdades sociais no Brasil podem ser percebidas de diferentes maneiras. Garcia et al. (2015), verificaram que a renda familiar média das mulheres atendidas na instituição pública foi de 3,9 salários mínimos, enquanto das atendidas na rede privada foi mais que o triplo (13,8 salários mínimos). Tal fato leva a refletir que, ao analisar o perfil sociodemográfico das mulheres com câncer de mama, deve-se ponderar a característica da instituição onde se realizou a pesquisa, ou seja, distinguindo-a entre pública ou privada, tendo em vista que há notória diferença entre os perfis destas populações.

No Brasil, parte da população possui plano de saúde, mesmo quando oferecidos serviços de saúde gratuitamente por meio do SUS. Ao avaliar as coberturas de planos de saúde no Brasil, a partir dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde, realizada em 2013, constatou-se que 27,9% das pessoas possuíam algum plano de saúde. Ao avaliar a proporção daqueles que possuem plano de saúde, estratificando por nível de escolaridade, percebeu-se que há uma proporção maior para o grupo com curso superior completo, atingindo 68,8%, frente às pessoas sem nível de instrução ou com ensino fundamental incompleto, cuja parcela desta população que tem plano de saúde representa 16,4%. Os autores discutem ainda que a escolaridade é tida como *proxy* de renda e ressalta que o aumento das coberturas dos planos de saúde reflete a melhora da oferta de empregos e do crescimento da economia do país (MALTA et al., 2017).

Ao analisar o resultado encontrado por Malta et al. (2017), assimila-se que a relação inversa acontece em momento de crise econômica, ou seja, a recessão e o desemprego refletem a diminuição da cobertura pelos planos de saúde. Assim, numa discussão temporal, deve-se levar em consideração que a pesquisa de Malta et al. (2017) foi realizada em 2013. Entretanto, a economia brasileira encontra-se em recessão desde o segundo trimestre de 2014, segundo dados do Comitê de Datação do Ciclo Econômico (CODACE) da Fundação Getúlio Vargas (FILHO, 2017). Devem-se ponderar os impactos da crise econômica na saúde da população brasileira, pois, com a crise, ocorre um aumento do desemprego e o endividamento das famílias, conseqüentemente, diminuindo as condições financeiras destas em arcar com os custos de um plano privado de saúde, aumentando a demanda por atendimento no sistema público.

Nos resultados apresentados pela Agência Nacional de Saúde (ANS, 2017) ao analisar a taxa de crescimento (%) do número de beneficiários (beneficiários em planos privados de assistência médica com ou sem odontologia) em relação a dezembro do ano anterior (Brasil -

2007-2017), constatou-se que o valor em 2014 (1,9) foi o menor em relação aos anos anteriores, e que nos anos de 2015 (-2,3), 2016 (-3,1) e 2017 (-0,8) apresentaram valores negativos, sendo esses valores um reflexo da crise que o país enfrenta.

O estudo realizado com mulheres com câncer de mama em Shanghai/China verificou que a alta renda familiar foi associada a uma melhor qualidade de vida de pacientes com câncer de mama em todos os domínios avaliados (YAN et al., 2016). Desse modo, na situação de baixa renda *per capita*, somada a pouca escolaridade e à principal fonte de renda proveniente de seguro previdenciário, aposentadoria ou fundo de pensão, há uma maior probabilidade de uma piora da qualidade de vida e das *escalas* funcionais das mulheres com câncer de mama localmente avançado ou metastático.

Outro ponto importante que deve ser analisado é o local de residência dessas mulheres. Na pesquisa, nenhuma mulher reside em outro estado do país, a grande maioria das mulheres (91,96%) reside na região metropolitana do estado do Rio de Janeiro. Das 183 mulheres que residem na região metropolitana, verificou-se que a maioria vive na cidade do Rio de Janeiro (50,82%), representa mais do que a metade das mulheres que vivem nesta região. Entretanto, mesmo o deslocamento na cidade pode ser dificultoso considerando o comprometimento físico e emocional causado pela doença, as dificuldades financeiras para arcar com o transporte e com potenciais restrições de suporte familiar para acompanhar essas mulheres.

Mas deve ser ressaltado que o paciente com câncer tem direito ao vale social, que é um benefício assegurado por lei que garante a gratuidade em ônibus intermunicipais, trens, metrô e barcas no Estado do Rio de Janeiro, para portadores de deficiência ou doença crônica, como o câncer, que exija tratamento médico continuado e cuja interrupção do tratamento possa acarretar risco de vida. Ressalta-se que mesmo o paciente adulto, o acompanhante também terá direito ao vale social, desde que a necessidade de acompanhante seja indicada em laudo médico (Lei Estadual nº 4.510, de 13/01/2005) (RIO DE JANEIRO, 2005). Esse benefício é de grande valia para as pacientes da presente pesquisa, uma vez que apresentam baixa renda *per capita* e esse benefício tende a contribuir para um menor abandono do tratamento das pacientes.

No Brasil, como estratégia para a interligação de todos os níveis de saúde, foi instituída, em 2013, a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS, cujo objetivo é a redução da mortalidade e da incapacidade causadas por esta doença. Essa política relata a necessidade de se garantir o cuidado integral ao usuário na Rede de Atenção à Saúde de forma regionalizada e descentralizada, estabelece que o tratamento do câncer será realizado em

estabelecimentos de saúde habilitados como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) ou como Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON). Tais estabelecimentos devem oferecer assistência geral, especializada e integral ao paciente com câncer, atuando no diagnóstico, estadiamento e tratamento (BRASIL, 2013; MAGALHÃES JUNIOR, 2014).

A descentralização da atenção oncológica no SUS permite que os pacientes possam receber a assistência oncológica no seu município de residência ou em local próximo desde a fase de rastreamento até o tratamento e cuidados paliativos.

O rastreamento ativo do câncer de mama, a disponibilidade de exames e o acesso à informação por parte da população permitem a realização do diagnóstico precoce contribuindo para a redução da mortalidade pela doença.

A mamografia é um exame utilizado para o rastreamento da doença e os motivos para a sua não realização podem ser diversos, incluindo o local de residência das pessoas. No estudo realizado por Renck et al. (2014), ao avaliar um programa de prevenção e diagnóstico precoce de câncer de mama, em unidade móvel de mamografia que visitou municípios da região sul do Rio Grande do Sul, Brasil, verificou que a prevalência de mulheres que já haviam realizado mamografia foi bem maior no grupo de mulheres residentes em local com mamógrafo disponível (73,6%), em relação àquelas moradoras nos municípios sem acesso ao exame (52,1%).

O principal método de rastreamento do câncer de mama é o exame de mamografia. Ao avaliar a rede de oferta de mamógrafos no Brasil, a partir da disponibilidade regional do equipamento e da distância entre demanda potencial e oferta de equipamentos no âmbito municipal, Amaral et al. (2017) verificaram que a quantidade total de mamógrafos em uso no Brasil e também daqueles disponíveis para o SUS é suficiente para o atendimento total da população, porém os autores ressaltam que, apesar da existência de um número satisfatório de mamógrafos, esses equipamentos encontram-se mal distribuídos pelo país. A disponibilidade de equipamentos não garante acessibilidade da população.

Em relação às mulheres que participaram da presente pesquisa, em que todas residem no estado do Rio de Janeiro, ao descrever a distribuição dos mamógrafos e das mamografias realizadas no estado do Rio de Janeiro, no período entre 2012 e 2013, verificou-se que não há déficit de mamógrafos, inclusive para o SUS (VILLAR et al., 2015). Esse dado pode indicar o retardo pela busca de assistência à saúde, falta de regularidade nas consultas ginecológicas, dificuldades na realização de outras medidas para o rastreamento do câncer de mama, como o

próprio autoexame, comportamento mais agressivo da doença e/ou desigualdades na oferta da mamografia.

Na presente pesquisa, apesar de haver essa disponibilidade de mamógrafos no estado do Rio de Janeiro, 53,77% das mulheres foram diagnosticadas com o estadiamento inicial III e apenas 4,02% nas fases 0 e I de estadiamento.

No estudo realizado por Dasgupta et al. (2017), em Queensland, Austrália, em uma população de 38.706 mulheres, em que 19.401 (50%) das mulheres apresentaram câncer de mama avançado, observou-se que as mulheres das áreas mais desfavorecidas apresentaram maiores probabilidades de doença avançada do que as de áreas mais favorecidas. Conclui-se que essas desigualdades socioeconômicas, geográficas e residenciais em diagnósticos de estágio avançado persistem, potencialmente, refletindo barreiras no acesso a serviços de diagnóstico.

Por sua vez, o estudo realizado na Itália, ao analisar 67 pacientes com câncer de mama localmente avançado verificou que a grande maioria (91%) dos pacientes vivia em uma área urbana; tendo, assim, fácil acesso aos serviços de saúde, porém o autor afirma que a proximidade residencial parece não ter desempenhado um papel protetivo em relação ao atraso do paciente (MONTAGNA et al., 2017)

A cor/raça das participantes também foi analisada revelando a predominância da cor parda (37,69%), porém, não apresentou uma discrepância significativa da cor branca que vem em seguida (32,16%), resultado esse que, necessariamente, não corrobora com outros estudos, como observado no estudo realizado em Ribeirão Preto/SP, que verificou que a maioria das mulheres era branca (77,3%) (GOZZO et al., 2014).

Vale destacar que o IBGE realizou a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, em 2015, verificou-se uma predominância dos brasileiros que se declaram como brancos 45,2%, seguidos dos pardos 45,1%. Há de se ponderar que os dados do IBGE mostram que existe variação das proporções de raças de acordo com as regiões do país. (IBGE, 2015).

A raça é uma variável complexa de ser analisada isoladamente, deve-se levar em consideração que o Brasil apresenta uma mistura de diversas etnias, pode ser observada a predominância de raça de acordo com a região do país. Outro fato de grande relevância é que essa informação foi obtida por meio de autoclassificação sendo, então, uma informação subjetiva.

No Hospital Regional de Araguaína/TO, ao avaliar os casos de câncer de mama em mulheres, em estádios precoce e tardio, verificou-se que o câncer de mama em estádios

avançados mostrou associação com as pacientes de raça/cor preta, com baixo nível de escolaridade e provenientes do sudeste do estado do Pará (SULEIMAN et al., 2017).

Já o trabalho realizado por Soares et al. (2015), cujo objetivo era descrever a mortalidade por câncer de mama feminino no Brasil segundo a cor, ao analisar as macrorregiões do país, as maiores taxas de mortalidade por câncer de mama foram observadas nas mulheres brancas e pretas das regiões Sul e Sudeste. Por sua vez, no Nordeste, as taxas de mortalidade em mulheres pretas e pardas dobraram em 2010. Uma das conclusões do autor é que as taxas de mortalidade por câncer de mama apresentam variações étnicas e geográficas.

As políticas públicas devem ter como um dos seus objetivos reduzir as desigualdades geográficas e sociais, realizando intervenções direcionadas para diminuir a disparidade entre as pessoas.

O câncer é uma doença crônica e incurável em alguns casos, e seu diagnóstico remete às pacientes experiências dolorosas. As crenças espirituais podem influenciar na maneira como elas irão enfrentar a doença e muitas vezes a sua terminalidade, pois, as pessoas são singulares, devendo os profissionais de saúde assistirem, de forma individualizada e em sua totalidade. Cabe lembrar que a OMS leva em consideração a dimensão espiritual da pessoa em que a saúde é um bem-estar físico, psíquico, social e espiritual, não apenas a ausência de doença ou enfermidade (WHO, 2002).

Primeiramente, é necessário definir o conceito de religião e também diferenciá-la do conceito de espiritualidade, já que são construtos que estão intimamente ligados, e muitas vezes, de maneira errônea considerados como sinônimos.

O conceito de espiritualidade é amplo e envolve significados, propósitos e valores humanos. Remete à reflexão, vinculando-se ou não a uma religião, ao significado da vida, ao sagrado ou transcendente. Enquanto a religião se constitui por crenças, práticas, símbolos, rituais, aproximando o indivíduo ao sagrado ou ao transcendente (KOENIG, 2012).

Na presente pesquisa, não foi questionado se a mulher possuía uma espiritualidade, mas, sim, se a mesma tinha uma religião e qual era. Obtendo como resultado que 97,5% das mulheres possuem uma religião. Verifica-se a predominância da religião evangélica (48,74%), seguida pela católica apostólica romana (40,70%). Resultado muito similar ao estudo realizado na Itália que analisou 67 pacientes com câncer de mama localmente avançado em que se verificou que 94% tinha uma religião (MONTAGNA et al., 2017). Contudo, declarar que possui uma religião não significa que as necessidades da dimensão espiritual da mulher sejam bem atendidas, uma vez que a sua prática pode não ser frequente e não significar paz, aceitação, força, resiliência, ou outros sentimentos positivos frente à situação vivenciada.

No estudo realizado por Cervelin e Kruse. (2014) com o objetivo de conhecer os discursos sobre espiritualidade e religiosidade, que estão sendo utilizados nos livros-textos sobre cuidados paliativos, constatou-se, como resultado, que os mesmos apontam vantagens de o paciente ser religioso e/ou espiritualizado. Ainda relata que o paciente que tem religião/espiritualidade tem uma vida com menos problemas relacionados à saúde e, portanto, com melhor qualidade. A espiritualidade pode ser uma importante estratégia para o enfrentamento de situações estressantes como o câncer (NG et al., 2015).

A religiosidade e a espiritualidade têm correlação com a qualidade de vida, atuam, principalmente, como estratégias de enfrentamento em situações adversas, fica evidente a importância desses fenômenos para as práticas de saúde. É preciso valorizá-los e incluí-los nas formações profissionais, e, assim, na prática do cuidado à saúde, incentivando pesquisas e disseminação de conhecimento sobre o tema. Especialmente, na condição de cuidados paliativos, a relevância da atenção à dimensão espiritual destaca-se pela colaboração no controle de sintomas, como a dor (MELO et al., 2015; ARRIEIRA et al., 2017; EVANGELISTA et al., 2016).

