UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

LETICIA MEDA VENDRUSCULO

Capacidade Funcional e Qualidade de Vida de mulheres com câncer de mama após o tratamento oncológico.

Ribeirão Preto
2011

LETICIA MEDA VENDRUSCULO

Capacidade Funcional e Qualidade de Vida de mulheres com câncer de mama após o tratamento oncológico.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título Mestre em Ciências, Programa de Pós Graduação em Enfermagem em Saúde Pública

Linha de Pesquisa: Assistência à saúde da mulher no ciclo vital.

Orientador: Prof[a] Dr[a] Marislei Sanches Panobianco

Ribeirão Preto
2011

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada à fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Vendrusculo, Leticia Meda
Capacidade Funcional e Qualidade de Vida de mulheres com câncer de mama após o tratamento oncológico. Ribeirão Preto, 2011.

104 f.: il. 30cm.

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto /USP. Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.
Orientador: Panobianco, Marislei Sanches.

1. Neoplasia da Mama. 2. Qualidade de vida. 3. Desempenho Psicomotor. 4. Tratamento.

VENDRUSCULO, LETICIA MEDA
Capacidade Funcional e Qualidade de Vida de mulheres com câncer de mama após o tratamento oncológico.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública

Aprovado em ...../ ...../ .....

Banca Examinadora

Prof. Dr._____

Instituição:_____Assinatura_____

Prof. Dr._____

Instituição:_____Assinatura_____

Prof. Dr._____

Instituição:_____Assinatura_____

DEDICATÓRIA

Às mulheres do REMA, mulheres que me ensinaram o verdadeiro sentido das palavras FORÇA, SOLIDARIEDADE e, acima de tudo, AMIZADE.

Aos profissionais de saúde, que por sua própria escolha, concordam em vivenciar com estas mulheres suas conquistas, recaídas, alegrias e sofrimentos.

Aos meus pais, Valter e Isabel, alicerces da minha existência associado à ternura. Eles me ensinaram o valor real dos sonhos fundamentados no trabalho, dedicação e humildade. São exemplos de honestidade, respeito, dedicação e amor ao próximo.

A minha irmã Tatiane exemplo de perseverança e dedicação. E ao meu irmão Leonardo, grande companheiro, exemplo de simplicidade, verdade e dignidade.

Aos meus avôs João (in memorium) e Walter e as minhas avós Maria (in memorium) e Ivone, exemplos de fortaleza, conquista e fé, grandes espelhos para a minha caminhada futura.

Ao Renan, meu grande amor. Enorme incentivador na vivência acadêmica. Ele me fez entender o verdadeiro sentido das palavras amor, companheirismo e cumplicidade.

Á minha querida orientadora e amiga, Maris, que em sua excelência e simplicidade soube dividir seu conhecimento, mas a cima de tudo permitiu que dividíssemos as nossas vidas.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me ajudado a caminhar, mesmo sem conhecer o percurso, e a lutar pelos meus sonhos, tendo como base a fé e perseverança.

À minha família, pela compreensão em minhas ausências, em meus erros e acertos, possibilitando e incentivando o meu crescimento profissional e pessoal.

À família Fangel, Eduardo e Ercínia, Leandro e Carla, Andrea e Cláudio, pela acolhida, e por dividir as conquistas e dificuldades. Em especial aos pequenos, Marina, Lívia e Murilo, pelos momentos de alegria e carinho.

Ao Prof. Dr. Leonardo, que como terapeuta ocupacional fez sugestões e críticas que contribuíram para o aperfeiçoamento deste trabalho, desde o Exame de Qualificação

À Profª. Drª. Ana Maria pelas sugestões e críticas que contribuíram ao aperfeiçoamento deste trabalho desde o Exame de Qualificação, além de permitir minha atuação profissional junto ao REMA.

Aos muitos colegas do REMA, que nestes três anos, me permitiram compreender o sentido do trabalho interdisciplinar.

Aos amigos do REMA, Lóris, Renata, Vanessa, Bianca, Ligia, Nichollas, Rafael, pelos momentos de descontração, mas também pelos apoio e troca de experiências.

À Antonieta, exemplo de mulher, profissional e dedicação ao próximo.

Às meninas da Maris, Aline, Iácara, Ângela, Edilaine, Mariana Borges pelos momentos de desabafo, fortalecimento e aprendizagem.

Às minhas grandes amigas Anna Helena e Natália, companheiras para todas as horas, grandes incentivadoras. Com vocês aprendi o sentido de uma verdadeira amizade.

Às amigas da Pós-Graduação, Vanessa, Mariana, Natália Jora, Carol, pelos momentos divertidos nas aulas intermináveis.

Ás meninas da LPCC que me permitiram vivenciar a experiência docente entre amigos.

À Profª Drª Regina Y. D. Carretta, que durante as atividades de aluna PAE, possibilitou experimentar a docência em Terapia Ocupacional, além de ser um importante espelho para minha caminhada profissional.

Aos amigos do HC, Fábio, Adriana, Flávia, Fernanda, Marysia, Rodrigo, Leila, Janaína, Marcela, Gisele, que participaram da última etapa deste trabalho, entre lágrimas e sorrisos.

A Profª. Maria do Socorro, pela revisão ortográfica deste trabalho.

À Profª Drª Cláudia B. dos Santos, pela ajuda nos cálculos estatísticos.

Ao CNPq pelo apoio financeiro a este trabalho.

Quadro Mulher – Edina síkora

Assim eu vejo a vida

“A vida tem duas faces:
Positiva e negativa
O passado foi duro
mas deixou o seu legado
Saber viver é a grande sabedoria
Que eu possa dignificar
Minha condição de mulher,
Aceitar suas limitações
E me fazer pedra de segurança
dos valores que vão desmoronando.
Nasci em tempos rudes
Aceitei contradições
lutas e pedras
como lições de vida
e delas me sirvo
Aprendi a viver.”

Cora Coralina

RESUMO

VENDRUSCULO, L. M. **Capacidade Funcional e Qualidade de Vida de Mulheres com câncer de mama após o tratamento oncológico.** 2011. 104 f. Dissertação (mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

Estudo descritivo, quantitativo que teve como objetivo comparar a Capacidade Funcional de mulheres com câncer de mama, que realizaram tratamento oncológico (G1), com a de mulheres que nunca apresentaram diagnóstico de câncer (G2), e identificar se a qualidade de vida de mulheres com neoplasia mamária correlaciona-se com a capacidade funcional. O G1 foi composto por 42 mulheres submetidas ao tratamento para o câncer de mama, até um ano do período da coleta de dados, e que frequentavam um núcleo de reabilitação. O G2 foi composto por 42 mulheres, pareadas com o G1, por idade e nível sócio-econômico. A coleta de dados se deu no período de janeiro a julho de 2009. Os instrumentos utilizados para a comparação da Capacidade Funcional foram Índice de Katz e Índice de Lawton, e para a Qualidade de Vida, o EORTC QLQ-C30 e EORCT QLQ-BR23. Os resultados mostraram que o G1 apresentou leve comprometimento nas condições físicas, como fadiga, imagem corporal, função sexual, função física e sintomas na mama e no braço, e moderadas alterações psicossociais na função emocional e nas atividades de lazer e de participação social, comprometendo, assim, sua QV. A comparação entre G1 e G2 mostrou que o tratamento oncológico prejudicou muito a realização das AIVDs das integrantes do G1, porém não interferiu nas ABVD. Acredita-se que os resultados referentes às ABVDs se devam ao fato de elas frequentarem um núcleo de reabilitação e receberem orientações para continuar realizando as ABVDs, mesmo no período pós-operatório. Além disso, participar do núcleo pode ter contribuído para a manutenção do autocuidado e ser também uma importante estratégia para o melhor enfrentamento das limitações físicas e emocionais impostas pelo câncer de mama. O período de realização da coleta dos dados, ao término dos tratamentos, também pode ter favorecido a indicação, pelas componentes do G1, de um menor comprometimento de alguns eventos adversos ao tratamento e alterações psicossociais. No entanto, evidenciou-se ainda, com os resultados relativos às AIVDs, a importância de um maior investimento no cuidado à mulher com câncer de mama, em relação à sua QV e CF, no que se refere às funções física, emocional e social. Sugere-se a realização de estudos de abordagem qualitativa que façam uma avaliação subjetiva dos comprometimentos dos eventos adversos dos tratamentos, das alterações psicossociais para as mulheres com câncer de mama e das estratégias de que elas se utilizam para vivenciá-los. Outras investigações poderão abordar ainda aspectos individuais no DO, como as AIVDs e atividades de lazer; avaliar a eficácia de serviços de reabilitação no manejo dos sintomas, como dor, fadiga, insônia, perda de apetite, aderência cicatricial e outros, além do papel frente às alterações psicossociais; e avaliar as demais categorias que integram o DO de mulheres com câncer de mama, para compreender a influência desta doença sobre aspectos como os de repouso e sono, educação, trabalho e participação social, a fim de possibilitar uma melhor intervenção multidisciplinar junto a esta população.