Ressalta-se que a equipe de enfermagem compreende os profissionais que ficam mais tempo em contato com as mulheres, principalmente, quando hospitalizadas, o que exerce um papel importante no cuidado integral, o que remete à necessidade de conhecer esta variável do perfil epidemiológico, e, assim, aumentar as possibilidades de atendimentos das necessidades de cuidado espiritual. “A espiritualidade e religiosidade constituem subsídios para o cuidado dos pacientes e suas famílias, diante das adversidades encontradas no enfrentamento de doenças, durante o processo de hospitalização “ (TAVARES et al.,2018, p.1101).

Uma pesquisa realizada com enfermeiros assistenciais que, prestam atendimento a pacientes oncológicos em um hospital em João Pessoa/PB, cujo objetivo era compreender a espiritualidade sob o ponto de vista desses profissionais que cuidam de pacientes em regime de cuidados paliativos constatou que:

Os enfermeiros consideram a espiritualidade como fonte de força, conforto e fé e que, quando cultivada pelos pacientes em cuidados paliativos, contribui para melhorar a sua condição e aceitar o processo de finitude. Identificaram o apoio familiar, perdão, amor, crença, fé e esperança como necessidades espirituais desses pacientes, as quais podem ser atendidas por eles utilizando variadas estratégias. (Evangelista et al., 2016, pg.176).

O estado civil também foi analisado e observou-se que na presente pesquisa, ao categorizar as mulheres que viviam com ou sem companheiro (a), constatou-se que a maioria vivia com companheiro (53,27%). A diferença não foi tão expressiva em relação as que não

viviam com companheiro (46,73%). Destaca-se que aquelas que viviam sem companheiro incluíram as mulheres solteiras, desquitadas, separadas judicialmente ou divorciadas e viúvas. Em relação ao estado civil verificou-se que o mais comum foi o de mulheres casadas, 38,19%, seguida das mulheres solteiras, 24,62%.

Resultado esse que corrobora com vários estudos nacionais e internacionais que observam a predominância no número de mulheres que possuem companheiro. O estudo realizado em Fortaleza/CE com mulheres com câncer de mama que realizavam quimioterapia verificou que 56,6% tinham companheiro (eram casadas ou viviam em união estável) (LÔBO et al., 2014). O estudo realizado na Malásia também indica que a maioria das pacientes eram casadas (77,8%) (EDIB et al., 2016), fato que também foi observado na pesquisa realizada com mulheres com câncer de mama em Shanghai/China, em que o número de mulheres casadas foi, significativamente, superior aos resultados apresentados nas demais pesquisas citadas, correspondendo a 90,5% (YAN et al., 2016).

Por sua vez, na Itália, ao se analisar 67 pacientes com câncer de mama localmente avançado, verificou-se que 49% possuem um relacionamento, e essa porcentagem é menor do que a citada nos estudos anteriores, mas merece destaque quando analisada em relação a cada faixa etária proposta pelo estudo, uma vez que essa porcentagem diminui e de maneira significativa de acordo com o avanço da idade. Pacientes com idade ≤ 40 anos (80%), 41 aos 69 anos (62%) e ≥ 70 anos (25%) (MONTAGNA et al., 2017).

O processo saúde-doença da mulher com câncer de mama localmente avançado ou metastático provoca medo e incertezas não só em sua vida, mas também nas das pessoas que compõem seu ciclo de convivência, familiares próximos como filhos e cônjuges, fazendo com que eles compartilhem dos sofrimentos, compreendendo-os como uma unidade de cuidado. Os casais podem ter experiências positivas e negativas nas esferas física, psicológica e social a partir dos efeitos do diagnóstico e do tratamento do câncer de mama (ÇÖMEZ; KARAYURT, 2016). Embora deva-se atentar para o atendimento das necessidades dessas pessoas, por se considerar que podem adoecer juntamente com a mulher, pressupõe-se que ela receba maior apoio social, no contexto dessa rede de apoio, o que pode contribuir para o enfrentamento da doença e para o planejamento assistencial.

Salienta-se que o atendimento das necessidades dos familiares, seja por meio de grupos de apoio ou de outras atividades, beneficia indiretamente a melhora da qualidade de vida dos pacientes (NG et al., 2015). Os familiares mais próximos, que participam do processo de cuidado, necessitam de informações adicionais acerca da doença de seu ente querido, o que requer a construção de relação de confiança com os profissionais de saúde, que

devem valorizar o sentimento de compaixão e a escuta ativa, com capacidade de boa comunicação para esclarecer dúvidas sobre o tratamento e seus desdobramentos, bem como atender as necessidades dessas pessoas de forma particular (NERIS; ANJOS, 2014).

Um estudo realizado nos EUA analisou a associação do estado civil e o otimismo entre 722 pessoas sobreviventes de câncer de mama e foi observado que, nas pessoas com até cinco anos de diagnóstico, os casados tiveram escores de otimismo médio mais elevados em comparação com os solteiros (CROFT; SORKIN; GALLICCHIO, 2014). Outro estudo, também realizado nos EUA, observou, dentre vários resultados obtidos, que as mulheres solteiras tiveram 1,18 vezes mais chances de serem diagnosticadas em um estágio mais avançado do que as mulheres casadas (HINYARD; WIRTH; CLANCY; SCHWARTZ, 2017).

Estudos vêm demonstrando que o apoio social pode refletir em uma melhora da qualidade de vida dos pacientes com câncer. O apoio social adequado, proveniente de familiares, amigos e vizinhos, pode melhorar de forma significativa a qualidade de vida das mulheres com câncer de mama, o que desempenha um importante papel no enfrentamento dessa doença (YAN et al., 2016; NG et al., 2015).

Diante desses resultados, é importante analisar a presença do familiar na visão dos profissionais de saúde. De acordo com o estudo realizado por Silva e Lima (2014), que avaliou, na perspectiva de enfermeiros, a participação do familiar na hospitalização de pacientes oncológicos em cuidados paliativos, observou-se que os profissionais tendem a valorizar os aspectos positivos e até mesmo veem a presença do acompanhante como uma oportunidade de capacitá-los para que possam realizar os cuidados no domicílio. Essa capacitação e o estabelecimento de parceria com a família é de responsabilidade não apenas do enfermeiro, mas também de toda a equipe de saúde, uma vez que esse binômio (pessoa doente e sua família) é inseparável.

Um resultado, encontrado na presente pesquisa que merece ser mencionado foi o fato em que a maioria (83,42%) das mulheres não apresentou mudança de estado civil após o diagnóstico da doença. Porém, dentre as 33 mulheres que responderam sim à mudança de estado civil, 18 mulheres relataram que se separaram do companheiro, três mulheres adquiriram um companheiro e 12 mulheres ficaram viúvas.

No momento seguinte foi realizado o teste Qui-Quadrado com um nível de significância de $\alpha = 0,05$ rejeitando-se a hipótese de que as populações referentes a quem adquiriu e a quem se separou do companheiro, respectivamente, possuem a mesma proporção.

Porém, ao analisar o perfil das 18 mulheres que relataram que se separaram do companheiro, verificou-se que a maioria 66,66 % (12 mulheres) tem de 40 a 59 anos de idade, e 61,11 %, ou seja, 11 mulheres estão no estadiamento atual IV da doença.

Desde o rastreamento da doença, é importante o apoio social, incluindo do companheiro e demais familiares mais próximos. Vale destacar que as mulheres entrevistadas tendem a estar fragilizadas, pois estão hospitalizadas por consequências de um câncer de mama localmente avançado ou metastático, um número significativo delas possui metástase (72,86%), e a maioria com o PS 3 e 4 (71,86%). Uma questão importante que também deve ser levada em consideração é que o câncer de mama, além das questões emocionais, pode causar alterações físicas, como pode ser observado no resultado da presente pesquisa em que as mulheres realizaram cirurgia (54,77%), possuem linfedema (16,08%), ferida tumoral (17,09%), além dos efeitos colaterais decorrentes dos tratamentos (náusea, vômito, dor, entre outros). A separação do companheiro/cônjuge pode influenciar na qualidade de vida dessa mulher.

Além da possibilidade de apoio social, o estado civil das mulheres deve ser considerado, uma vez que a doença pode causar um série de distúrbios na sexualidade da mulher. A saúde sexual em mulheres com câncer de mama é um aspecto importante na qualidade de vida que se vê alterada como resultado da doença, e do conjunto de modificações que afeta não apenas a vida da mulher, mas a do casal (BUENO-ROBLES; SOTO-LESMESS, 2016). Não obstante, a vivência da sexualidade não sofre necessariamente uma piora, mesmo após submeter-se a tratamentos que incidem negativamente na sua função sexual. Entretanto, o profissional de saúde deve ficar atento a essas mudanças e demandas para proporcionar melhor cuidado no contexto da assistência oncológica (VIEIRA et al., 2014).

Além dos companheiros/cônjuges, dentre os familiares mais próximos às mulheres destacam-se os filhos. Os filhos também tendem a participar, diretamente, de todo esse processo saúde-doença de maneira ativa, muitas vezes, não tendo idade ou amadurecimento suficiente para compreender o que está acontecendo, e com grau de dependência elevado dos cuidados maternos. Percebe-se, na presente pesquisa, que a grande maioria das mulheres possui pelo menos um filho (90,46%) e que 78,9% têm de um a três filhos.

Quando se analisou de maneira mais detalhada as 180 mulheres que possuem algum filho, verificou-se que 58 mulheres possuem pelo menos um filho menor de idade, e que dessas 58 mulheres, a maioria (67,24%) já se encontra com o estadiamento atual da doença IV, com presença de metástase.

Corroborando com o resultado da presente pesquisa, no estudo realizado em Curitiba/PR, em que se coletaram os dados em duas instituições, uma pública e outra privada, de mulheres com neoplasia mamária submetidas a quimioterapia, foi observado que em ambas instituições mais de 90% possuem pelo menos um filho. A maioria das mulheres tinham de um a três filhos, respectivamente 68,7% e 87,5%. Porém, o número de mulheres com mais de três filhos é, significativamente, maior nas que são atendidas na instituição pública (28,1 %) do que em relação as atendidas na instituição privada (6,4%) (GARCIA et al., 2015). Esse fato pode evidenciar um planejamento familiar mais estruturado nas mulheres atendidas na rede privada, onde já se apontou variações importantes no perfil sociodemográfico.

O número de filhos entre as mulheres varia de acordo com as faixas etárias propostas pelo estudo (MONTAGNA et al., 2017). No estudo realizado no Cairo/Egito, por exemplo, de 458 mulheres com câncer de mama que tinham 35 anos ou menos, verificou-se que 88,6% delas já eram casadas, 65,3% tinham três filhos ou menos, e 15,9% tinham mais de três filhos. (DARWISH et al., 2017).

A preocupação com os filhos, especialmente, os que apresentam uma relação direta de dependência materna, independentemente da idade, pode ser um elemento de força e fé para as mulheres. Os sentimentos vivenciados pelas mulheres, quando recebem o diagnóstico de câncer de mama, relacionam-se ao *“desespero, preocupação com a família, proximidade e medo da morte, tristeza, negação, fé na cura e aceitação”* (BARROS et al., 2018, p.109). As mulheres que são mães expressam maior sentimento de preocupação em relação ao futuro dos filhos, pois acreditam que podem morrer brevemente, despertando preocupações quanto ao relato da doença aos filhos e sobre o seu futuro, pois, se a morte estiver por perto, a educação voltada a eles seria incompleta e não vivenciariam o futuro dos seus filhos (BARROS et al., 2018). Algumas mulheres encontraram nos filhos a coragem necessária para continuar realizando o tratamento em busca da cura (ALMEIDA et al., 2015).

Percebe-se, nos estudos, que os filhos podem ser uma preocupação para mulher, pois as levam a refletir se conseguirão viver tempo suficiente para acompanhar o crescimento dos mesmos, mas, por outro lado, podem representar fôlego e estímulo para as lutas diárias contra a doença.

No presente estudo, a maioria (74,37%) das mulheres tinha até cinco dias de internação no momento da entrevista. Infere-se que, quanto maior o período de internação, maior a possibilidade que a mulher passe por situações que imprimam sentimentos positivos ou negativos capazes de influenciar a percepção sobre a qualidade de vida. O fato de 74,37% das mulheres terem sido abordadas com o tempo mínimo possível pôde estabelecer um

padrão, o que permitiu um resultado mais fidedigno. Como a entrevista foi realizada em conveniência com as mulheres, com a rotina do setor e disponibilidade da pesquisadora, não foi possível entrevistar todas as pacientes até o quinto dia de internação.

Em contrapartida, nos primeiros dias de internação, a mulher poderia estar com os sintomas agudizados, ou sensibilizada devido ao fato de ter que se internar. Se hospitalizada por um período mais prolongado, poderia ter suas queixas amenizadas ou solucionadas ou, por outro lado, apresentar uma piora do quadro clínico em decorrência da evolução da doença. É válido ressaltar que o questionário de qualidade de vida EORTC QLQ-C30 solicita que a paciente, ao responder o questionário, leve em consideração o período durante a última semana.

A seguir, será discutido o perfil clínico-patológico das mulheres entrevistadas.

O câncer de mama apresenta vários tipos histológicos, que devem ser considerados para se definir a escolha do tratamento. Na presente pesquisa, observou-se que a maioria das mulheres (81,41%) foi diagnosticada com carcinoma ductal infiltrante, evidenciado na literatura como o mais comum, independentemente da faixa etária ou do estadiamento da doença (QIN et al., 2015; MONTAGNA et al., 2017; SOUZA et al., 2015; DARWISH et al., 2017).

Em relação ao tempo de matrícula na instituição das 199 mulheres entrevistadas, verificou-se que existe alto número de mulheres que foram diagnosticadas com câncer de mama há pelo menos cinco anos (70,85%), e que apenas 29,15% foram diagnosticadas no período superior a cinco anos. Ao realizar uma análise mais detalhada sobre esta variável, relacionando o estadiamento atual, observa-se que das 65 mulheres que descobriram a doença há menos de um ano, a maioria (52,31%) já está no estadiamento atual IV, ou seja, um número expressivo de mulheres possui relativamente pouco tempo de matrícula na instituição e já está com o estadiamento mais avançado da doença.

Com base nessa informação, a discussão é encaminhada a partir da análise do estadiamento inicial de todas as mulheres participantes do estudo. Destaca-se que o estadiamento, no momento do diagnóstico, é um dos fatores que irá interferir na escolha do tratamento. Assim, considerando que 10,55% das mulheres já foram diagnosticadas na fase mais avançada da doença, ou seja, no estadiamento IV, certamente, os tratamentos instituídos tiveram objetivos paliativos.

O estadiamento inicial mais incidente foi o III (53,77% - 107 mulheres), o que além de interferir na escolha dos tratamentos, também impacta nas respostas esperadas, ou seja, na

possibilidade ou não de cura, na estimativa do tempo de sobrevivência e na qualidade de vida. Alerta-se que apenas 4,3% das mulheres foram diagnosticadas nas fases 0 e I de estadiamento.

Como já relatado anteriormente, existem políticas públicas para a promoção, prevenção, rastreamento e tratamento do câncer de mama. Ressalta-se que a Lei nº 12.732/2012 do Ministério da Saúde estabelece o direito do paciente com câncer em ser tratado em um prazo de até 60 dias, após o diagnóstico da doença (BRASIL, 2012). Além do tempo, os pacientes com câncer podem enfrentar outras dificuldades em relação ao itinerário terapêutico como, barreiras geográficas, econômicas e sociais que interferem diretamente no acesso aos serviços de atenção ao câncer (AQUINO e RODRIGUES, 2016).

Na presente pesquisa, observamos que mesmo as mulheres residindo na região sudeste, no estado do Rio de Janeiro, em que se pressupõe mais acesso aos serviços de saúde, tem um número de mamógrafos suficientes para atender a demanda da população, apenas 4,3% das mulheres foram diagnosticadas nas fases 0 e I de estadiamento, a grande maioria foi diagnosticada em estadiamentos avançados da doença, em que se possui uma menor possibilidade de cura.

Resultados que evidenciam a necessidade de realização de estudos, com essa população de mulheres, para se compreender melhor sobre o acesso e o itinerário terapêutico percorrido pelas mesmas, possibilita assim uma visão acerca das principais dificuldades enfrentadas para o acesso e percurso na rede de atenção oncológica. Essas informações contribuirão, principalmente, para os profissionais e gestores de saúde compreenderem as principais dificuldades enfrentadas pelos usuários dos serviços de saúde. Viabilizará realizar um planejamento organizacional das redes de atenção à saúde e às demandas dessa população. (AQUINO e RODRIGUES, 2016).

O diagnóstico tardio do câncer de mama é uma realidade evidenciada em outros estudos, seja no contexto nacional ou no internacional (QIN et al., 2015; EDIB et al., 2016). O estudo retrospectivo, realizado no sul da China, verificou que 10,7% (26 mulheres) descobriram a doença já no estágio IV. As outras 217 pacientes foram inicialmente diagnosticadas com câncer de mama nos estágios I a III, mas posteriormente desenvolveram metástases (QIN et al., 2015).

Por outro lado, o estudo realizado por Medeiros et al. (2015), que analisou dados de 137.593 mulheres diagnosticadas com câncer de mama, no sistema público de saúde entre 2000 e 2011, cadastradas nos registros hospitalares de câncer no Brasil, apresentou um número significativo de pacientes diagnosticadas em estadiamentos iniciais 0 e I (21,6%), o

estadiamento inicial mais incidente o II (38,9%), e apenas 8,7% das mulheres já tinham metástase no diagnóstico.

Comparando com a pesquisa supracitada, observa-se que o número de mulheres com estadiamento inicial (0 e I) identificado no presente estudo, foi menor, o que pode estar relacionado ao contexto investigado, ou seja, a Unidade de Internação Clínica.

Ao analisar, na presente pesquisa, o estadiamento atual, observa-se que praticamente 3/4 das mulheres encontram-se na fase de estadiamento IV (72,86%). Ficando evidente que o número de mulheres na fase IV de estadiamento, aumentou, consideravelmente desde o momento do diagnóstico (21 mulheres no estadiamento inicial para 145 mulheres no estadiamento atual). Ao analisar apenas o estadiamento atual das mulheres, observa-se que os mais incidentes foram, respectivamente, IV (72,86%), III (15,58%) e o II (11,56%).

Em relação aos achados referentes às características tumorais os resultados demonstram que das 199 pacientes entrevistadas, um número importante de mulheres já foi diagnosticado no estadiamento inicial IV (10,55%); esse é o estadiamento atual de 145 mulheres, no momento da coleta de dados, o que quer dizer que um número significativo das mulheres entrevistadas possui metástase.

Se consideramos as 145 mulheres que apresentam metástase como 100 % da amostra, verificamos que a maioria 66,2% (96 mulheres) apresentava metástases múltiplas, e 33,8 % (49 mulheres) têm metástase em apenas um local. Ao analisar o sítio de metástase, observa-se que os mais incidentes foram, respectivamente, óssea (48,7%), pulmonar (35,18%), hepática (22,1%), e sistema nervoso central (19,1%).

Corroborando com o resultado encontrado no estudo realizado no sul da China com 243 mulheres com câncer de mama metastático HER2 +, em que a maioria das pacientes (66,3%) apresentou metástases múltiplas, e apenas 33,7% tinham apenas um sítio de metástase (QIN et al., 2015). Destaca-se que, com relação aos sítios de metástases, estudos apresentam incidências similares, especialmente, no caso da metástase óssea (QIN et al., 2015; XIE et al., 2015; MAURO et al., 2016).

A condição de metástases múltiplas, quando comparada à metástase em um único local, confere às mulheres menor tempo de tratamento e menor tempo de sobrevida (XIE et al., 2015). Pacientes que apresentam múltiplos locais metastáticos, devido o envolvimento de múltiplos órgãos, tendem a apresentar resultados clínicos ainda piores, podendo ter mais sintomas, e, como consequência, pior qualidade de vida.

As modalidades de tratamento do câncer de mama podem ser locais ou sistêmicas (BRASIL, 2010). O tratamento do câncer de mama evoluiu muito nos últimos anos. Têm sido

disponibilizados tratamentos menos agressivos e mais eficazes. A abordagem cirúrgica está mais eficaz e a evolução na qualidade dos equipamentos de radioterapia, na eficácia das drogas hormonais e quimioterápicas, são exemplos desta evolução, que contribuem para a diminuição dos efeitos colaterais e da toxicidade das drogas.

O câncer de mama deve ser abordado por uma equipe multidisciplinar visando ao tratamento integral da paciente. Para a escolha do melhor tratamento, levam-se em consideração diversos fatores, como características do tumor, biologia (patologia, incluindo biomarcadores e expressão gênica), bem como a idade e o estado geral de saúde da paciente. A escolha da estratégia de tratamento deve ser amplamente discutida com a paciente e levar em consideração suas preferências (SENKUS et al., 2015).

Na presente pesquisa, em relação aos tratamentos prévios das 199 mulheres entrevistadas, observam-se que 34,67% das mulheres chegaram a realizar os quatro tipos de tratamento (quimioterapia, radioterapia, cirurgia e hormonioterapia). Quando se analisa, especificamente, cada tratamento prévio, verifica-se que o mais realizado pelas mulheres foi a quimioterapia (86,93%), seguido de radioterapia (58,79%), cirurgia (54,77%) e hormonioterapia (51,26%). Destaca-se que algumas mulheres (6,03%) da amostra eram virgens de tratamento.

A maior incidência da quimioterapia pode estar relacionada ao estadiamento da doença, no momento do diagnóstico. Quanto mais avançado o estadiamento, menor a incidência de cirurgia, uma vez que a conduta habitual consiste na realização da cirurgia quando o diagnóstico é feito em estadiamentos iniciais (0, I e II) (BRASIL, 2010). Por exemplo, no estudo de Medeiros et al. (2015), quando 21,9% das mulheres foram diagnosticadas nos estadiamentos iniciais 0 e I observa-se maior incidência da cirurgia, ou seja, realizada em 67,2% dos casos. O mesmo pôde ser observado nos estudos realizados em Shanghai/China (YAN et al., 2016) e na Malásia (NG et al., 2015), em que as taxas das mulheres diagnosticadas nos estadiamentos 0 e I foram semelhantes, ou seja, 38,9%; e a porcentagem de mulheres que realizaram cirurgia também foram mais elevadas, respectivamente, 100 % (sendo 89% mastectomia e 11% cirurgias mais conservadoras) e 95,5%.

Em todas as culturas, o seio feminino é símbolo de feminilidade, muitas vezes também de beleza, em todas as etapas da vida. A alteração da imagem corporal, causada pela cirurgia pode desencadear alterações físicas e psicológicas capazes de interferir até mesmo na vida sexual da mulher e na sua qualidade de vida.

As mulheres associam os seios com a reprodução, a maternidade e a sexualidade, e a cirurgia que ocasiona a mutilação da mama, interfere na autoestima e na qualidade de vida das mulheres (ÇÖMEZ; KARAYURT, 2016; GOMES et al., 2015).

A cirurgia, especialmente a mastectomia, pode interferir na qualidade de vida desde o momento que identificada sua necessidade, no pós-operatório imediato e no pós-operatório tardio. Desse modo, a equipe de saúde deve prestar assistência à mulher desde o recebimento do diagnóstico até o pós-operatório tardio, pois, mesmo tardiamente, as mulheres ainda podem apresentar necessidades físicas, psicológicas, sociais, econômicas e espirituais a serem atendidas com vistas à melhoria de sua qualidade de vida, no grupo dos sobreviventes do câncer (GOMES; SILVA, 2016).

Ao se analisar o tratamento atual, verificou-se que a maioria 82,9% realiza apenas um tratamento. A quimioterapia é o tratamento atual que mais se realiza (52,26%), seguido da hormonioterapia (32,16%). A cirurgia é um tratamento que deixou de ser empregado para as mulheres nessa fase.

Esse resultado é compatível com a realidade encontrada, uma vez que a maioria das mulheres já se encontrava em estadiamento atual IV. A literatura evidencia que após a ocorrência de metástases, na condição de doença avançada, os tratamentos mais realizados são quimioterapia e terapia endócrina, a cirurgia, progressivamente, deixa de ser realizada, salvo em indicações para controle de sintomas, como nos casos das mastectomias higiênicas (QIN et al., 2015). A indicação de quimioterapia com objetivo paliativo pode proporcionar à mulher melhor qualidade de vida, são percebidos impactos nas funções física, sexual, social, no controle da dor, na imagem corporal, e nas perspectivas futuras (GARCIA et al., 2015).

Embora com menor frequência, quando comparada com a quimioterapia, a radioterapia também foi observada como medida de tratamento atual para 14,57% das mulheres entrevistadas. No estudo que avaliou os desfechos clínicos de pacientes com câncer de mama metastático submetidos à radioterapia local para o tumor primário, observou-se que este tratamento foi bem tolerado. Os fatores que apresentaram impacto positivo na sobrevida foram bons níveis de *performance status* de Karnofsky (KPS), baixa carga de doença (até três locais metastáticos) e o uso de terapia hormonal (MAURO et al., 2016).

No estadio IV é fundamental que a decisão terapêutica busque o equilíbrio entre a resposta tumoral e o possível prolongamento da sobrevida, levando-se em consideração os potenciais efeitos colaterais decorrentes do tratamento. A modalidade principal nesse estadio é sistêmica, sendo o tratamento local reservado para indicações restritas. (BRASIL, 2010, p.9).

Tendo em vista as repercussões negativas que os tratamentos ocasionam na vida dessas mulheres, cabe ao enfermeiro, no âmbito do trabalho em equipe, assisti-las de maneira integral e humanizada, auxiliando-as no enfrentamento da doença e das possíveis complicações do tratamento. Nesse contexto, o enfermeiro pode subsidiá-las com orientações estimulando a sua independência e auxiliando nas suas atividades diárias, minimizando as alterações decorrentes da terapêutica.

No que concerne à avaliação clínica das mulheres, cabe destacar a utilização da Escala *Performance Status* (PS). De acordo com o Manual de Cuidados de Paliativos, a escala de *performance status* de Karnofsky foi desenvolvida para pacientes oncológicos e avalia a capacidade de realizar determinadas atividades básicas, é uma importante ferramenta para os profissionais fundamentarem a tomada de decisão e a avaliação de prognóstico, o que contribui, por exemplo, para avaliar beneficência ou maleficência de tratamentos como a quimioterapia paliativa (ANCP, 2012).

Em relação a *performance status*, foi verificado que a maior parte das mulheres (71,86%) se encontrava no momento da entrevista com o PS 3 e PS 4. Em seguida foi analisado a PS de acordo com a fase de estadiamento atual de cada mulher, verificou-se que, quanto mais avançado o estadiamento da doença, pior o PS. É possível observar que na fase II de estadiamento, o PS 2 (39,13%) foi o mais incidente, já na fase de estadiamento III o PS 3 (45,16%), e, por fim, no estadiamento IV, o PS 4 (46,90%). Nota-se também que, para a fase II de estadiamento, existe maior proporção de mulheres com PS 1 e PS 2. Enquanto que para a fase IV de estadiamento ocorre o oposto: maior proporção de mulheres com PS 3 e PS 4.

Segundo esta escala, pacientes com o PS 3 ficam no leito mais de 50% do tempo, carentes de cuidados mais intensivos, e o PS 4 presos ao leito (INCA, 2001). A prevalência dos PS 4 e 3, na presente pesquisa, permite inferir que as mulheres com câncer de localmente avançado ou metastático são, em sua maioria, incapazes de cuidar de si mesmas e levar uma vida normal, permanecem muito tempo restritas ao leito e requerem ajuda de acompanhantes e assistência de uma equipe multiprofissional.

O estudo, realizado na Índia, com mulheres com câncer verificou que as mulheres com maior KPS apresentaram maiores pontuações nas escalas funcionais. Os pacientes com maior KPS (90) também se mostraram mais confiantes quanto à imagem corporal, com escore médio de 54,16, enquanto os pacientes com KPS menor (70) apresentaram escore médio de 39,58. Os autores ainda relatam que as pacientes com baixo KPS estavam mais fadigadas (SHARMA; PURKAYASTHA, 2017).