ABSTRACT

VENDRUSCULO, L. M. **Functional Capacity and Quality of Life in women with breast cancer after breast cancer treatment.** 2011. 104 f. Dissertation (Master) - School of Nursing of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

This descriptive study aimed to compare the functional capacity of women with breast cancer who underwent treatment (G1), with women who never had cancer (G2), and identify if the quality of life of women with breast cancer correlates with functional capacity.G1 was composed of 42 women undergoing treatment for breast cancer, up to a year of data collection, and who attended a rehabilitation center. The G2 is the G1 paired by age and socioeconomic status. Data collection took place from January to July 2009. The instruments used for comparison were the Functional Capacity Index Katz and Lawton Index, and Quality of Life, EORTC QLQ-C30 and QLQ-BR23 EORCT. The results showed that G1 showed mild impairments in physical conditions such as fatigue, body image, sexual function, physical function and symptoms in breast and arm, and moderate changes in the psychosocial and emotional function in leisure activities and social participation, compromising thus their QOL. The comparison between G1 and G2 showed that cancer treatment was very damaging to the performance of IADL members of G1, but did not interfere with ABVD. It is believed that the results concerning the ABVD be attributed to the fact that they attend a rehabilitation unit and received guidance to continue performing the ADL, even in the postoperative period. Moreover, the core part may have contributed to the maintenance of self-care. Thus, attending a rehabilitation service can be an important strategy to better cope with the emotional and physical limitations imposed by breast cancer. The timing of data collection at the end of treatments, may also have favored the statement, the components of the G1, a lower commitment of some adverse events related to treatment and psychosocial changes. However, there was still, with the results for the AIVD, the importance of increased investment in care for women with breast cancer in relation to their QOL and CF, with regard to the functions physically, emotionally and socially. It is suggested for studies of a qualitative approach to make a subjective evaluation of the commitments of the adverse events of treatment, the psychosocial changes for women with breast cancer and strategies that they use to experience them. Further investigation will also address individual aspects of the DO, as the IADL and leisure activities, evaluate the effectiveness of rehabilitation services in the management of symptoms such as pain, fatigue, insomnia, appetite loss, scar tissue and others, besides the paper front psychosocial changes, and evaluate the other categories that comprise the OD of women with breast cancer, to understand the influence of this disease on aspects such as rest and sleep, education, employment and social participation, to enable a better multidisciplinary intervention with this population.

RESUMEN

VENDRUSCULO, L. M**. Capacidad funcional y calidad de vida en mujeres con cáncer demama después del tratamiento del cáncer de mama.** 2011. 104 f. Disertación (Maestría) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

Estudio descriptivo, cuantitativo que tuvo como objetivo comparar la Capacidad Funcional (CF) de las mujeres con cáncer de mama, que se sometieron a tratamiento oncológico (G1), con las mujeres que nunca fueron diagnosticadas del cáncer (G2), y determinar si la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama se correlaciona con su capacidad funcional. El G1 fue compuesto por 42 mujeres sometidas al tratamiento para el cáncer de mama, hasta un año de la recopilación de los datos, y que asistieron a un centro de rehabilitación. El G2 y el G1 fueron pareados por edad y nivel socioeconómico. La recolección de los datos tuvo lugar entre enero y julio del 2009. Los instrumentos utilizados para la comparación de la Capacidad Funcional fueron los índices de Katz y el de Lawton, y para la Calidad de Vida el EORTC QLQ C30 y QLQ-BR23 EORCT. Los resultados del G1 mostró alteraciones leves en las condiciones físicas, tales como la fatiga, la imagen corporal, la función sexual, la función física y los síntomas en la mama y el brazo, y cambios moderados en la función psicosocial y emocional en las actividades de ocio y participación social, poniendo en riesgo por lo tanto su calidad de vida. La comparación entre G1 y G2 mostraron que el tratamiento del cáncer fue muy perjudicial para la realización de las AIVDs del G1, pero no interfieren con las ABVDs. Se cree que los resultados relativos a las ABVDs se atribuyen al hecho de que asistieron a una unidad de rehabilitación y recibieron orientación para continuar realizando la ABVDs, incluso en el período postoperatorio. Por otra parte, esta participación puede haber contribuido al mantenimiento del auto-cuidado. Por lo tanto, asistir a un servicio de rehabilitación puede ser una estrategia importante para afrontar mejor las limitaciones físicas y emocionales impuestas por cáncer de mama. El periodo de la recolección de los datos al final de los tratamientos, también puede haber favorecido la declaración, los componentes del G1, un compromiso más bajo de algunos eventos adversos relacionados con el tratamiento y los cambios psicosociales. Sin embargo, todavía queda, con los resultados de la AIVD, la importancia de una mayor inversión en atención a las mujeres con cáncer de mama en relación con su Calidad de Vida y Capacidad Funcional, con lo que se refiere a las funciones física, emocional y social. Se sugiere para estudios de tipo cualitativo para hacer una evaluación subjetiva de los compromisos de los eventos adversos del tratamiento, los cambios psicosociales para las mujeres con cáncer de mama y las estrategias que ellas utilizan para su experiencia. Otras investigaciones adicionales también se ocupará de los aspectos individuales del DO, como las AIVD y actividades de ocio; evaluar la eficacia de los servicios de rehabilitación en el tratamiento de los síntomas tales como dolor, fatiga, insomnio, pérdida del apetito, el tejido cicatricial y otros, además de la parte frontal de papel cambios psicosociales, y evaluar las otras categorías que conforman la DO de las mujeres con cáncer de mama, para entender la influencia de esta enfermedad en aspectos tales como el descanso y el sueño, la educación, el empleo y la participación social, para permitir una mejor intervención multidisciplinar con esta población.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Distribuição da frequência das participantes do G1, segundo o tipo de cirurgia no período de janeiro a julho de 2010. Ribeirão Preto-SP.....52
Figura 2 – Comparação das médias de G1 e G2 em cada domínio do Índice de ABVD de Katz, no período de janeiro a junho de 2010. Ribeirão Preto-SP. 54
Figura 3 -Classificação das participantes de G1 e G2 em cada item do Índice de AIVD de Lawton, no periodo de Janeiro a julho de 2010. Ribeirão Preto-SP……55
Figura 4- Teste t para comparação entre o G1 e G2 para Escala de Atividades Instrumentais de Vida Prática de Lawton, no período de janeiro a julho de 2010. Ribeirão Preto-SP. 56
Figura 5– Análise da média e desvio-padrão da Escala Funcional do EORTC QLQ-BR23, no período de janeiro a julho de 2010. Ribeirão Preto-SP.....61
Figura 6 - Apresentação das médias e desvio-padrão dos domínios da Escala de Sintomas do EORTC-QLQ-BR23, no período de janeiro a julho de 2010. Ribeirão Preto-SP.....64
Figura 7- Gráfico de correlação entre Índice de Lawton e EORTC QLQ-C30, no período de janeiro a julho de 2010. Ribeirão Preto-SP.....75
Figura 8- Gráfico de correlação entre Índice de Lawton e EORTC QLQ-BR23, no período de janeiro a julho de 2010. Ribeirão Preto-SP.....77