Ao analisar o PS das pacientes, deve-se levar em consideração o contexto em que essas mulheres estão inseridas. O câncer de mama é uma doença que se diagnosticada em estádios iniciais possui um bom prognóstico, porém as pacientes da presente pesquisa estão com câncer de mama localmente avançado ou metastático, os tratamentos muitas vezes são impactantes, provocam alterações físicas, efeitos colaterais e emocionais.

Na prática clínica, observa-se que as pacientes internam devido a sintomas por progressões da doença e/ou efeitos colaterais dos tratamentos que não puderam ser controlados ambulatorialmente ou no domicílio. Tais sintomas levam à piora do PS, podendo refletir no atraso da implementação do planejamento assistencial, incluindo tratamentos farmacológicos. Em alguns casos, como na neutropenia febril, a paciente pode não apresentar piora do PS, mas terá que postergar a realização da próxima sessão de quimioterapia até que tenha condições clínicas de reiniciar este tratamento com segurança.

Dentre as principais complicações do câncer de mama, as mulheres entrevistadas apresentaram ferida tumoral, linfedema e síndrome de compressão medular. Existem 11 (5,53%) mulheres que apresentaram mais de uma complicação; mais incidente a ferida tumoral (17,09%), seguida do linfedema (16,08%).

Na presente pesquisa, 54,77% realizaram cirurgia, porém, como tratamento atual, nenhuma paciente estava com proposta de realização de cirurgia, nem mesmo mastectomia higiênica.

As feridas tumorais são caracterizadas principalmente por progressão rápida e inviabilidade de cicatrização, hemorragias, odor fétido, exsudato abundante, alto risco para infecção, alto risco para miíase, presença de necrose tecidual, dor, prurido e agressão do tecido saudável perilesional. (ANCP, 2012, p.308).

Pacientes com feridas malignas experimentam inúmeros sintomas, incluindo dor na ferida, é necessário realizar cuidados paliativos abrangentes para controle destes sintomas. No estudo realizado no Japão com pacientes com câncer de mama que apresentavam feridas malignas cerca de 80% dos pacientes queixaram-se de dor. (TAMAI et al., 2016)

A ferida tumoral causa alteração na imagem corporal, acarreta impacto tanto físico quanto emocional. Sintomas decorrentes da ferida tumoral como a dor, o odor e o exsudato podem vir a gerar sentimentos de vergonha, constrangimento, favorecendo diretamente para o isolamento da família, amigos e até mesmo de frequentar locais públicos, ou seja, com fatores que culminam no isolamento social, além de contribuir para a diminuição da qualidade de vida das mulheres.

Na equipe multidisciplinar, o enfermeiro desempenha importante papel no gerenciamento do cuidado à mulher com ferida tumoral na mama, alinhado habilidades e competências para controle de sintomas exacerbados por esta complicação, considerando todos as esferas afetadas, como a psicológica e a social. Assim, objetiva-se promover qualidade de vida por meio do alívio dos sinais e sintomas, melhora da aparência, bem como das reações psicossociais como medo, ansiedade, depressão e baixa autoestima. (GOZZO et al., 2014)

A ocorrência de linfedema no membro superior está, significativamente, relacionada à dissecação de linfonodos axilares, radioterapia, quimioterapia, idade (50 anos ou mais) e estadiamento > a III (CORIDDI et al., 2015). Assim, nas cirurgias conservadoras, em que não há esvaziamento axilar de linfonodos, a ocorrência de linfedema é menor (BOING et al., 2017). Mas a decisão quanto à dissecação de linfonodos ou não está diretamente relacionada ao estadiamento da doença no momento do diagnóstico. A possibilidade de biópsia de linfonodo sentinela positivo em estadiamentos mais avançados é maior, dentre outras complicações, o que proscree a cirurgia conservadora, além de indicar a necessidade de tratamentos adjuvantes.

Em Juiz de Fora/MG, foi realizado uma pesquisa com mulheres com câncer de mama pós-intervenção cirúrgica (há mais de seis meses da intervenção cirúrgica) em que a maioria realizou a cirurgia conservadora (65,3%). Verificou-se que apenas 7,4% apresentaram linfedema (BARBOSA et al., 2017).

Embora no presente estudo não se tenha avaliado o tipo de cirurgia, infere-se a elevada ocorrência de cirurgias radicais, ao considerar os estadiamentos iniciais. E diante das complicações, como o linfedema, a cirurgia radical pode estar associada à maiores prejuízos na qualidade de vida das mulheres, com piores escores (BOING et al., 2017).

Assim, a própria doença e suas sequelas, como o linfedema, são possíveis fatores de risco para o sofrimento psíquico das mulheres, com impactos negativos na imagem corporal, o que dificulta a capacidade de continuar com as atividades diárias e a interação social (NG et al., 2015; PANOBIANCO et al., 2014).

Os profissionais da área da saúde, incluindo o enfermeiro como educador, devem intervir prevenindo ou minimizando tais complicações decorrentes do linfedema, dentre outras complicações, tendo como objetivo a melhoria da qualidade de vida dessas mulheres.

O avanço nos tratamentos anticâncer foi acompanhado pelo aumento da atenção na melhoria da qualidade de vida das pessoas. Além das influências dos tipos e dos protocolos de tratamentos instituídos, os níveis de sofrimento e de qualidade de vida entre mulheres com

câncer de mama também sofrem alterações de acordo com as estratégias de enfrentamento e de aceitação por parte das mesmas, que dependem da cultura, da crença e do apoio aos cuidados. Assim, para melhores ajustes, direcionamentos e efetividade do cuidado profissional, é necessário conhecer as características de cada população, que congregam informações para o gerenciamento do cuidado de enfermagem e gestão em saúde, de forma a impactar positivamente na qualidade de vida dessas mulheres (NG et al., 2015; GARCIA et al., 2015).

O prognóstico do câncer de mama vem sofrendo mudanças nas últimas décadas, por ser considerado uma doença crônica e tratável e, em muitos casos, com possibilidade de alcance da cura, principalmente quando diagnosticado precocemente. Entretanto, a realidade nos alerta sobre o diagnóstico do câncer de mama em estadiamentos avançados, o que pôde ser verificado a partir dos dados da presente pesquisa, corroborados por outros estudos nacionais e internacionais. Mas, independentemente do prognóstico, o que se observa é que, de qualquer forma, o câncer ainda continua sendo uma doença estigmatizada, carregada de preconceitos pela sociedade. O impacto psicológico causado pelo diagnóstico do câncer de mama traz uma significativa repercussão na vida da paciente.

O estado psicológico alterado da paciente pode interferir, negativamente, na maneira como vai enfrentar a doença e seus tratamentos. A ocorrência de depressão pode estar associada com alterações nos domínios da qualidade de vida. Segundo Purkayastha et al. (2017), mulheres com depressão apresentam menores escores em todos os domínios quando comparados àquelas sem depressão. Para Wood et al. (2017), pacientes com menos preocupações sobre os efeitos colaterais, mais satisfeitas e com expectativas sobre a terapia atual relatam níveis mais altos de bem-estar.

A qualidade de vida é um constructo multidimensional, um parâmetro utilizado pelos profissionais de saúde para identificar os aspectos psicossociais alterados pelo câncer e seus tratamentos. Atualmente, existe uma ampla variedade de instrumentos para avaliar a qualidade de vida, alguns permitem avaliar uma condição específica de determinada população ou doença, como é o caso do EORTC. O EORTC QLQ-C30 possui versão em português, apresenta bons índices de validade, reprodutibilidade e compreensão, podendo ser empregado para a avaliação da qualidade de vida de mulheres brasileiras com câncer de mama (MICHELS et al., 2013).

Ao analisar, baseado na literatura nacional e internacional, os fatores contribuintes para a melhora ou a piora da qualidade de vida de pacientes com câncer avançado, verificou-se que “manifestações clínicas inerentes ao câncer são fatores que podem rebaixar a qualidade

de vida do paciente, enquanto os benefícios físicos, psicológicos e espirituais, resultantes de intervenções terapêuticas, podem promover a melhora” (FREIRE et al., 2014, p.357). Os fatores clínicos e sociodemográficos também podem afetar a qualidade de vida de forma positiva ou negativa dos pacientes com câncer de mama. São alguns deles: a idade, a escolaridade, escore de desempenho, o estadiamento da doença (SHARMA; PURKAYASTHA, 2017).

O câncer de mama pode alterar a qualidade de vida das mulheres independente da fase de estadiamento da doença, uma vez que podem apresentar sinais e sintomas como consequência da doença e tratamentos em todos os estadiamentos. Estudos apontam que os sintomas apresentados, decorrentes da doença, reduziram, significativamente, o nível de qualidade de vida das mulheres, sobretudo nos aspectos físicos e psicológicos (CLEELAND et al., 2014; TACHI et al., 2015).

Inúmeros estudos avaliam a qualidade de vida de mulheres com neoplasia mamária considerando vários aspectos e momentos como: os domínios afetados na qualidade de vida durante a realização dos diferentes tratamentos, a ansiedade, a depressão, o apoio social percebido, entre outros (GARCIA et al., 2015; LÔBO et al., 2014; BARBOSA et al., 2017; NG et al., 2015). No entanto, não foram evidenciados na literatura estudos discutindo a associação entre o nível de qualidade de vida e o estadiamento do câncer em mulheres com câncer de mama localmente avançado ou metastático hospitalizadas. Deve-se ponderar que poucos estudos discutem a qualidade de vida apenas de mulheres com câncer de mama localmente avançado ou metastático, a maioria inclui mulheres em estadiamento iniciais. Além disso, a percepção das pacientes sobre a qualidade de vida é subjetiva e depende de seus valores pessoais, podendo ser influenciada pelo meio social e pelas crenças culturais de cada país. Diante de tal fato, a presente pesquisa investiga a qualidade de vida das mulheres brasileiras, residentes no município do Rio de Janeiro, atendidas em um serviço de referência em oncologia do SUS. Portanto, o resultado internacional e até mesmo de outras regiões do Brasil pode não ser totalmente aplicável aos encontrados.

Serão discutidos, na presente pesquisa, os principais domínios da qualidade de vida afetados nas 199 mulheres entrevistadas, e posteriormente, a associação entre o nível de qualidade de vida e a interferência do estadiamento do câncer e suas implicações para o gerenciamento em enfermagem e saúde.

Em relação ao status de saúde global, das 199 mulheres entrevistadas, observou-se a média de 32,04 e mediana de 33,33. Algumas mulheres apresentaram pontuação 0, porém o

máximo foi de 91,67, o que evidencia que nenhuma das mulheres entrevistadas apresentou qualidade de vida em sua pontuação máxima da escala.

Na Alemanha, ao avaliar a qualidade de vida de mulheres com câncer de mama metastático que realizavam quimioterapia paliativa, porém, ambulatorialmente, verificou-se que o status de saúde global foi, em média, 56,4 (PUETZLER et al., 2014). Resultado similar foi encontrado em outro estudo também realizado na Alemanha que comparou a qualidade de vida de pacientes com câncer de mama sem progressão e com progressão da doença, foi verificado que o status global de saúde das mulheres com progressão foi inferior, 52,2 comparado com 56,8 (MULLER et al., 2018).

O contexto de realização das pesquisas supracitadas, muitas vezes relacionado ao perfil clínico-patológico das mulheres, assim como às diferenças socioeconômicas, culturais e ambientais gerais entre o Brasil e a Alemanha, por exemplo, pode influenciar na divergência de valores atribuídos ao status de saúde global, uma vez que, na Alemanha, os resultados foram significativamente superiores ao da presente pesquisa. Infere-se que, no contexto da internação hospitalar as mulheres possam apresentar piora do status de saúde global devido aos diferentes motivos que demandaram esta modalidade de atendimento, que, na prática clínica, estão relacionados à exacerbação de sinais e sintomas por progressão da doença e/ou toxicidade da terapêutica realizada.

Dentre as diferenças contextuais, destaca-se também a diferença atrelada à fase de estadiamento da doença. Em comparação ao estudo desenvolvido por Lôbo et al. (2014), em Fortaleza/CE, o status de saúde global foi de 76,14, porém, as mulheres investigadas estavam sendo atendidas no ambulatório e 43,4% estavam recebendo a quimioterapia como primeiro tratamento anticâncer, ou seja, em estadiamentos mais iniciais da doença. Os autores relatam que a maioria das mulheres não apresentou confinamento em cama, não necessitou de ajuda para tomar banho, vestir-se, comer, não estava impedida de realizar atividades de lazer, não apresentou dificuldade em se concentrar e/ou recordar informações, e, ainda, a condição física e o tratamento não interferiram na vida familiar e nas atividades sociais.

Assim, mulheres com câncer de mama localmente avançado ou metastático hospitalizadas encontram-se mais debilitadas. Esta afirmativa reforça a comprovação da hipótese do estudo, pois o estadiamento do câncer interfere na qualidade de vida de mulheres com câncer de mama localmente avançado ou metastático. O perfil clínico-patológico identificado na presente pesquisa nos leva a inferir que a maioria das mulheres entrevistadas é incapaz de levar uma vida normal ou de cuidar de si mesma, uma vez que permanece por longo tempo restrita ao leito.

Após analisar como se distribuem os dados referentes ao status de saúde global das 199 mulheres entrevistadas, analisaram-se como esses valores se distribuem em relação as fases de estadiamento atual da doença, obtendo as respectivas médias: estadiamento II, 41,30; estadiamento III, 36,02; e estadiamento IV, 29,71. Verifica-se que, com o avanço do estadiamento, diminuem os scores do status de saúde global das mulheres, evento esse confirmado com a realização do teste de Kruskal-Wallis, comparando-se as três fases de estadiamento (II, III e IV), em que o status de saúde global apresentou valor $p = 0.0113$, comprovando que, estatisticamente, há diferença entre as fases de estadiamentos da doença.

Para Müller (2018), *“a progressão da doença em pacientes com câncer de mama metastático apresenta um impacto significativamente negativo na QVRS. Este estudo enfatiza a relevância de retardar a progressão da doença para manter a QV”*. (p.159)

O estudo realizado na Índia comparou a qualidade de vida de acordo com a faixa etária e verificou que o escore de status de saúde global médio, na faixa etária de 30 a 39 anos, foi inferior ao escore encontrado nas mulheres de 70 a 79 anos, sendo, respectivamente, 57,14 e 66,66. Além disso, as mulheres mais jovens, na faixa etária de 30 a 39 anos, apresentaram resultados de qualidade de vida, significativamente, piores em comparação com grupos etários mais velhos em todas as outras escalas funcionais; exceto para o funcionamento sexual. As mulheres mais jovens estavam mais preocupadas em relação ao futuro (SHARMA; PURKAYASTHA, 2017).

Na presente pesquisa, ao analisar de todas as mulheres entrevistadas, a relação das escalas funcionais do QLQ-C30, observou-se que a função cognitiva apresentou maior valor médio na escala (60,47). Já o desempenho pessoal foi o que apresentou menor valor médio (12,48), o que sugeriu essa função ser a mais comprometida.

De uma forma geral, é possível notar que a função cognitiva das mulheres acometidas por câncer de mama localmente avançado ou metastático é a que apresenta maior valor na escala (60,47), o que implica que é a escala funcional menos afetada. Porém, deve-se considerar que as mulheres que apresentavam quadro de confusão mental e comprometimento cognitivo que afetam a capacidade de leitura e compreensão foram excluídas do estudo. Mas, das mulheres com tal domínio preservado, que compuseram a amostra do estudo, observa-se preservação da memória e da capacidade de concentração para atividades de lazer, por exemplo, o que se relaciona com a qualidade de vida.

Os resultados concernentes à função cognitiva e ao desempenho pessoal, respectivamente, com maior valor médio e menor valor médio na escala são corroborados por outros estudos, apesar dos diferentes valores. Por exemplo, os resultados de Puetzler et al.

(2014) apontaram a pontuação do funcionamento cognitivo como a mais alta (73,7), e a do desempenho pessoal como a mais baixa (50,6%).

Por outro lado, no estudo realizado em Fortaleza/CE com mulheres com câncer de mama que realizaram quimioterapia, ambulatorialmente, as escores mais elevados nas escalas funcionais foram, respectivamente, função social (76,89), seguido da função cognitiva (73,33); o escore mais baixo foi o da função emocional (média de 61,32), que indica o sentimento pouco tenso, irritado, deprimido ou preocupado. (LÔBO et al., 2014).

Na presente pesquisa, ao analisar as 199 mulheres, considerando que as mesmas estavam com câncer de mama localmente avançado ou metastático, encontravam-se hospitalizadas no momento da entrevista, 74,37 % tinha até cinco dias de internação, nas escalas funcionais, verifica-se que o funcionamento emocional obteve a terceira maior pontuação (37,27), apesar de ter sido, relativamente, um escore baixo, teve por base a possibilidade do intervalo de 0-100, uma vez que as perguntas no questionário se relacionam à percepção da mulher acerca do seu estado emocional, se nervosa ou deprimida, o que pode potencializar com vistas à necessidade de hospitalização.

Os desempenhos pessoal (12,48) e físico (27,67) dessas mulheres foram os que apresentaram maior comprometimento, sugeriram que essas funções foram as mais afetadas. Apreende-se que o desempenho pessoal foi avaliado com base na realização de atividades diárias e de trabalho, bem como na prática de hobby ou atividades de lazer.

Na prática clínica observamos que tais atividades ficam limitadas no contexto da internação, ou mesmo nos dias que precedam este evento. Apesar da maioria das mulheres terem tido até cinco dias de internação, no momento da entrevista, a percepção acerca da realização dessas atividades pode estar relacionada às limitações impostas pelo contexto hospitalar, e acima de tudo, pelas manifestações da doença, que irão desencadear o motivo da internação. A internação e o motivo da internação podem também justificar o desempenho pessoal no estadiamento II e III terem apresentado pontuações muito próximas (quando se calculou com a exclusão de 3 pacientes) sendo estas bem superiores ao estadiamento IV. A mesma inferência pode ser feita na avaliação do resultado do desempenho físico, especialmente diante da prevalência do PS 3 e 4, que denotam maior grau de dependência, impactando, assim, na percepção da mulher sobre sua capacidade de autocuidado.

Ademais, estudos revelam que a realização de quimioterapia interfere, negativamente, nos domínios do funcionamento físico e desempenho social (TIEZZI et al., 2017). Fato que deve ser considerado, na presente pesquisa, na avaliação desses escores, uma vez que 52,26% das mulheres entrevistadas estavam submetidas à quimioterapia como tratamento atual. Somado

a este fator, deve-se considerar a condição de doença avançada no momento do diagnóstico da doença, que, segundo Edib et al. (2016), também gera interferências na escala funcional, considerando os níveis mais elevados de necessidades físicas e psicológicas não satisfeitas, o que piora a qualidade de vida.

Na escala funcional, ao realizar o teste de Kruskal-Wallis comparando as três fases de estadiamento (II, III e IV) foi observado que existem evidências estatísticas para afirmar que as escalas de funcionamento físico, desempenho pessoal, emocional e cognitivo apresentam diferença significativa com valor $p < \alpha = 0.05$, conforme avança a fase de estadiamento da doença. Apenas a escala de funcionamento social não apresentou diferença, estatisticamente, significativa com valor $p = 0.0561$, apesar do valor p ter ficado próximo do índice de significância estabelecido para esse estudo.

Ao analisar a escala sintomática das 199 mulheres entrevistadas, observa-se que as três escalas que obtiveram as maiores médias foram a fadiga (69,57), dificuldade financeira (69,01) e dor (67,42). O sintoma que apresentou menor média foi a diarreia (8,21), porém existem indivíduos da amostra que apresentaram pontuação 100 neste sintoma.

Corroborando com a pesquisa, no estudo de Puetzler et al. (2014) na escala sintomática, a fadiga foi o que apresentou a maior pontuação (51,9).

A fadiga relacionada ao câncer é definida como “uma perturbadora sensação subjetiva e persistente de cansaço e exaustão física, emocional e/ou cognitiva, desproporcional ao nível de atividade física e que interfere no status funcional do paciente”. (ANCP, 2012, p.202).

A fadiga relacionada ao câncer diferencia-se da fadiga do dia a dia que é temporária e aliviada com o repouso. Apesar de sua alta prevalência, a fadiga é pouco diagnosticada e tratada pelos médicos; sua fisiopatologia relacionada ao câncer pouco compreendida.

Considerando as poucas opções de tratamento medicamentoso, as medidas não farmacológicas para o controle da fadiga, com intervenções de toda a equipe interdisciplinar, são muito importantes na abordagem dessas mulheres (ANCP, 2012).

Ressalta-se evidência científica que relaciona piora da fadiga durante e após a realização da quimioterapia, o que se acredita estar relacionado aos efeitos colaterais cumulativos de toda a quimioterapia e das drogas utilizadas. Sobre a relação entre qualidade de vida e a fadiga relacionada ao câncer (CRF), níveis mais elevados de CRF estão associados com uma menor qualidade de vida global (FABI et al., 2017).

Os tratamentos para o câncer de mama podem ser sistêmicos e/ou locais, cujo objetivo é aumentar a sobrevida do paciente, mas infelizmente também estão associados à morbidade e redução da qualidade de vida. A fadiga é um sintoma multifatorial e subjetivo, envolve não

apenas aspectos biológicos, mas também cognitivos e psicológico. É o sintoma mais frequentemente apresentado por mulheres diagnosticadas com câncer de mama. Embora a fadiga seja um sintoma frequente, que influencia negativamente a qualidade de vida de pacientes com câncer, pouco se conhece sobre seus mecanismos (BRASIL, 2010; ANCP, 2012; CANÁRIO et al., 2016; PUETZLER et al., 2014; CHAN et al., 2017; MULLER et al., 2018; LÔBO et al., 2014).

Mulheres com níveis mais altos de atividade física apresentaram menos sintomas de fadiga e escores mais altos de qualidade de vida (principalmente na capacidade funcional). Todos os escores médios de qualidade de vida foram, significativamente, menores para as mulheres que se queixaram de fadiga (CANÁRIO et al., 2016). Como a atividade física pode ajudar no controle da fadiga, apreende-se que as mulheres investigadas expressam elevado grau de fadiga por apresentarem funcionamento físico prejudicado, especialmente, quando hospitalizadas.

Ao analisar a fadiga de maneira isolada verifica-se que foi o sintoma que obteve a maior pontuação de média nas mulheres com estadiamento IV (70,88), que corresponde a 72,86% da amostra entrevistada. Ao analisarmos o perfil clínico-patológico dessas mulheres, observa-se que todas apresentavam metástase (sendo que 66,2% apresentavam metástases múltiplas), maior parte das mulheres (71,86%) encontrava-se no momento da entrevista com o PS3 e PS4, variáveis que pioram a sensação da fadiga.

A fadiga pode ser tratada com tratamentos farmacológicos e não farmacológicos, mas a mesma gera um impacto negativo na vida da paciente, interfere diretamente na sua qualidade de vida global. O enfermeiro, ao avaliar a paciente, deve identificar as possíveis causas ou relações que possam estar influenciando a manifestação da fadiga, levando em consideração a possibilidade de associação com outros sintomas, o que pode somatizar a sensação de fadiga.

Na presente pesquisa, o escore da náusea e vômito foi 34,0; infere-se que se deve aos efeitos colaterais dos tratamentos realizados pelas pacientes, ao estadiamento avançado da doença (72,86% no estágio IV, com metástases), e, além disso, ao processo de hospitalização. Como a quimioterapia foi o tratamento atual mais realizado 52,26%, ressalta-se sua influência que desencadeia náusea e vômito, além da própria progressão da doença e suas alterações metabólicas, bem como, a mudança da alimentação, que passa a ser substituída pela alimentação oferecida no hospital.

A manifestação de náusea e vômito associada à quimioterapia para tratamento do câncer de mama pode acontecer durante todo o ciclo de tratamento, e independente do

quimioterápico utilizado, pode ser a náusea mais frequente do que o vômito. Mas, em geral, tais sintomas podem desencadear mudanças no dia a dia das mulheres. Apesar da utilização de antieméticos, há uma lacuna na avaliação e evolução individualizada dos sintomas pela equipe de saúde (GOZZO et al., 2014).

O enfermeiro, responsável pela administração dos agentes quimioterápicos, e por todo o gerenciamento do cuidado de enfermagem, deve monitorar a manifestação desses sintomas, para que, colaborativamente, possa encaminhar as ações para adequado controle dos mesmos, e, assim, contribuir para a qualidade de vida dessas mulheres.

Destaca-se que, o segundo valor de médias mais elevadas, identificado pelas 199 mulheres, foi o que se refere às dificuldades financeiras (69,01). Esse resultado é compreensível uma vez que os dados da pesquisa foram coletados em uma instituição pública que oferece tratamento gratuito, em um momento em que o país enfrenta uma crise econômica e as mulheres apresentam baixa renda *per capita*.

A dor obteve a terceira maior pontuação (67,2) na escala de sintomas. Mas, apesar de ter ocupado a terceira posição, deve-se considerar a magnitude do seu valor, o que vai ao encontro das referências que tratam da importância da dor em pacientes com câncer. Segundo a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP):

A dor oncológica, diferentemente de outras síndromes algicas, pode estar associada em 64% a 93% dos pacientes em cuidados paliativos a uma dor intensa, de início súbito com pico em cinco minutos, conhecida como dor incidental ou tipo “breakthrough” (DTB). Podendo essa prevalência aumentar com o avanço da doença e com a intensidade da dor basal. (ANCP, 2012, p.113)

A dor descontrolada pode afetar a qualidade de vida das mulheres, é importante que venha ocorrer o manejo eficiente dessa, seja através de tratamento farmacológicos ou não-farmacológico, para que se possa, potencialmente, melhorar a qualidade de vida. Para isso, no âmbito do gerenciamento do cuidado de enfermagem, a aplicação do questionário EORTC QLQ C-30 pode ser uma boa ferramenta para avaliar as necessidades das pacientes, no caso, para o controle da dor e outros sintomas, bem como monitorar os efeitos do tratamento na qualidade de vida, considerando outros importantes domínios a serem avaliados, que podem, inclusive, aumentar a percepção da dor, ao conjugar o comprometimento das múltiplas esferas inerentes ao ser humano, e causar a “dor total” (PUETZLER et al., 2014).

A dor oncológica é sintoma de difícil controle que requer uma monitoração contínua para manejo e controle adequados. As equipes multiprofissionais dedicadas aos cuidados

paliativos devem estabelecer precocemente vias de comunicação clara para esta avaliação, dado o caráter progressivo, individual e multidimensional da dor crônica (ANCP, 2012).

A dor no estadiamento III (75,8) foi maior que no estadiamento IV (67,1), na prática clínica observa-se que o paciente com o avanço da doença muitas das vezes se “acostuma” conviver com a dor crônica, o que pode ter influenciado na resposta de alguns pacientes. Observa-se também, que a medida que a doença avança os pacientes tendem a fazer o uso de opióides em dosagens cada vez mais altas, o que faz com que esses pacientes em estadiamento IV tenha um maior controle algico, não significando que o paciente em estadiamento IV sinta menos dor em relação aos pacientes do estadiamento III, sendo este um viés de confundimento.

Um dos efeitos colaterais comuns dos opióides é a constipação, as pacientes entrevistadas encontravam-se hospitalizadas, e na prática clínica observamos o uso comum de opióides principalmente em pacientes em estadiamentos IV, o que justifica a diarreia ser o sintoma que apresentou a menor pontuação em relação aos demais, além disso, a diarreia foi maior no estadiamento III e II em relação ao IV. Pacientes em estadiamentos II e III também tendem a fazer quimioterapia neoadjuvante e adjuvante cujo um dos efeitos colaterais é a diarreia.

Merece destaque que ao analisar a escala de sintomas em relação as fases de estadiamento da doença observa-se que o valor p foi maior do que o nível de significância estabelecido, portanto não há evidências estatísticas suficientes para afirmar a fase de estadiamento é um fator que influencie essas escalas sintomáticas.