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição das mulheres participantes do G1 e G2, em relação à idade, estado civil, escolaridade e ocupação no período de janeiro a julho de 2010. Ribeirão Preto-SP 51
Tabela 2- Análise descritiva da Escala de Atividades Instrumentais de Vida Prática de Lawton, no período de janeiro a julho de 2010. Ribeirão Preto-SP.....56
Tabela 3– Análise descritiva dos Domínios da Escala Funcional do EORTC-QLQ-BR23, no período de janeiro a julho de 2010. Ribeirão Preto-SP.....61
Tabela 4– Análise descritiva dos domínios da Escala de Sintomas do EORTC-QLQ-BR23, no período de janeiro a julho de 2010. Ribeirão Preto-SP.....64
Tabela 5– Análise descritiva da Medida Global de Saúde e QV do G1 no período de janeiro a julho de 2010. Ribeirão Preto-SP.....66
Tabela 6– Análise descritiva dos domínios da Escala Funcional do EORTC-QLQ-C30, no período de janeiro a julho de 2010. Ribeirão Preto-SP.....67
Tabela 7– Análise descritiva dos Domínios da Escala Sintomas do EORTC-QLQ-C30, no período de janeiro a julho de 2010. Ribeirão Preto-SP.....73

LISTA DE ABREVIATURAS

UFSCar	Universidade Federal de São Carlos
FAMERP	Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
REMA	Núcleo de Ensino, Pesquisa e Assistência na Reabilitação de Mastectomizadas
DMISP	Departamento de Saúde Materno-Infantil e Saúde Pública
EERP-USP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
AOTA	*American Occupational Therapy Association*
ABVD(s)	Atividade(s) Básica(s) de Vida Diária
AIVD(s)	Atividade(s) Instrumental(is) de Vida Diária
DO	Desempenho Ocupacional
QV	Qualidade de Vida
CF	Capacidade Funcional
INCA	Instituto Nacional do Câncer
HAQ-DI	*Health Assessment Questionnarie Disability Index*
OMS	Organização Mundial da Saúde
SF-36	*Medical Outcomes Study* 36-item *Short Form Health Survey* e o
NHP	*Nottingham Health Profile*
QWB	*Quality of Well-being*
WHOQOL	*World Health Organization Quality of Life*
FACT-B	*Functional Assessment of Cancer Therapy Breast*
BCCQ	*Breast Cancer Chemotherapy Questionnaire*
EORTC-QLQ-BR23	*European Organization for Research and Treatment of Cancer Breast Cancer-Specific Quality of Life Questionnaire- Breast Cancer*
EORTC	*European Organization for Research and Treatment of Cancer Breast Cancer*
CNS	Consellho Nacional de Saúde
G1	Grupo de mulheres com câncer de mama
G2	Grupo-controle sem disgnóstico de câncer
n_0	Valor da amostra
D%	Semi-amplitude do interval de confiança
t	Valor da tabela *t* de Student em relação à probabilidade de erro
CV%	Coeficiente de Variação
S	Média Ponderada
M	Média geral
EORTC-QLQ-C30	*European Organization for Research and Treatment of Cancer Breast Cancer-Specific Quality of Life Questionnaire*
MGS	Medida Global de Saúde
EB	Escore Bruto
q	Escore dos itens
n	Número de itens em cada domínio
±	Mais ou menos
SUS	Sistema Único de Saúde
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
cm	Centímetros
p	p-valor
=	Igual
<	Menor
max	Valor máximo
mim	Valor Mínimo
dp	Desvio-padrão

Sumário

APRESENTAÇÃO 18

1 INTRODUÇÃO 22

1.1 Câncer de Mama 22

1.2 Capacidade Funcional (CF) e Desempenho Ocupacional (DO) 25

1.3 Qualidade de Vida 28

2 OBJETIVO 32

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS 34

3.1 Tipo de estudo 34

3.2 Local de Estudo 34

3.6.1 Formulário:. 39
3.6.2 Índice de Katz para Atividades de Vida Diária 39
3.6.3 Índice de Lawton para Avaliação das Atividades Instrumentais de Vida Diária. 39
3.6.4 EORTC-QLQ-30 39
3.6.5 EORTC-QLQ-BR 23 41

3.7 Coleta de dados 42

3.8 Análise dos dados 43

4 PROJETO PILOTO 47

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO 49

5.1 Caracterização dos sujeitos do estudo 49

5.2 Avaliação da Capacidade Funcional 54

5.2.1 ÍNDICE DE ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA DE KATZ 54
5.2.2 ÍNDICE DE ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA DE LAWTON 55

5.3 QUALIDADE DE VIDA 58

5.3.2 EORTC-QLQ-BR23 58
5.3.2.1 ESCALA FUNCIONAL 58
5.3.2.2 ESCALA DE SINTOMAS 61
5.3.2 EORTC QLQ-C30 65
5.3.2.1 MEDIDA GLOBAL DE SAÚDE E QV 65
5.3.2.2 ESCALA FUNCIONAL 66
5.3.2.3 ESCALA DE SINTOMAS 70
5.3.3 DIFICULDADE FINANCEIRA 72

5.4 CORRELAÇÃO ENTRE CAPACIDADE FUNCIONAL E QUALIDADE DE VIDA 73

6 CONCLUSÃO 78

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 81

Apêndice A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do G1 92

Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do G2 93

Anexo A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da EERP/USP 94

Anexo B – Formulário de Identificação das Participantes 95

Anexo C - Escala de Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) de Katz 98

Anexo D - Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) de Lawton 99

Anexo E - EORTC QLQ-C30 Core Questionnaire in Portuguese _____ *100*

Anexo F - Carta de autorização do Questionário EORTC- QLQ- C30 e Br23 _____ *102*

*Anexo G - EORTC QLQ-BR23 Core Questionnaire in Portuguese*_____ *103*

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

Durante o curso de graduação em Terapia Ocupacional, na Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), apresentaram-me algumas possibilidades de atuação do terapeuta ocupacional nas dimensões físicas, emocionais e sociais de clientes com comprometimentos pessoais e ou de seu contexto, porém pouco foi abordado em relação ao paciente oncológico.

Após a conclusão do curso, como grande meu interesse em atuar com pessoas diagnosticadas com câncer, após a conclusão do curso, em 2006, procurou aprofundar-me nesta temática, cursando o Aprimoramento Profissional em Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP). Naquele período, tive contato com todos os pacientes oncológicos em tratamento no hospital-escola desta faculdade, desde aqueles da área oncopediátrica, como da área de transplante de células hematopoéticas e pacientes em cuidados paliativos, até os que faziam acompanhamento ambulatorial ou em enfermaria, que eram acometidos por diferentes tipos de câncer.

Dentre eles, fiquei bastante envolvida com as questões vividas pelas mulheres com câncer de mama, devido à interferência da doença nas dimensões emocionais, físicas, sociais, de autoimagem, sexualidade e trabalho, e por isso desenvolvi meu trabalho de conclusão de curso sobre esta temática.

Ao voltar para Ribeirão Preto, no início de 2008, procurei uma forma de continuar meu trabalho como terapeuta ocupacional com esta clientela. Como já conhecia o Núcleo de Ensino, Pesquisa e Assistência na Reabilitação de Mastectomizadas (REMA), do Departamento Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (DMISP-EERP/USP), por meio de jornadas científicas das quais participei, procurei os docentes responsáveis pela coordenação do serviço para continuar minha prática profissional com mulheres mastectomizadas.

Acompanhando a rotina do REMA, pude perceber que as mulheres que iniciavam sua participação no serviço apresentavam dificuldades em seu desempenho ocupacional, e em diferentes áreas, como aquelas definidas pela *American Occupational Therapy Association* (AOTA) (2008): Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD): higiene pessoal, alimentar-se, vestir-se entre outras; Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD): comunicação, cuidados com a casa, cuidar de outros; Repouso e Sono: preparo para dormir, repouso, entre outros; Educação: participação na educação, ler, escrever, estratégias para acessar os conhecimentos, entre outras; Trabalho: procurar emprego, desempenhar ações no

emprego, trabalho voluntário, entre outros; Atividades Lúdicas: exploração, preparação de jogos, brincadeiras, entre outras; Lazer: exploração, participação em atividades não obrigatórias e prazerosas; e Participação Social: comunidade, família e amigos.

Além dessas dificuldades no Desempenho Ocupacional (DO), as participantes mostravam limitação física, devido ao linfedema instalado, ou ao medo de seu aparecimento, que as levava a uma diminuição dos movimentos do braço; mostravam sintomas como fadiga e dor, advindos do tratamento da doença oncológica, incluindo a radioterapia e a quimioterapia, além dos aspectos emocionais decorrentes da doença e do tratamento, da autoimagem modificada e da sexualidade, que interferiam no desenvolvimento de seus papéis sócio-ocupacionais e influenciavam na sua qualidade de vida (QV).

Acompanhando as mulheres com câncer mamário, muitas vezes, questionava-me sobre a forma como o tratamento desta doença e seus sintomas poderiam influenciar em sua capacidade funcional (CF), e como interferiam, também, em sua QV, uma vez que levavam a alterações em suas atividades rotineiras, interferindo no exercício de seus papéis sócio-ocupacionais de mulher, mãe, trabalhadora, entre outros.

Pensando nesses aspectos, desenvolvi este estudo, a fim de buscar respostas para contribuir na atuação dos profissionais que trabalham com esta população, incluindo o terapeuta ocupacional, identificando possíveis limitações e comprometimentos vividos por mulheres com neoplasia de mama.

Ainda é escassa a produção científica de terapia ocupacional junto a esta população. Estes trabalhos são, em sua maioria, descritivos e de literatura internacional (COOPER, 1998; NEISTADT, CREPEAU, 2002; VOCKINS, 2004; PENGO, SANTOS, 2004; KEBBE, 2006).

Alguns estudos buscaram compreender esta população por meio de seu DO que se refere à habilidade para desempenhar tarefas de forma a poder focalizar os papéis ocupacionais de maneira satisfatória, que seja apropriada ao estado de desenvolvimento, cultura e ambiente do indivíduo (VOCKINS, 2004; KEBBE, 2006).

Os trabalhos relatam que o diagnóstico, os tratamentos e suas reações adversas, o linfedema, a alteração da autoimagem, além de aspectos emocionais e de enfrentamento da doença podem levar a uma perda importante dos papéis ocupacionais e, desta forma, do DO. Assim, o medo da instalação do linfedema, os cuidados com o braço homolateral à cirurgia, a limitação na amplitude de movimentos, as aderências cicatriciais, entre outras complicações no período pós-cirúrgico, além dos efeitos adversos dos tratamentos da quimioterapia e radioterapia, levam a uma diminuição da capacidade funcional (CF) destas mulheres.

Como as diminuições dos aspectos funcionais provocam importante alteração dos

seus papéis ocupacionais, pois as tornam limitadas para as ABVDs e AIVDs, optei, neste trabalho, por buscar compreender como o câncer de mama interfere na sua CF e em sua QV.

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

1.1 Câncer de mama

As neoplasias mamárias constituem o segundo tipo de câncer mais frequente no mundo e o primeiro entre as mulheres, sendo o mais temido por elas, devido à sua alta prevalência e, sobretudo, devido aos seus efeitos psicológicos que afetam a percepção da sexualidade e da própria imagem pessoal. A mama, para a mulher, não é somente um órgão de adorno ou de estímulo sexual e, sim, a representação de sua feminilidade e, de sua condição de mulher (PINOTTI *et al.*, 2010).

Apontam-se cinco aspectos importantes para o aumento da ocorrência deste tipo de câncer, sendo eles: a) envelhecimento da população, devido ao controle de doenças infecciosas ou parasitárias, por investimentos em ações básicas de saúde; b) estabelecimento de um novo padrão hormonal e reprodutivo no ciclo vital da mulher; c) a primeira gestação tardia e diminuição do período de amamentação; d) fatores ambientais, hábitos alimentares e estilo de vida; e) ganho de massa gordurosa em mulheres na perimenopausa e o consumo de álcool, sendo que os três últimos itens contribuiriam para o aumento do risco por elevarem os níveis endógenos de estrogênios (MARCHI, 2004).

No Brasil, as estimativas do Instituto Nacional de Câncer (INCA), para os anos de 2010 e 2011, apontam que ocorrerão 489.270 casos novos da doença. Os tipos mais incidentes, à exceção do câncer de pele não melanoma, no sexo feminino, serão os cânceres de mama (49 mil) e de colo do útero (18 mil), acompanhando o mesmo perfil observado no mundo (BRASIL, 2009).

O câncer de mama não é somente o que mais acomete, mas também o que mais mata as mulheres brasileiras e vem atingindo, cada vez mais, mulheres jovens. Além disso, em nosso país, sua detecção ainda é feita tardiamente, em aproximadamente 60% dos casos, ocasionando tratamentos mais agressivos e menos efetivos, aumentando o comprometimento físico e psicossocial das mulheres, os custos com internações e a utilização de medicamentos (SASAKI, 2000; BRASIL, 2009).

A prevenção primária deste câncer ainda não é totalmente possível, pois fatores de risco ligados à vida reprodutiva da mulher e características genéticas estão envolvidos em sua etiologia (THUEY, 2003; BRASIL, 2004).

Desse modo, a maioria dos esforços relacionados ao controle dessa doença está dirigida à prevenção secundária que abrange o conjunto de ações que permitem o diagnóstico precoce e o seu tratamento imediato, aumentando a possibilidade de cura, melhorando a qualidade de vida e a sobrevida e diminuindo a mortalidade pelo câncer (SCLOWITZ *et al.,* 2005).

As formas mais eficazes para detecção precoce do câncer de mama são o exame clínico das mamas e a mamografia que, complementados pela ultrassonografia, geralmente fornecem dados suficientes para o estadiamento clínico do tumor e a opção entre os tratamentos (SASAKI, 2000). Estudos apontam que o nível socioeconômico da mulher influencia no acesso a esses exames, pois mulheres com níveis socioeconômicos mais elevados, devido à utilização de planos de saúde ou consultas particulares, realizam mais precocemente os exames preventivos, ao contrário da maioria da população dependente do sistema público de saúde. Este fato acarreta o aumento do número de tumores detectados em estadiamento avançado, gerando maior gasto financeiro pelo serviço de saúde (MARCHI, 2004; SCLOWITZ *et al.,* 2005, PINOTTI *et al.*,2010).

O diagnóstico precoce do câncer de mama está diretamente ligado ao tratamento e à possibilidade de cura. A mamografia, associada ao exame físico, é responsável por mais de 40% da detecção do câncer mamário em estádio inicial. A combinação destes, com biópsia, tem sido a melhor alternativa para diagnóstico e planejamento do tratamento (BOFF; RUARO; SCHUH, 2006).

As mulheres com neoplasia mamária têm muitas opções de tratamento, como a cirurgia, quimioterapia, radioterapia, terapia hormonal e terapia biológica. A escolha dependerá do estadiamento da doença, podendo uma mesma mulher realizar mais de um tipo de tratamento associado (PINOTTI, *et al.,* 2010).

Entre as modalidades terapêuticas para o câncer de mama, a cirurgia deve ser realizada se a massa for bem delimitada e minimamente invasiva, mas se apresentar metástase, ou se o tumor estiver em órgãos vitais, este método pode ser desaconselhável (BRASIL, 2002).

A radioterapia é o tratamento que utiliza radiações ionizantes no combate de agentes neoplásicos, com o objetivo de atingir células malignas, impedindo sua multiplicação por mitose e/ou determinando a morte celular (ARAÚJO; ZAGO; SILVA, 2006).