CAPÍTULO VI – CONCLUSÃO

O câncer é um problema de saúde pública a nível mundial. De acordo com os dados, epidemiológicos, vem apresentando crescente e elevado número de casos novos. Mesmo diante dos avanços científicos e tecnológicos ocorridos, o câncer de mama ainda é uma patologia de grande incidência, entre as mulheres brasileiras, e estigmatizada pela sociedade, causando um relevante impacto social e significativas alterações na qualidade de vida dessas mulheres.

Medidas de promoção à saúde devem ser incentivadas, e enfoque na prevenção dos fatores de risco, bem como os avanços nas modalidades terapêuticas. Devido ao grande número de sobreviventes de câncer de mama, a preocupação com a qualidade de vida desse grupo populacional tem recebido maior destaque nos estudos.

O objetivo de caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico-patológico das mulheres com câncer de mama localmente avançado ou metastático hospitalizadas foi alcançado, uma vez que o conjunto dos resultados apresentados permitiu observar que o câncer de mama não discrimina idade, mulheres jovens até as muito idosas apresentaram a doença, sendo importante ressaltar que o câncer de mama em mulheres jovens é agressivo, desde o momento do diagnóstico. Além disso, das 199 mulheres entrevistadas, a maioria foi diagnosticada em estadiamentos avançados da doença, e o estadiamento atual mais incidente foi o IV. Corroborando com outros estudos, realizados no Brasil, em que as mulheres estão sendo diagnosticadas com câncer de mama tardiamente.

O câncer de mama tem um bom prognóstico, desde que diagnosticado em fase inicial. Ao diagnosticar o câncer de mama em estadiamentos avançados o tratamento pode ser realizado visando não só à cura, mas à qualidade de vida dessas mulheres.

A pesquisa, também, abordou os impactos causados na qualidade de vida do grupo de 199 mulheres, identificou os principais domínios afetados, e evidenciou que o status de saúde global apresenta média de 32,04; nota-se, também, que o valor máximo foi de 91,67, o que indica que nenhuma das mulheres apresentou qualidade de vida em sua pontuação máxima da escala.

As escalas funcionais que apresentaram maior e menor média foram, respectivamente, funcionamento cognitivo (60,47) e desempenho pessoal (12,48). Já nas escalas sintomáticas, fadiga apresentou a maior média (69,57) e diarreia a menor (8,21).

O objetivo geral do estudo também foi alcançado, pois foi avaliada a associação entre o nível de qualidade de vida e a interferência do estadiamento do câncer em mulheres com câncer de mama localmente avançado ou metastático hospitalizadas. Ao comparar os resultados de qualidade de vida entre as fases de estadiamento II, III e IV, foi possível identificar que o status de saúde global, bem como as escalas funcionais, com exceção da social, apresentaram diferenças, estatisticamente, significantes, pois reduziram seus escores à medida que o estadiamento avançou. Conclui-se que o estadiamento do câncer interfere na qualidade de vida destas mulheres, e comprova-se a hipótese do estudo, a saber: “O estadiamento do câncer interfere na qualidade de vida de mulheres com câncer de mama localmente avançado ou metastático”.

Em suma, os resultados do presente estudo mostram o quão importante é conhecer os perfis sociodemográfico e clínico-patológico, assim como a qualidade de vida dessas mulheres; é uma ferramenta para gestão em saúde, pois congregam informações que subsidiam o planejamento e o desenvolvimento de estratégias de cuidado, contribuindo para o gerenciamento em enfermagem.

O câncer de mama é um drama no universo feminino e o enfermeiro, por ser o profissional que permanece o maior tempo prestando assistência a essa mulher que se encontra hospitalizada, muitas vezes, é a referência dessas na busca de apoio para sanar suas dúvidas, compartilhar seus medos e anseios, deve realizar o cuidado de enfermagem buscar alcançar o equilíbrio entre as dimensões físicas, emocionais e sociais das mulheres, além do manejo adequado da sintomatologia. Essas informações obtidas, através do estudo, serão capazes de guiar o planejamento da assistência, em especial para o enfermeiro, responsável pelo gerenciamento do cuidado de enfermagem

De uma maneira geral, o enfermeiro deve oferecer assistência integral em consonância com a realidade de cada mulher, respeitando suas particularidades, bem como a adaptação das ações de acordo com as respostas individuais, o que possibilita o cuidado mais direcionado e efetivo, de forma a impactar, positivamente, em sua qualidade de vida, nas diversas fases da doença, o que se configura como um grande desafio.

Essa pesquisa oferece pontos de reflexão acerca do perfil e da qualidade de vida dessas mulheres; possibilita uma assistência de qualidade a partir do conhecimento de sua clientela e suas demandas. O envolvimento dos gestores e profissionais de saúde, em especial, dos enfermeiros, é extremamente importante para uma melhor assistência à mulher, e conseqüente melhoria da sua qualidade de vida.

Apesar da comprovação da hipótese do estudo, percebe-se que há a necessidade de realização de novos estudos, pois devem-se considerar as limitações, conforme destacado a seguir.

A amostra deste estudo foi composta, exclusivamente, por pacientes do sexo feminino, brasileiras, residentes no município do Rio de Janeiro, atendidas em um serviço de referência em oncologia do SUS, o que limita a aplicabilidade dos resultados às pacientes com câncer de mama em outras regiões do Brasil ou em outros países do mundo. Convém considerar as diferenças das características sociais, demográficas e culturais no Brasil, tendo cautela na replicação dos resultados para outras populações com características que podem ser diferentes da população ora entrevistada. Porém, é válido ressaltar que os resultados desta amostra corroboraram com dados da literatura atual.

Para uma análise mais completa do perfil dessas pacientes, sugere-se incluir outras variáveis no questionário, como, por exemplo: verificar não apenas a religião, mas a espiritualidade da paciente, o motivo da internação, comorbidades associadas, prática de atividade física, especificidade da cirurgia realizada (radical ou conservadora), e descrição das características da ferida tumoral.

Para uma maior compreensão da qualidade de vida dessas mulheres, sugere-se que se realizem, também, pesquisas com abordagem qualitativa, uma vez que complementam as pesquisas baseadas no paradigma positivista, para uma melhor compreensão do tema e, conseqüentemente, desenvolvimento de estratégias mais abrangentes para a prestação do cuidado integral.

REFERÊNCIAS

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Manual de Cuidados Paliativos: Ampliado e atualizado**. 2.ed. São Paulo: ANCP, 2012.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (BRASIL). **Dados Gerais: Beneficiários de planos privados de saúde, por cobertura assistencial (Brasil – 2008-2018)**. Rio de Janeiro: ANS. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>>. Acesso em: 07 jan. 2018.

ALMEIDA, T. G. et al. Vivência da mulher jovem com câncer de mama e mastectomizada. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 432-438, jul-set. 2015.

AMARAL, P. et al. Distribuição espacial de equipamentos de mamografia no Brasil, **Revista Brasileira de Estudos Urbanos e Regionais**, Recife, v. 19, n. 2, p. 326-341, maio-ago. 2017.

AQUINO, R. C. A.; RODRIGUES, M. Acesso e itinerário terapêutico dos pacientes com câncer: principais dificuldades enfrentadas para este percurso. **Revista Saúde.Com**, Bahia, v. 12, n. 1, p. 488-496, jan.-mar. 2016.

ARÊDES, T. B. et al. Nível de informação e qualidade de vida de mulheres após o câncer de mama. **Revista SALUSVITA**, Bauru/SP, v. 34, nº 2, p. 291-306, 2015.

AROUNLANGSY, P. et al. Catastrophic health expenditure and 12-month mortality associated with cancer in Southeast Asia: results from a longitudinal study in eight countries. **BMC Medicine**, Camperdown, AU, v. 13, n. 190, Aug. 2015.

ARRIEIRA, I. C. O. et al. O sentido da espiritualidade na transitoriedade da vida. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. e20170012, jan-mar. 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20170012>>. Acesso em: 22 ago. 2018.

BARBOSA, P. A. et al. Qualidade de vida em mulheres com câncer de mama pós-intervenção cirúrgica em uma cidade da zona da mata de Minas Gerais, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 17, n. 2, p. 401-416, abr-jun. 2017.

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

BOING, L. et al. Tempo sentado, imagem corporal e qualidade de vida em mulheres após a cirurgia de câncer de mama. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, São Paulo, v. 23, n. 5, p. 366-370, set-out. 2017.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos

serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990, Seção 1, p. 1.

BRASIL. Portaria Nº 874, de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 17 de maio de 2013, Seção 1, p. 129.

_____. Decreto 6.214, de 26 de setembro de 2007. Regulamenta o benefício de prestação continuada da assistência social devido à pessoa com deficiência e ao idoso de que trata a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, e a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, acresce parágrafo ao art. 162 do Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 de set. de 2007, Seção 1, p. 16.

_____. Lei 11.664, de 29 de abril de 2008. Dispõe sobre a efetivação de ações de saúde que assegurem a prevenção, a detecção, o tratamento e o seguimento dos cânceres do colo uterino e de mama, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 de abr. de 2008, Seção 1, p. 1.

_____. Lei 12.732, de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 de nov. de 2012, Seção 1, p. 1.

_____. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso**. 3. ed. 2. reimp. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso_3edicao.pdf>. Acesso em 29 out. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 de jun. de 2013, Seção 1, p. 59.

_____. Ministério da Saúde. **Data SUS, 2014**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>. Acesso em: 16 out. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 140 de 27 de fev. 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). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 de jun. de 2013, Seção 1, p. 59.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda nacional de prioridades de pesquisa**

em saúde. 2. ed. 3. reimpr. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_nacional_prioridades_2ed_3imp.pdf>. Acesso em: 16 out. 2016.

BUENO-ROBLES, L. S.; SOTO-LESMESS, V. I. Desarrollo investigativo en salud sexual de mujeres con cáncer de mama: una revisión integrativa. **Avances en Enfermería**, Bogotá, CO, v. 34, n. 1, p. 79-87, enero. 2016.

CANÁRIO, A. C. G. et al. Physical activity, fatigue and quality of life in breast cancer patients. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 62, n. 1, p. 38-44, fev. 2016.

CARVALHO, P. L. et al. Qualidade de Vida de Mulheres em Tratamento de Câncer de Mama. **Journal of the Health Sciences Institute** = Revista do Instituto de Ciências da Saúde, São Paulo, v.31, n. 2, p. 187-192, abr.-jun. 2013.

CASTRO FILHA, J. G. L. et al. Influências do exercício físico na qualidade de vida em dois grupos de pacientes com câncer de mama. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, Florianópolis, SC, v. 38, n. 2, p. 107-114, jun. 2016.

CERVELIN, A. F.; KRUSE, M. H. L. Espiritualidade e religiosidade nos cuidados paliativos: conhecer para governar. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 136-142, jan-mar. 2014.

CHAMPELY, S. pwr: **Basic Functions for Power Analysis. R package version 1.2-1**. <https://CRAN.R-project.org/package=pwr>. 2017

CHAN, R. J. et al. The development and Preliminary Testing of an Instrument for Assessing Fatigue Self-management Outcomes in Patients With Advanced Cancer. **Cancer Nursing**, Washington, US, v. 40, n. 1, p. 48-57, Jan.-Feb. 2017.

CLEELAND, C. S. et al. Impact of symptom burden on work-related abilities in patients with locally recurrent or metastatic breast cancer: Results from a substudy of the VIRGO observational cohort study. **The Breast**, New York, US, v. 23, n. 6, p. 763-769, Dec. 2014.

COHEN, J. **Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences**. 2. ed. Hillsdal (NJ): Lawrence Erlbaum Associates Publishers, 1988.

ÇÖMEZ, S.; KARAYURT, Ö. We as Spouses Have Experienced a Real Disaster! A Qualitative Study of Women With Breast Cancer and Their Spouses. **Cancer Nursing**, Washington, US, v. 39, n.5, p. 19-28, Sep.-Oct. 2016.

CORIDDI, M. et al. Analysis of Factors Contributing to Severity of Breast Cancer Related Lymphedema. **Annals of Plastic Surgery**, Boston, US, v. 74, n. 1, p. 22-25, Jan. 2015.

CORREIA, F. R.; DE CARLO, M. M. R. P. Avaliação de qualidade de vida no contexto dos cuidados paliativos: revisão integrativa de literatura. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, SP, v. 20, n. 2, p. 401-410, abr. 2012.

CROFT, L.; SORKIN, J; GALLICCHIO, L. Marital status and optimism score among breast cancer survivors. *Support Care Cancer*, Switzerland, v. 22, n. 11, p. 3027-3034, Nov. 2014.

DARWISH, A. D. et al. Breast cancer in women aging 35 years old and younger: The Egyptian National Cancer Institute (NCI) experience. **The Breast**, New York, US, v. 31, p. 1-8, Feb. 2017.

DASGUPTA, P. et al. Geographical differences in risk of advanced breast cancer: Limited evidence for reductions over time, Queensland, Australia 1997-2014. **The Breast**, New York, US, v. 36, p. 60-66, Dec. 2017.

EDIB, Z. et al. Most prevalent unmet supportive care needs and quality of live of breast cancer patients in a tertiary hospital in Malaysia. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 14, n.º 26, Feb. 2016.

EVANGELISTA, C. B. et al. Espiritualidade no cuidar de pacientes em cuidados paliativos: Um estudo com enfermeiros. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 176-182, jan-mar. 2016.

EVANGELISTA, C. B. et al. Cuidados paliativos e espiritualidade: revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 69, n. 3, p. 591-601, mai-jun. 2016.

FABI, A. et al. The course of cancer related fatigue up to ten years in early breast cancer patients: What impact in clinical practice?. **The Breast**, New York, US, v. 34, p. 44-52, Aug. 2017.

FAROUK, O. et al. Breast cancer characteristics in very young Egyptian women ≤ 35 years. **Breast Cancer: Targets and Therapy**, New Jersey, US, v. 8, p. 53-58, Jan.-Dec. 2016.

FAYERS, P. M. et al. **EORTC Quality of Life Group**. The EORTC QLQ-C30 scoring manual. 3rd edition. Brussels, BE: EORTC, 2001.

FERREIRA, D. B.; MATTOS, I. E. Tendência da mortalidade por câncer de mama em mulheres no estado do Rio de Janeiro, Brasil, 1996-2011. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 895-903, 2015.