A quimioterapia consiste no emprego de substâncias químicas, isoladas ou em combinação, com o objetivo de tratar as neoplasias malignas (BONASSA, 2005). A quimioterapia pode ser utilizada em todas as etapas do desenvolvimento do câncer de mama,

como terapia neoadjuvante, adjuvante ou paliativa (PINOTTI, *et al.*, 2010).

A cirurgia, pela remoção parcial ou total da mama pode levar a repercussões emocionais importantes, alterando a imagem psíquica que a mulher tem de si mesma e, envolvendo questões relativas à sua sexualidade (ROSSI; SANTOS, 2003), feminilidade e maternidade (REZENDE *et al.*, 2005).

O procedimento cirúrgico pode levar ainda a uma variedade de complicações que estão presentes em 63,6% das pacientes (CONDE *et al.*, 2006). Essas complicações podem ser intraoperatórias, como hemorragias e lesões nervosas. No campo operatório, podem ocorrer danos parciais ou totais em inervações, podendo resultar em atrofia dos músculos peitorais maior e menor, grande dorsal e serrátil anterior, com prejuízos para a função do ombro. Outras complicações são evidentes no pós-operatório imediato como infecção na cicatriz cirúrgica, necrose da pele, seroma, distúrbios de cicatrização e disfunções do ombro e complicações mais tardias, como o linfedema (PANOBIANCO; MAMEDE, 2002).

O linfedema pós-mastectomia ocasiona um grave dano estético e funcional ao membro afetado, prejudicando seriamente as atividades sociais das mulheres que o apresentam. Representa um grande incômodo físico e emocional, ao provocar experiências de depressão e de ansiedade, além de recordações do próprio câncer, sendo importante, muitas vezes, o acompanhamento multiprofissional, incluindo o atendimento psicológico e psiquiátrico (PANOBIANCO *et al.*, 2008).

Além dos aspectos psicossociais, o linfedema pode alterar a realização das atividades cotidianas em casa e no trabalho, devido à limitação de amplitude de movimento do braço e do ombro homolateral. A realização precoce das atividades rotineiras pode favorecer o aparecimento do linfedema (PANOBIANCO; MAMEDE, 2002). Por isso essas atividades devem ser recuperadas de maneira moderada e gradual (KEBBE, 2006).

Na radioterapia, os efeitos colaterais podem estar ligados à técnica empregada, ao local tratado, à dose utilizada, ao fracionamento e ao tipo de irradiação. Os efeitos adversos agudos podem ter duração de poucas semanas e são associados à dose total. Os efeitos sistêmicos, como fadiga e enjoos, são raros. As reações agudas mais comuns são eritema, descamação e necrose de pele. Já os efeitos tardios costumam aparecer após alguns meses, estando mais relacionados ao fracionamento; são irreversíveis e mais graves, dentre eles apresentam-se o edema difuso de mama, retração de pele, alterações na pigmentação da mama, fibrose, necrose gordurosa, pneumonite actínica (pós-irradiação), linfedema, entre outros menos frequentes (BERGMANN, 2000).

Entre as complicações mais comuns relacionadas à hormonioterapia

encontram-se as náuseas e vômitos, anorexia, ganho de peso, fogachos, leucorreia, sangramento vaginal, prurido vulvar, alopecia, cefaleia, tromboflebite, masculinização, retenção de líquidos, icterícia colestática, hipercalcemia. Estes efeitos dependerão do tipo de hormônio usado nesta modalidade de tratamento (BONASSA, 2005; SMELTZER, 2005).

Em relação à quimioterapia, os efeitos colaterais estão relacionados à destruição de células saudáveis que estão em mitose, e incluem: *toxicidade hematológica*, com depressão da medula óssea, manifestada por leucopenia, trombocitopenia e anemia; *toxicidade gastrointestinal*, manifestada por meio de náuseas, vômitos, mucosite, anorexia, diarreia e constipação; *toxicidades cardíaca, hepática, pulmonar, neurológica, vesical/renal*; *alterações metabólicas*, como hipomagnesemia, hiponatremia, hipercalcemia e hiperuricemia; *toxicidade dermatológica*, com alterações nas unhas, alopecia, eritema, urticária, hiperpigmentação e fotossensibilidade; *reações alérgicas e anafilaxia* (BONASSA, 2005; BENSI *et al.*, 2006). Embora estes efeitos sejam frequentemente bem controlados por medicações administradas em conjunto com as sessões de quimioterapia, se não forem corretamente abordados podem acarretar uma piora importante na QV (SMELTZER, 2005; GOZZO *et al.*, 2010), gerando comprometimento no DO, alterando os papéis ocupacionais destas mulheres.

Assim, as limitações enfrentadas pelos efeitos adversos dos diferentes tratamentos podem contribuir para uma percepção negativa do DO, devido a alterações das funções física e emocional e, especialmente, da CF.

1.2 Capacidade Funcional (CF) e Desempenho Ocupacional (DO)

O acometimento por uma doença acarreta incapacidades físicas e psicossociais, de forma temporária ou permanente, ameaçando a construção, a vivência e o desempenho de papéis ocupacionais e, gerando uma desestruturação de seu DO (EARLY, 2004).

O conceito de DO está associado à capacidade dos indivíduos de realizar tarefas que possibilitem o desempenho de papéis ocupacionais de acordo com sua faixa etária, cultura e o ambiente. Estes papéis desenvolvem-se conjuntamente com as ocupações que o indivíduo realiza nos seus contextos sociais, como dona de casa, estudante, pai e mãe, dentre outros. Uma única pessoa desempenha mais de um papel ao mesmo tempo, de forma

satisfatória e apropriada ao seu estado de desenvolvimento, cultura e ambiente (NEISTADT, CREPEAU, 2002; PEDRETI; EARLY, 2004).

O DO é composto por áreas de desempenho, divididas em sete subáreas, compostas por atividades cotidianas como: ABVD, AIVD, Repouso e Sono, Educação, Trabalho, Atividades Lúdicas, Lazer e Participação Social (AOTA, 2008).

Além desse aspecto, o DO também inclui fatores individuais (valores, crenças, espiritualidade, entre outros), componentes de desempenho (habilidades sensoriais e neuromusculares, psicológicas e sociais, entre outras), desempenho social (papéis, rotinas, entre outros), contexto de desempenho (cultural, pessoal, físico, temporal, entre outros) e demandas das atividades (demanda de espaço, requisição das ações, entre outros) (AOTA, 2008). Portanto, a alteração em alguns destes itens leva a uma desestruturação no DO, alterando os seus papéis ocupacionais.

Assim as atividades cotidianas refletem os valores culturais, fornecem a estrutura para a vida e significado para os indivíduos; essas atividades reúnem necessidades humanas de autocuidado, entretenimento e participação na sociedade (AOTA, 2008).

Kebbe (2006) estudou, dentre outros aspectos, o DO de mulheres com câncer de mama que realizaram mastectomia e que frequentavam um serviço de reabilitação. Nesse estudo, as mulheres não relataram dificuldades físicas no desempenho dos cuidados pessoais, mas de ordem psicológica, pois tiveram dificuldades em vestir-se devido ao sobrepeso corporal adquirido com a quimioterapia e a menopausa antecipada; evitavam se olhar, constantemente, no espelho, para não confrontarem seus corpos desfigurados pela cirurgia e pelos demais tratamentos.

No entanto, em outras categorias, como comunicação funcional e mobilidade, elas referiram que as limitações de ordem física dificultaram a realização de atividades o que gerou angústia e estresse emocional (KEBBE, 2006). Isso pode agravar-se quando o aparecimento do linfedema de membro superior leva a mulher a uma limitação no desenvolvimento de atividades rotineiras (PANOBIANCO *et al.*, 2008).

Dessa forma, mulheres com câncer de mama, ao deixarem de realizar estas atividades cotidianas, como os serviços domésticos, os cuidados pessoais e para com familiares, desenvolvem um senso de incapacidade frente aos seus papéis ocupacionais, precariamente desempenhados ou abandonados (KEBBE, 2006; PANOBIANCO *et al.*, 2008; LAHOZ *et al.*, 2010).

O DO tem como um de seus integrantes a CF, na qual está inserida a avaliação funcional, que por sua vez, busca verificar em que nível as doenças ou agravos

impedem o desempenho das atividades cotidianas de forma autônoma e independente, ou seja, realizadas sem a necessidade de adaptações ou de auxílio de outras pessoas, permitindo o desenvolvimento de um planejamento assistencial mais adequado (DUARTE, ANDRADE, LEBRÃO, 2007; LINO *et al.*, 2008; PALMADOTTIR, 2010).

Originado do latim *"capacitate"*, a palavra capacidade refere-se, além de outros significados, à qualidade necessária a uma pessoa para um determinado fim: habilidade, aptidão, preparo e, saber. Já a ação própria ou natural de um órgão, ou o conjunto de operações executadas por um órgão de um ser vivo que concorrem para um determinado fim, caracteriza a função, da palavra latina *"functione"* (RAMOS, 2005).

Na literatura encontra-se que a CF está associada à habilidade de um indivíduo em realizar suas ABVDs e AIVDs de maneira independente de outras pessoas, sendo caracterizada pela eficiência na execução das tarefas da vida cotidiana, e é dependente da preservação de habilidades motoras e cognitivas estando diretamente ligada à QV (LINO *et al.*, 2008).

A CF é constituída por habilidades motoras e cognitivas, portanto, condições que comprometam estas habilidades em mulheres com câncer de mama podem desencadear processos incapacitantes e, desta forma, afetar a QV, a funcionalidade e, consequentemente, o desempenho de atividades cotidianas das portadoras de tal comprometimento, gerando sofrimento (DUARTE, ANDRADE, LEBRÃO, 2007; LAHOZ *et al.*, 2010; PALMADOTTIR, 2010).

Estudo da terapeuta ocupacional Júnia Cordeiro (CORDEIRO *et al.*, 2007) validou um *checklist* para avaliação dos papéis ocupacionais, porém na literatura nacional e internacional não se encontram instrumentos validados para avaliar o DO em todas as suas áreas de desempenho. Na presente investigação, optou-se por utilizar instrumentos padronizados que avaliam ABVDs e AIVDs, as quais compõem a CF e influenciam no desempenho desses papéis (DUARTE, ANDRADE, LEBRÃO, 2007; LINO *et al.*, 2008).

Dentre os instrumentos que avaliam a CF, os mais utilizados são: o Índice de Katz, Índice de Lawton e HAQ-DI (*Health Assessment Questionnarie Disability Index*). Os primeiros são instrumentos direcionados à população adulta, em geral (DUARTE, ANDRADE, LEBRÃO, 2007), já o HAQ-DI é prioritariamente utilizado para população com doenças crônicas, principalmente reumatológicas, assim selecionaram-se para este estudo o Índice de Katz e o Índice de Lawton para avaliar a CF de mulheres com neoplasia mamária.

1.3 Qualidade de Vida (QV)

A expressão QV foi empregada pela primeira vez pelo presidente dos Estados Unidos da América, Lyndon Johnson, em 1964, ao declarar que "os objetivos de um governo não podem ser medidos por meio do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos por meio da QV que proporcionam às pessoas", referindo que as necessidades populacionais deveriam ser consideradas e não apenas os aspectos financeiros de um país. O interesse em conceitos como "padrão de vida" e "QV" foi inicialmente partilhado por cientistas sociais, filósofos e políticos (FRANZI; SILVA, 2003).

O interesse pelo estudo da QV apresenta-se crescente nas várias áreas da atividade humana. Este é um conceito subjetivo, multidimensional e influenciado por vários fatores relacionados à educação, à economia e aos aspectos socioculturais, não havendo um consenso quanto à sua definição. Apesar da inexistência deste consenso, a maioria dos autores concorda que, em sua avaliação, devem ser contemplados os domínios físico, social, psicológico e espiritual, buscando-se captar a experiência pessoal de cada indivíduo. Questiona-se como transformar informações subjetivas, que envolvem conceitos individuais, em dados objetivos e mensuráveis e, também, como essas informações podem ser quantificadas e comparadas entre populações diferentes (PINTO-NETO, CONDE, 2008; SAWADA, 2000).

A Organização Mundial de Saúde define QV como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (SEILD; ZANNON, 2004).

A QV é uma noção eminentemente humana que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. O termo abrange ainda muitos significados que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em diferentes épocas e espaços da história (FRANZI, SILVA, 2003; SEILD, ZANNON, 2004; MACHADO, SAWADA, 2008).

Na conceituação de QV são identificadas duas tendências do termo na área da saúde: um conceito mais genérico e um relacionado à saúde que designam uma série de modelos conceituais que definem o constructo por meio de dimensões da vida e por meio da percepção individual da saúde (CAPOLINA; CICONELLI; FERRAZ, 2006; LOTTI *et al.*, 2008).

Dessa forma, a QV pode constituir-se em um indicador de saúde, tanto no seu desenvolvimento em novas terapias e medicamentos, quanto em análise de sua qualidade, e para isso procuram-se maneiras para a validação de tais índices, com base na avaliação do estado físico geral, CF, habilidade para o trabalho, atividade doméstica, interação social no ambiente de trabalho e familiar, função cognitiva em relação à concentração (memória) e finalmente, ao estado emocional dos pacientes com respeito à ansiedade e depressão (KLIGERMAM, 1999; CAPOLINA *et al.*, 2006; DINIZ; SCHOR, 2006; LOTTI *et al.*, 2008).

Com relação ao câncer de mama e aos aspectos biopsicossociais problemáticos que são impostos à mulher, a QV tem se revestido de grande importância, principalmente no momento do planejamento do tratamento e da reabilitação da paciente. A avaliação de tal qualidade em pacientes oncológicos deve considerar aspectos que envolvem a melhora, a estabilização ou a piora da doença, a partir do tratamento, incluindo o bem-estar físico, psicológico e social (VELOSO, 2001).

Considerando ainda a alta incidência e a desestruturação que o diagnóstico e o tratamento do câncer de mama acarretam à mulher (VENÂNCIO, 2004; REZENDE *et al.*, 2005; HUGUET *et al.*, 2009), nos últimos anos, tem se dado maior ênfase às pesquisas de medidas de QV relacionadas à saúde dessas mulheres (DI MAIO; PERRONE, 2003; GOODWIN *et al.*, 2003; ENGEL *et al.*, 2004; AVELAR *et al.*, 2006; CONDE *et al.*, 2006; MAKLUF; DIAS; BARRA, 2006).

Para os autores Makluf, Dias e Barra (2006), na busca pela melhoria da qualidade da assistência prestada a mulheres com câncer de mama, os indicadores de QV podem auxiliar na prática clínica, nortear estratégias de intervenções e avaliá-las, além de criar parâmetros para definição de estratégia de promoção da saúde individual e coletiva.

A avaliação da QV global inclui os funcionamentos físico, psicológico, social, sexual e espiritual, variando entre os autores a nomenclatura ou divisão destas áreas de funcionamento e respectivos conteúdos. Os instrumentos que mensuram a QV têm sido desenvolvidos e validados uma vez que permitem a identificação dos problemas em áreas como estado emocional, estado físico geral, interação social e o delineamento de programas adequados de intervenção por identificar possíveis problemas na área investigada. Atualmente, existe uma grande variedade de instrumentos sendo utilizados para a avaliação da QV (CONDE *et al.*, 2006).

Os questionários para avaliação da QV podem ser genéricos, sendo instrumentos que avaliam a QV por aspectos abrangentes, como exemplo tem-se o *Medical Outcomes Study* 36-item *Short Form Health Survey* (SF-36), *Nottingham Health Profile*

(NHP), *Quality of Well-being* (QWB) e o *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL). (CONDE *et al.*, 2006; PINTO-NETO e CONDE, 2008).