FILHO, F. H. B. A crise econômica de 2014/2017. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 31, n. 89, p. 51-60, 2017.

FREIRE, M. E. M. et al. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer avançado: uma revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, n 2, p. 357-367, 2014.

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

GOGIA, A. et al. Young breast cancer: A single center experience. **Indian Journal of Cancer**, Mumbai, v. 51, n 4, p. 604-608, Oct.-Dec. 2014.

GOMES, N. S.; SILVA, S. R. Qualidade de vida de mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 24, n 3, 2016.

GOMES, N. S.; SOARES, M. B. O.; SILVA, S. R. Autoestima e qualidade de vida de mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 19, n 2, p.120-126, abr-jun. 2015.

GONÇALVES, L. L. C. et al. Barreiras na atenção em saúde ao câncer de mama: percepção de mulheres. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, n 3, p. 394-400, 2014.

GOZZO, T. O. et al. Ocorrência e manejo de náusea e vômitos no tratamento quimioterápico em mulheres com câncer de mama. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 35, n 3, p. 117-123, set. 2014.

GOZZO, T. O. et al. Ocorrência e manejo de feridas neoplásticas em mulheres com câncer de mama avançado. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 270-276, abr-jun. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **GLOBOCAN 2012**: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012. Available from: <http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx>. Acesso em: 01 mai. 2016.

HINYARD, L.; WIRTH, L. S.; CLANCY, J. M.; SCHWARTZ, T. The effect of marital status on breast cancer-related outcomes in women under 65: A SEER database analysis. **The Breast**, Nova Iorque, v. 32, p. 13-17, Apr. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013**: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94074.pdf>>. Acesso em: 16 out. 2016.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD**: tabelas Completas – 1. Dados Gerais, 2015. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao/19897-sintese-de-indicadores-pnad2.html?edicao=9129&t=resultados>>. Acesso em: 01 abr. 2018.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Estimativa 2016**: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2015.

_____. **Estimativa 2018**: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2018.

_____. **Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama**. Rio de Janeiro: INCA, 2010. p. 1-15.

_____. **Cuidados Paliativos Oncológicos**: controle de Sintomas. Rio de Janeiro: INCA, 2001.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **TNM: Classificação de tumores malignos**. 6. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2004. p 137-148.

_____. **Controle do Câncer de Mama**: documento de Consenso. Rio de Janeiro: INCA, 2004. p 5-7.

_____. **Controle do Câncer de Mama**: Tratamento, 2016. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_mama/tratamento>. Acesso em: 31 out. 2017.

JÁCOME, E. M. et al. Detecção do Câncer de Mama: Conhecimento, Atitude e Prática dos Médicos e Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família de Mossoró, RN, Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 2, p. 189-198, jun. 2011.

KARTAL, M. et al. Diagnosis, treatment characteristics, and survival of women with breast cancer aged 65 and above: a hospital-based retrospective study. **BMC Women's Health**, London, UK, v. 13, n. 34, Aug. 2013.

KATAOKA, A. et al. Clinicopathological features of young patients (<35 years of age) with breast cancer in a Japanese Breast Cancer Society supported study. **Breast Cancer**, Kyoto, JP, v. 21, n. 6, p. 643-650, Nov. 2014.

KELSO, C. L. M. et al. Calidad de vida en pacientes en tratamiento de cáncer de mama, Pereira, Colombia 2010. **Revista Investigaciones Andina**, Pereira, CO, v. 15, n 27, p. 811-823, 2013.

KOENIG, H. G. Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications. **ISRN Psychiatry**, Bethesda, US, v. 2012, Dec. 2012.

LIMA, E. F. A. et al. Avaliação da Estratégia Saúde da Família na Perspectiva dos Profissionais de Saúde. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 275-280, abr-jun. 2016.

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

MAGALHÃES JUNIOR, H. M. Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. **Revista Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 52, p. 15-37, out. 2014.

MALTA, D. C. et al. A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil – Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 3-16, dez. 2015.

MALTA, D. C. et al. Cobertura de Planos de Saúde na população brasileira, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 179-190, jan. 2017.

MANDILARAS, V et al. Concurrent chemoradiotherapy for locally advanced breast cancer-time for a new paradigm? **Current Oncology**, v.22, n.1, p. 25–32, Jan-Feb 2015.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa**. 7. ed. São Paulo: Ed Atlas. 2011.

MATOS, G. D. R.; PULSCHEN, A. C. Qualidade de Vida de Pacientes Internados em uma Unidade de Cuidados Paliativos: um Estudo Transversal. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 61, n. 2, p. 123-129, jun. 2015.

MAURO, G. P. et al. Effects of locoregional radiotherapy in patients with metastatic breast cancer. **The Breast**, New York, US, v. 28, p. 73-78, Aug. 2016.

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**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 6, p. 1269-1282, jun. 2015.

MEDRONHO, R. A. et al. **Epidemiologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Ed. Atheneu, 2008. (2 volumes)

MELO, C. F. et al. Correlação entre religiosidade, espiritualidade e qualidade de vida: uma revisão de literatura. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 447-464, jul. 2015.

MICHELS, F. A. S. et al. Validity, reliability and understanding of the EORTC-C30 and EORTC-BR23, quality of life questionnaires specific for breast cancer. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 352-363, jun. 2013.

MONTAGNA. G. et al. Can we make a portrait of women with inoperable locally advanced breast cancer?. **The Breast**, New York, US, v. 33, p. 83-90, June. 2017.

MÜLLER, V. et al. Impact of disease progression on health-related quality of life in patients with metastatic breast cancer in the PRAEGNANT breast cancer registry. **The Breast**, New York, US, v. 37, p. 154-160, Feb. 2018.

NERIS, R. R.; ANJOS, A. C. Y. Experiência dos cônjuges de mulheres com câncer de mama: uma revisão integrativa da literatura. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, n. 5, p. 922-931, 2014.

NG, C. G. et al. Anxiety, depression, perceived social support and quality of life in Malaysian breast cancer patients: a 1-year prospective study. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 13, n. 205, dez. 2015.

OEFFINGER, K. C. et al. Breast Cancer Screening for women at average risk: 2015 Guideline update from the American Cancer Society. **Jama - The Journal of the American Medical Association**, Chicago, US, v. 314, n. 15, p. 1599-1614, out. 2015

OHL, I. C. B. et al. Ações públicas para o controle do câncer de mama no Brasil: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 69, n. 4, p. 793-803, jul-ago. 2016.

OLIVEIRA, M. M. et al. Estimativa de pessoas com diagnóstico de câncer no Brasil: dados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 146-157, dez. 2015.

PANOBIANCO, M. S. et al. Qualidade de vida de mulheres com linfedema após cirurgia por câncer de mama. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 15, n. 2, p. 206-213, abr. 2014.

PUETZLER, J. et al. Improvements in Health-Related Quality of Life by Comprehensive Cancer Pain Therapy: A Pilot Study with Breast Cancer Outpatients under Palliative Chemotherapy. **Oncology Research and Treatment**, Monthly, Netherlands, v. 37, n. 9, p. 456-462, Jul. 2014.

PURKAYASTHA, D. et al. Prevalence of Depression in Breast Cancer Patients and its Association with their Quality of Life: A Cross-sectional Observational Study. **Indian Journal of Palliative Care**, Mumbai, IN, v. 23, n. 3, p. 268-273, July-Sep. 2017.

QIN, T. et al. Clinicopathologic characteristics and prognostic factors for HER2-positive patients with metastatic breast cancer in southern China. **Archives of Medical Science**, Posnânia, PL, v. 11, n. 3, p. 544-550, June. 2015.

RAHOU, B. H. et al. Quality of life in Arab women with breast cancer: a review of the literature. **Health and Quality of Life Outcomes**, London, UK v. 14, n. 64, Apr. 2016.

RASHID, N. et al. Clinical Impact of Chemotherapy-Related Adverse Events in Patients with Metastatic Breast Cancer in an Integrated Health Care System. **Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy**, Alexandria, US, v. 21, n. 10, Oct. 2015.

RENCK, D. V. et al. Equidade no acesso ao rastreamento mamográfico do câncer de mama com intervenção de mamógrafo móvel no sul do Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 88-96, jan. 2014.

RIO DE JANEIRO (Estado). **Lei 4.510**, de 13 de janeiro de 2015. Dispõe sobre a isenção do pagamento de tarifas nos serviços de transporte intermunicipal de passageiros por ônibus do estado do rio de janeiro, para alunos do ensino fundamental e médio da rede pública estadual de ensino, para as pessoas portadoras de deficiência e portadoras de doença crônica de natureza física ou mental que exijam tratamento continuado e cuja interrupção no tratamento possa acarretar risco de vida, e dá outras providências. Disponível em <<http://alerjln1.alerj.rj.gov.br/contlei.nsf/69d90307244602bb032567e800668618/3b714281166c970483256f89006d268c?OpenDocument>>. Acesso em: 22 ago. 2018.

ROSA, L. M. et al. Rastreamento mamográfico: detecção de lesões neoplásicas malignas em mulheres de Santa Catarina e do Brasil. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, SC, v. 25, n. 3, p. 1-8, out.-dez. 2016.

RUGNO, F. C.; DE CARLO, M. M. R. P. A Palliative Outcome Scale (POS) aplicada à prática clínica e pesquisa: uma revisão integrative. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, SP, v. 24, n. 2764, p.1-11, ago. 2016.

SANTOS, M. A. S. et al. Tendências da morbidade hospitalar por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2002 a 2012. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 24, n. 3, p. 389-398, set. 2015.

SEBASTIÃO, C. K. et al. Mortalidade por câncer de mama em mulheres com idade inferior a 40 anos. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 19, n. 3, p. 459-464, jul.-set., 2014.

SENKUS, E. et al. Primary breast cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. **Annals Of Oncology**, Oxford, UK, v. 26, n. s5, p. 8-30, Sep. 2015.

SHARMA, N.; PURKAYASTHA, A. Factors Affecting Quality of Life in Breast Cancer Patients: A Descriptive and Cross- Sectional Study with Review of Literature. **Journal of Mid-life Health**, Mumbai, IN, v. 8, n. 2, p. 75-83, Apr.-June. 2017.

SILVA, M. M.; LIMA, L. S. Participação do familiar nos cuidados paliativos oncológicos no contexto hospitalar: perspectiva de enfermeiros. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 35, n. 4, p. 14-19, dez. 2014.

SIMEÃO, S. F. A. P. et al. Qualidade de vida em grupos de mulheres acometidas de câncer de mama. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 779-788, mar. 2013.

SIMOS, D. et al. Definition and consequences of locally advanced breast cancer. **Current Opinion in Supportive & Palliative Care**, Londres, UK, v. 8, n. 1, p. 33-38, Mar. 2014.

SOARES, L. R. et al. Mortalidade por câncer de mama feminino no Brasil de acordo com a cor. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 8, p. 388-392, ago. 2015.

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. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, nº 12, p. 3805-3816, dez. 2015.

SULEIMAN, N. N. et al. Panorama do câncer de mama em mulheres no norte do Tocantins - Brasil. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 4, p. 316-322, nov.-dez. 2017.

SWADA, N. O. et al. Quality of life of Brazilian and Spanish cancer patients undergoing chemotherapy: an integrative literature review. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, n 2688, jul.-dez. 2016.

TACHI, T. et al. The Impact of Outpatient Chemotherapy-Related Adverse Events on the Quality of Life of Breast Cancer Patients. **PLoS ONE**, San Francisco, US, v. 11, nº 4, abr. 2015.

TAMAI, N. et al. The relationship between malignant wound status and pain in breast cancer patients. **European Journal of Oncology Nursing**, New York, US, v. 24, p. 8-12, Oct. 2016.

TAVARES, M. M. et al. Espiritualidade e religiosidade no cotidiano da enfermagem. **Revista de Enfermagem da UFPE**, Recife, v. 12, n. 4, p. 1097-1102, abr. 2018.

TIEZZI, M. F. B. M. et al. Quality of Life in Women With Breast Cancer Treated With or Without Chemotherapy. **Cancer Nursing**, Washington, US, v. 40, n. 2, p. 108-116, Mar.-Apr. 2017.

TRAVIER, N. et al. Effects of an 18-week exercise programme started early during breast cancer treatment: a randomised controlled trial. **BMC Medicine**, UK, v. 10, n. 4, Apr. 2015.

VAITSMAN, J.; LOBATO, L. V. C. Benefício da Prestação Continuada (BPC) para pessoas com deficiência: barreiras de acesso e lacunas intersetoriais. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 3527-3536, nov. 2017.

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

VILLAR, V. C. F. L. et al. Distribuição dos mamógrafos e dos exames mamográficos no estado do Rio de Janeiro, 2012 e 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 24, n. 1, p. 105-114, jan-mar. 2015.

WOOD, R. et al. Patient-reported Quality of Life and Treatment Satisfaction in Patients With HR+/HER2- Advanced/Metastatic Breast Cancer. *Clinical Therapeutics*, Princeton, US, v. 39, n. 8, p. 1719-1727, Aug. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHOQOL**: Measuring Quality of Life. 1997.

_____. **National Cancer Control Programmes: Policies and managerial guidelines**. 2nd ed. Geneva: WHO, 2002.

XIE, J. et al. Clinical outcomes among HR+/HER2- metastatic breast cancer patients with multiple metastatic sites: a chart review study in the US. **Experimental Hematology & Oncology**, London, UK v. 4, n. 31, p. 1-9, Dec. 2015.

YAN, B. et al. Determinants of Quality of Live for Breast Cancer Patients in Shanghai, China. **PLoS ONE**, San Francisco, US, v. 11, n. 4, Apr. 2016.

YANG, B. et al. The Type of Breast Reconstruction May Not Influence Patient Satisfaction in the Chinese Population: A Single Institutional Experience. **PLoS ONE**, San Francisco, US, v. 10, n. 11, Nov. 2015.