Além desses, existem instrumentos que possuem módulos específicos para avaliar de forma individual e exclusiva alguns aspectos da QV, sendo questionários direcionados para a avaliação de determinada função (CF, sono, função sexual, aspectos sociais), população (idosos, jovens, mulheres climatéricas) ou doença (câncer de mama, câncer de ovário, diabetes) (PINTO-NETO e CONDE, 2008).

Os instrumentos específicos mais citados para o estudo da QV, em mulheres com câncer de mama são: *Functional Assessment of Cancer Therapy Breast* (FACT-B), *Breast Cancer Chemotherapy Questionnaire* (BCCQ) e *European Organization for Research and Treatment of Cancer Breast Cancer-Specific Quality of Life Questionnaire* (EORTC QLQ-BR23) (VELIKOVA; STARK; SELBY, 1999; PINTO-NETO e CONDE, 2008; WAN *et al.*, 2009).

Neste estudo, por se tratar de instrumentos bastante utilizados no Brasil e por serem sensíveis aos aspectos físico-funcionais, emocionais, sociais e sexuais, foram selecionados os questionários da *European Organisation for Research and Treatment of Cancer* (EORTC).

Pretende-se avaliar a QV de mulheres com câncer de mama haja vista sua alta incidência e elevado nível de alterações funcionais e emocionais que se relacionam com as alterações na CF.

Assim, o impacto gerado pelo diagnóstico e as implicações dos tratamentos podem alterar a CF, gerando comprometimentos no DO, que por sua vez, dificultam a realização dos papéis ocupacionais destas mulheres, levando a importantes alterações em sua QV.

Este estudo, ao avaliar esses dois aspectos, contribui para o entendimento dos prejuízos de ordem físico-funcional, emocional, social e sexual vividos pelas mulheres com câncer mamário, após os diferentes tipos de tratamento a que se submeteram, sinalizando novas possibilidades de lidar com estas limitações geradoras de sofrimento, de forma a se recriar e ressignificar o cotidiano destas mulheres.

2 OBJETIVO

2 OBJETIVO

Comparar a Capacidade Funcional de mulheres com câncer de mama, que realizaram tratamento oncológico, com a de mulheres que nunca apresentaram diagnóstico de câncer, e identificar se a qualidade de vida de mulheres com neoplasia mamária correlaciona-se com a capacidade funcional.

2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 Tipo de estudo

Para a avaliação da CF e da QV de pacientes com câncer de mama, em tratamento oncológico, realizou-se um estudo exploratório, com delineamento transversal e quantitativo, já que permite encontrar elementos necessários para identificar e descrever possíveis déficits na CF e QV desta população.

O estudo de natureza exploratória é aquele que permite ao investigador aumentar sua experiência em torno do problema, encontrando elementos necessários que permitam um contato com determinada população, para obter os resultados desejados; consiste em um estudo que descreve um fenômeno ou situação e é realizado em determinado espaço e tempo (PIOVESAN, TEMPORINI, 1995).

O estudo de caráter quantitativo envolve atributos mensuráveis de um fenômeno, além da predominância, incidência e tamanho deste. Nesta investigação, o pesquisador observa, conta, descreve e classifica o fenômeno. Além de observar e descrevê-lo, o pesquisador pode aprofundar a investigação de sua natureza complexa, e os outros fatores com os quais o problema está relacionado, obtendo, assim, a pesquisa exploratória (VIEIRA, 2004).

3.2 Local de Estudo

O estudo ocorreu nas dependências da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP), em dois locais: 1) Núcleo de Ensino, Pesquisa e Assistência na Reabilitação de mastectomizadas – REMA, para mulheres com câncer de mama e que frequentam o serviço, e 2) sala reservada, para mulheres que nunca apresentaram diagnóstico de câncer.

O REMA presta assistência à reabilitação física e psicossocial, de mulheres com câncer de mama, por meio de uma equipe multiprofissional composta por enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos e nutricionista, que trabalham em uma

organização interdisciplinar. Os atendimentos às mulheres com neoplasia mamária acontecem três vezes por semana, às segundas, quartas e sextas-feiras, das 7 horas e 30 minutos às 12 horas.

A seleção deste local se deu pelo fato de o serviço atender a um grande número de mulheres submetidas à cirurgia, para extirpação total ou parcial das mamas, que pertencem a diferentes contextos socioculturais, permitindo, assim, obter uma grande representatividade da população, devido à diversidade de variáveis culturais e socioeconômicas, entre outras. Além disso, já existe um vínculo da pesquisadora com o serviço e com as mulheres nele assistidas, o que proporcionou um maior envolvimento destas com a proposta da pesquisa.

O REMA foi criado em 1989, por docentes da área da saúde da mulher, da EERP-USP, com o objetivo de prestar assistência integral à mulher com câncer de mama e a seus familiares, estimulando a busca de um maior desempenho de papéis sócio-ocupacionais e de desenvolvimento de habilidades, dentro do seu contexto social. O serviço também auxilia na capacitação de profissionais da área de saúde, em nível de graduação e de pós-graduação, por meio de estágios e desenvolvimento de pesquisas, a fim de favorecer a prevenção e a detecção precoce do câncer de mama, além de sua reabilitação (MAMEDE, 1991; MELCHIOR, 2007; FERREIRA, 2009).

No REMA realizam-se atividades físicas orientadas, em grupo, durante uma hora, para a promoção da reabilitação do braço homolateral à cirurgia, além de se buscar prevenir comorbidades relacionadas ao sedentarismo.

Após os exercícios físicos, reúne-se um grupo para discussão, também com duração de uma hora, com coordenação interdisciplinar, no qual as participantes têm um espaço protegido para compartilhar sentimentos e dúvidas sobre as questões relacionadas à doença e a outros assuntos, como relacionamento familiar, alimentação saudável, retorno ao trabalho, entre outros.

As mulheres que apresentam linfedema recebem atendimento individualizado com o uso de técnicas linfoterápicas, como a Drenagem Linfática Manual e o Enfaixamento Compressivo Funcional. Para o acompanhamento e detecção de novos casos de linfedema, todas as participantes são cadastradas e possuem uma ficha, na qual são anotados os valores da perimetria[1], refeitos a cada mês.

[1] Perimetria: método mais utilizado e mais prático para avaliação do linfedema, no qual se realizam diversas medidas em circunferência dos membros em áreas predeterminadas (CAMARGO e MARX, 2000).

Outra atividade estimulada e desenvolvida pelo REMA é o lazer. São promovidas viagens, festas, bazares e eventos que facilitem a reinserção destas mulheres em seu contexto social.

Todos os atendimentos individuais e grupais, atividades de lazer, avaliações e dados das participantes são anotados em prontuários e registrados no banco de dados do serviço. Neste, constam 1.022 mulheres com câncer mamário cadastradas até julho de 2010, sendo que 721 realizaram tratamento radioterápico e 530 realizaram quimioterapia; destas últimas, 254 fizeram quimioterapia neoadjuvante e 468, adjuvante. Além disso, 301 mulheres realizaram hormonioterapia.

3.3 Considerações éticas

Foram respeitados todos os preceitos éticos contidos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde-CNS, para pesquisas com seres humanos. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – EERP-USP, sob protocolo de n°. 1089/2009 (ANEXO A).

As participantes do REMA foram esclarecidas quanto aos objetivos do estudo, assegurando-lhes o sigilo de suas identidades e a possibilidade de recusarem ou interromperem sua participação a qualquer momento, sem qualquer prejuízo para seu atendimento no serviço. Todas assinaram e receberam uma cópia, também assinada pela pesquisadora, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).

As servidoras foram esclarecidas quanto aos objetivos da pesquisa, a importância de sua participação, assegurando-lhes o sigilo de suas identidades e a possibilidade de recusarem ou interromperem sua participação a qualquer momento, sendo apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), o qual todas assinaram e receberam uma cópia, também assinada pela pesquisadora.

3.4 Participantes

As participantes deste trabalho foram divididas em dois grupos. O primeiro

(G1) constituído por mulheres com diagnóstico de neoplasia da mama e que frequentavam o REMA, respeitando os seguintes critérios de inclusão:

- Estar inscrita no REMA;
- Ter realizado o tratamento quimioterápico e/ou radioterápico até um ano à época da coleta de dados;
- Não apresentar metástase ou doença ativa.