APÊNDICE A - DECLARAÇÃO DE PRIVACIDADE E CONFIDENCIALIDADE

DECLARAÇÃO DE PRIVACIDADE E CONFIDENCIALIDADE

Referência: Qualidade de vida de mulheres acometidas por câncer de mama localmente avançado

Pesquisador Responsável: Eunice de Oliveira Lacerda Lima

A quem possa interessar:

Eu, Eunice de Oliveira Lacerda Lima, pesquisadora responsável no Instituto Nacional de Câncer (INCA) pelo projeto de pesquisa Qualidade de vida de mulheres acometidas por câncer de mama localmente avançado venho através desta assegurar a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização dos participantes da pesquisa, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou de aspectos econômico-financeiros, de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, MS.

Rio de Janeiro, 12 de Janeiro de 2017.

Eunice de Oliveira Lacerda Lima

RG: 14 218 995 SSP/MG

APÊNDICE B – FORMULÁRIO DE ASPECTOS CLÍNICO-PATOLÓGICOS E
SOCIODEMOGRÁFICOS

FORMULÁRIO DA DISSERTAÇÃO “QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES ACOMETIDAS POR
CÂNCER DE MAMA LOCALMENTE AVANÇADO ”

Data da aplicação do formulário ___/___/___

Data da internação (admissão) ___/___/___

Número do Prontuário: _____

ASPECTOS CLÍNICO-PATOLÓGICOS:

Perguntas para serem respondidas com consulta ao prontuário e prescrição médica.

Q01. Há quanto tempo é atendida no INCA? _____

Q02. Qual o motivo da internação atual?

(1) Neutropenia febril (2) Síndrome de compressão medular

(3) Controle dos sintomas (4) Reestadiamento

Outros _____

Q03. Internou nos últimos 30 dias?

(1) Sim (2) Não

Q04. Qual o diagnóstico histopatológico?

(1) Carcinoma ductal in situ (2) Carcinoma ductal infiltrante

(3) Carcinoma lobular infiltrante (4) Outros _____

Q05. Qual foi o estadiamento da doença no momento da admissão na instituição?

(1) I (2) II (3) III (4) IV

Q06. Qual a avaliação TNM, no momento da admissão na instituição?

(1) T _____ (2) N _____ (3) M _____

Q07. Qual o estadiamento da doença no momento atual?

(1) I (2) II (3) III (4) IV

Q08. Qual a avaliação TNM, no momento atual?

(1) T _____ (2) N _____ (3) M _____

Q09. Tem alguma metástase?

(1) Sim (2) Não

Em qual parte do corpo?

(1) Cérebro (2) Fígado (3) Osso (4) Pulmão (5) Outros _____

Q10. Qual a avaliação na escala performance status (PS)-Escala Zubrod (ECOG) ?

(1) PS 0: atividade normal

(2) PS 1: sintomas da doença, mas deambula e leva seu dia a dia normal

(3) PS 2: fora do leito mais de 50% do tempo

(4) PS 3: no leito mais de 50% do tempo, carente de cuidados mais intensivos

(5) PS 4: preso no leito.

Q11. Quais tratamentos prévios realizou?

(1) Quimioterapia (2) Radioterapia (3) Cirurgia (4) Hormonioterapia

Q12. Se realizou cirurgia, Qual? _____

Q13. Qual tratamento está realizando atualmente?

(1) Quimioterapia (2) Radioterapia (3) Cirurgia (4) Hormonioterapia

Q14. Apresenta alguma dessas complicações?

(1) Linfaedema () MSE () MSD () Bilateral

(2) Síndrome de compressão medular

(3) Ferida tumoral () Direita () Esquerda () Bilateral

Outras _____

Q15. Quais medicamentos o paciente está fazendo uso na internação/prescrição médica?

(1) Analgésicos (2) Antieméticos (3) Laxantes (4) Hormonioterapia

(5) Anti-hipertensivos (6) hipoglicemiantes

(7) Outros _____

ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

Q16. Qual a sua idade? _____

Q17. Qual o seu local de residência?

Cidade: _____ Estado: _____

Q18. Qual a sua Cor ou Raça?

(1) Branca (2) Preta (3) Amarela (4) Parda (5) Indígena (6) Não sabe informar

Q19. Qual o seu estado Civil?

(1) Casada (2) Desquitada ou separada judicialmente (3) Divorciada
(4) Viúva (5) Solteira (6) União estável

Q20. Mudou de estado civil após a descoberta da doença?

(1) Sim, especificar: _____ (2) Não

Q21. Qual o seu grau de escolaridade?

(1) Analfabeto (2) 1º grau incompleto (3) 1º grau completo (4) 2º grau incompleto
(5) 2º grau completo (6) 3º grau incompleto (7) 3º grau completo (8) Pós-Graduação

Q22. Qual a sua ocupação?

(1) Empregada do setor privado (2) Empregada do setor público
(3) Empregada doméstica (4) Empregadora (5) Aposentada
(6) Outros: _____

Q23. Recebe apoio social?

(1) Sim (2) Não
De quem ? _____

Q24. Qual a renda familiar mensal? _____

Q25. Qual a sua religião?

(1) Católica apostólica romana (2) Evangélica (3) Espírita
(4) Umbanda e Candomblé (5) Outra religião (6) Sem religião

Q26. Mudou de religião ou adquiriu uma religião após a descoberta da doença?

(1) Sim, especificar: _____ (2) Não

Q27. Possui filho? Se sim, quantos?

(1) Sim (2) Não
Quantos _____

Q28. Recebeu algum benefício ou auxílio financeiro pago pelo governo devido à doença? (1) Sim (2) Não () Auxílio doença () Aposentadoria por invalidez () Benefício de Prestação continuada da assistência social (BPC) () Saque do fundo de garantia por tempo de serviço (FGTS) () Saque do programa de integração social (PIS) e programa de formação do patrimônio do servidor público (Pasep)

Outros: _____

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº 466/12 – Conselho Nacional de Saúde

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº 466/12 – Conselho Nacional de Saúde

Qualidade de vida de mulheres acometidas por câncer de mama localmente avançado

Você está sendo convidada a participar de uma pesquisa porque está sendo atendida nesta instituição e teve diagnóstico de Câncer de Mama. Para que você possa decidir se quer participar ou não, precisa conhecer os benefícios, os riscos e as consequências pela sua participação.

Este documento é chamado de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e tem esse nome porque você só deve aceitar participar desta pesquisa depois de ter lido e entendido este documento. Leia as informações com atenção e converse com a pesquisadora responsável sobre quaisquer dúvidas que você tenha. Caso haja alguma palavra ou frase que você não entenda, converse com a pessoa responsável por obter este consentimento, para maiores esclarecimentos. Converse com os seus familiares, amigos e com a equipe médica antes de tomar uma decisão. Se você tiver dúvidas depois de ler estas informações, entre em contato com a pesquisadora responsável.

Após receber todas as informações, e todas as dúvidas forem esclarecidas, você poderá fornecer seu consentimento por escrito, caso queira participar

PROPÓSITO DA PESQUISA

Esta pesquisa tem como objetivo principal: avaliar o nível de qualidade de vida de mulheres com câncer de mama localmente avançado hospitalizadas. E como objetivos secundários: caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico-patológico de mulheres com câncer de mama localmente avançado hospitalizadas; identificar os principais domínios da qualidade de vida afetados nessas mulheres; discutir a interferência do estadiamento do câncer na qualidade de vida de mulheres com câncer de mama localmente avançado hospitalizadas.

PROCEDIMENTOS DA PESQUISA

Se você concordar, a pesquisadora responsável por esta pesquisa realizará uma entrevista com perguntas previamente estruturadas sobre seus dados sociodemográficos e realizará a aplicação do questionário *European Organization for Research and Treatment of*

Cancer Quality of Life Questionnaire Core 30 (EORTC-QLQ-C30), versão 3.0 para avaliar a qualidade de vida e consultará os dados clínico-patológicos que se encontram no seu prontuário. A estimativa total de tempo para responder aos questionários é de 15 minutos.

A pesquisa será realizada durante a sua internação na Unidade de Internação Clínica.

Essas informações serão utilizadas para a pesquisa em questão que se trata de um estudo com abordagem quantitativa.

BENEFÍCIOS

Você não será remunerado por sua participação e esta pesquisa não poderá oferecer benefícios diretos a você. Se você concordar com o uso de suas informações do modo descrito acima, é necessário esclarecer que você não terá quaisquer benefícios ou direitos financeiros sobre eventuais resultados decorrentes desta pesquisa.

O benefício principal da sua participação é possibilitar que no futuro, com os resultados alcançados com esta pesquisa, os enfermeiros e outros profissionais da saúde possam atuar em prol da melhoria da qualidade de vida de mulheres acometidas por câncer de mama localmente avançado hospitalizadas.

RISCOS

Toda pesquisa realizada com seres humanos confere riscos aos mesmos em graus variados. Esta pesquisa oferece risco mínimo, pois poderá ocasionar incômodo a você nas dimensões psíquica, moral, cultural e espiritual durante as respostas da entrevista ao abordar dados sociodemográficos e aspectos sobre qualidade de vida, permitindo uma autorreflexão sobre os mesmos. A fim de minimizar tais riscos a entrevista poderá ser interrompida a qualquer momento, e será realizada na hora em que você concordar, na presença ou ausência do seu acompanhante, de acordo com sua própria vontade, e caso algum incômodo ocorra de forma prejudicial a sua saúde, o serviço de psicologia será acionado e solicitado atendimento.

CUSTOS

Se você concordar com a pesquisa conforme todas as informações descritas acima, você não terá quaisquer custos ou despesas (gastos) pela sua participação nessa pesquisa.

CONFIDENCIALIDADE

Se você optar por participar desta pesquisa, as informações sobre a sua saúde e seus dados pessoais serão mantidas de maneira confidencial e sigilosa. Seus dados somente serão

utilizados depois de anonimizados (ou seja, sem sua identificação). Apenas os pesquisadores autorizados terão acesso aos dados individuais, resultados de exames e testes bem como às informações do seu registro médico. Mesmo que estes dados sejam utilizados para propósitos de divulgação e/ou publicação científica, sua identidade permanecerá em segredo.

BASES DA PARTICIPAÇÃO

A sua participação é voluntária e a recusa em autorizar a sua participação não acarretará quaisquer penalidades ou perda de benefícios aos quais você tem direito, ou mudança no seu tratamento e acompanhamento médico nesta instituição. Você poderá retirar seu consentimento a qualquer momento sem qualquer prejuízo. Em caso de você decidir interromper sua participação na pesquisa, a pesquisadora deve ser comunicada e a análise dos seus dados no prontuário e sistemas de informações será imediatamente interrompida.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTOS

A pessoa responsável pela obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido lhe explicou claramente o conteúdo destas informações e se colocou à disposição para responder às suas perguntas sempre que tiver novas dúvidas. Você terá garantia de acesso, em qualquer etapa da pesquisa, sobre qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas e inclusive para tomar conhecimento dos resultados desta pesquisa. Neste caso, por favor, ligue para a **Eunice de Oliveira Lacerda Lima** nos telefones **(21) 98640 3602** ou **(31) 98852-6178** de 08 às 20 h. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery/Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis/Universidade Federal do Rio de Janeiro (CEP-EEAN/HESFA/UFRJ) e do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Câncer (CEP-INCA), que estão formados por profissionais de diferentes áreas, que revisam os projetos de pesquisa que envolvem seres humanos, para garantir os direitos, a segurança e o bem-estar de todas as pessoas que se voluntariam à participar destes. Se tiver perguntas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode entrar em contato com o CEP do INCA na Rua do Resende, N°128, Sala 203- Centro, Rio de Janeiro-Brasil, de segunda a sexta de 9:00 a 17:00 h, nos telefones (21) 3207-4550 ou 3207-4556, ou também pelo e-mail: cep@inca.gov.br.

Este termo está sendo elaborado em duas vias, sendo que uma via ficará com você e outra será arquivada com a pesquisadora responsável.

CONSENTIMENTO

Li as informações acima e entendi o propósito da solicitação de permissão para o uso das informações contidas no meu registro médico obtidos durante o atendimento nesse hospital. Tive a oportunidade de fazer perguntas e todas foram respondidas.

Ficaram claros para mim quais são os procedimentos a serem realizados, riscos e a garantia de esclarecimentos permanentes.

Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos dados e de esclarecer minhas dúvidas a qualquer tempo.

Entendo que meu nome não será publicado e toda tentativa será feita para assegurar o meu anonimato.

Concordo voluntariamente em participar desta pesquisa e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidade ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Eu, por intermédio deste, dou livremente meu consentimento para participar nesta pesquisa.

Nome e Assinatura da participante	/ / Data
-----------------------------------	-------------

Eu, abaixo assinado, expliquei completamente os detalhes relevantes desta pesquisa à paciente indicada acima. Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido desta paciente para a participação desta pesquisa.

Nome e Assinatura da Responsável pela obtenção do Termo	/ / Data
---	-------------

ANEXO A – QUESTIONÁRIO EORTC QLQ-C30

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 pagina 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

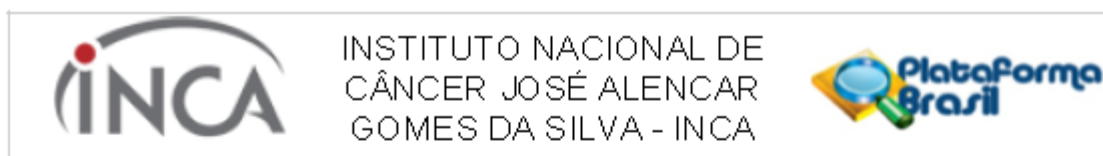
30. Como você classificaria a sua qualidade de vida em geral, durante a última semana?

1 2 3 4 5 6 7

Péssima

Ótima

ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**Título da Pesquisa:** Qualidade de vida de mulheres acometidas por câncer de mama localmente avançado**Pesquisador:** EUNICE DE OLIVEIRA LACERDA LIMA**Área Temática:****Versão:** 1**CAAE:** 63765417.5.3001.5274**Instituição Proponente:** Escola de Enfermagem Anna Nery**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio**DADOS DO PARECER****Número do Parecer:** 1.951.238**Situação do Parecer:**

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 07 de Março de 2017

Assinado por:**Carlos Henrique Debenedito Silva
(Coordenador)**

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 203
 Bairro: CENTRO CEP: 20.231-092
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)3207-4650 Fax: (21)3207-4656 E-mail: cep@inca.gov.br