Foram critérios de exclusão:

- Possuir metástases ou outras neoplasias;
- Apresentar déficits cognitivos que dificultavam as respostas para preenchimento dos instrumentos de coleta de dados, sendo isso avaliado pela pesquisadora durante a entrevista, pelo nível de compreensão das questões.

No período de janeiro a julho de 2010, em que os dados foram coletados, uma média de 180 mulheres frequentou o REMA, com regularidade. Além disso, 123 estavam iniciando o acompanhamento no serviço; destas, 67 não se enquadravam nos critérios de inclusão. Após o cálculo amostral, foram convidadas a participar 42 mulheres que constituíram o G1. Todas as convidadas aceitaram participar da pesquisa.

Para comparação dos dados da CF, constituiu-se o G2, composto por servidoras, docentes ou não docentes, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), que nunca apresentaram diagnóstico de câncer. Foram incluídas aquelas com idade e nível socioeconômico pareados aos do G1.

3.5 Cálculo amostral

O valor da amostra de participantes (n_o) foi obtido de acordo com a fórmula apresentada por Couto Júnior (2009), na qual D% é a semi-amplitude do intervalo de confiança (10; 20; 30 e 40%) e t é o valor da tabela t de Student em relação à probabilidade de erro.

$$n_o = \frac{t^2_{\alpha/2}(CV\%)^2}{(D\%)^2}$$

O coeficiente de variação (CV%) é calculado pela fórmula, na qual S = média ponderada das variâncias ou variância máxima e $\hat{m}$ é a média geral.

$$CV\% = \frac{100\sqrt{S^2}}{\hat{m}}$$

Para o cálculo da amostra deste estudo, foi investigado, entre as variáveis utilizadas, para qual delas havia achados clínicos publicados, e estes foram encontrados, na literatura internacional, relacionados ao coeficiente de variação da QV, a qual foi então estipulada como base para o cálculo da amostra.

Dessa forma, tomou-se como base o estudo realizado por Osoba *et al.* (1998) que acompanharam pacientes oncológicos, a partir do início do tratamento quimioterápico, com o questionário EORTC QLQ-C30. Neste estudo há a comparação entre o questionário considerado padrão-ouro, SF-36 e o EORTC QLQ-C30, entre dois grupos de pacientes oncológicos. Assim, observa-se que uma variação inferior a 10 pontos entre os escores obtidos no EORTC QLQ-C30 não representava piora ou melhora clinicamente significativa. O contrário acontecia quando se obtinha uma variação maior que 10, representando uma diferença clinicamente significativa, e, ainda, uma diferença entre 10 e 20 pontos é considerada moderada, e se maior que 20 pontos, obtém uma alta alteração clínica entre a primeira e a segunda avaliação.

Assim, utilizou-se o valor de 10 como o coeficiente de variação, como definido pela literatura, e como coeficiente de confiabilidade de 5% e poder estatístico de 95%, e obteve-se como valor da amostra um valor amostral de 42 mulheres.

3.6 Instrumentos de coleta de dados

Foram utilizados um formulário e quatro instrumentos padronizados e validados, sendo um para avaliar as ABVDs, outro para avaliar as AIVDs e dois para avaliar a QV. Os instrumentos de QV, por serem específicos a pacientes oncológicos, foram aplicados apenas ao G1.

3.6.1 Formulário: aborda aspectos referentes aos dados pessoais como: idade, escolaridade, estado civil, atividades de lazer, ocupação, moradia, tratamentos realizados, presença de linfedema, entre outros aspectos. Estes dados foram coletados por meio de entrevista com as participantes, para as integrantes do REMA e com o consentimento das participantes as informações referentes à cirurgia, ao tratamento oncológico e à perimetria foram retiradas de seus prontuários, presentes no núcleo de reabilitação, por meio dos dados da avaliação inicial deste serviço (ANEXO B).

3.6.2 Índice de Katz para Atividades de Vida Diária (SANTOS, 2006). Dividido em seis tarefas: alimentação, banho, vestir-se, usar o banheiro, locomoção e higiene pessoal. Para obtenção do escore total, faz-se a soma de cada um dos itens, que variam de 0 a 1, sendo "zero" quando não realiza a atividade, e "um" quando necessita de auxílio ou desempenha a tarefa sozinho. Após a soma dos escores, tem-se o valor total que caracteriza o participante em duas categorias, sendo a primeira de Dependente (0 a 3 pontos) e a segunda de Independente (3 a 6 pontos) (ANEXO C).

3.6.3 Índice de Lawton para Avaliação das Atividades Instrumentais de Vida Diária (SANTOS, 2006). Nesse, cada item varia de um a três, tendo o escore máximo de 27, e determinando três categorias que avaliam a capacidade do indivíduo para realizar as AIVDs. É dividido em nove tarefas cotidianas, como capacidade de utilizar o telefone, controlar finanças, utilizar meios de transportes, fazer compras, preparar refeições, cuidar da casa, cuidar da própria medicação. Para cada questão, a primeira resposta significa independência; a segunda, capacidade com ajuda; a terceira, dependência. Ao final da soma dos escores, os participantes, aos quais foi aplicado o questionário são classificados em uma das seguintes categorias: Dependentes, com pontuação de 09 a 13; Semidependentes, de 14 a 22; Independentes, acima de 22 (ANEXO D).

3.6.4 O Questionário de Qualidade de Vida - EORTC-QLQ-30 (*EORTC Quality of Life Questionnarie*) (ANEXO E), desenvolvido pela Organização Europeia de Pesquisa e

Tratamento do Câncer (*European Organisation for Research and Treatment of Cancer)*.

O instrumento QLQ C-30 (versão 3.0), traduzido para o português, é um questionário que contém 30 itens, englobados em 16 domínios que formam quatro escalas: Escala de Estado de Saúde Global e Qualidade de Vida (um domínio; dois itens); Escala Funcional (cinco domínios; 15 itens); Escala de Sintomas (nove domínios; 12 itens), e Escala de Dificuldades Financeiras (um domínio; um item) (Quadro 1).

O modelo de QV da EORTC é multidimensional, e o questionário autoadministrável. Inclui sintomas específicos do câncer, efeitos colaterais do tratamento, sofrimento psicológico, funcionamento físico, interação social, imagem corporal, sexualidade, saúde global e satisfação com o cuidado médico. Essas características lhe conferem a indicação de melhor medida de QV desenvolvida para pacientes com câncer, na atualidade (VELOSO, 2001; MAKLUF, DIAS, BARRA; 2006; MCKERNAN *et al.*, 2008).

As questões de um a 28 do questionário são colocadas em Escala do tipo Likert de quatro pontos, onde as respostas seguem o seguinte padrão: não (valor do escore = 1), pouco (valor do escore = 2), moderadamente (valor do escore = 3), e muito (valor do escore = 4). As questões 29 e 30 são apresentadas em Escala do tipo Likert de sete pontos, onde um corresponde a péssimo e sete corresponde a ótimo.

O instrumento foi desenvolvido com a intenção de ser utilizado internacionalmente, podendo ser aplicado em diferentes países e culturas. Esta escala já foi traduzida e validada para o português falado no Brasil. Os autores do questionário aprovaram sua utilização nesta pesquisa (ANEXO F).

Quadro 1 Escores do EORTC QLQ-C30 versão 3.0.

Escala	Questão	Item	Nível*	Escore mínimo	Escore máximo
Medida global de saúde/QV					
MGS/QV	29 e 30	2	6	Condição física e QV ruim	Condição física e QV excelente
Escala Funcional					
Função Física	1 a 5	5	3	Confinado à cama, necessita de ajuda para tomar banho, vestir-se e comer	Pode realizar atividades físicas pesadas sem dificuldade
Desempenho de Papéis	6 e 7	2	3	Impedido de trabalhar ou realizar atividades de lazer	Não apresenta limitações no trabalho ou no lazer
Função Emocional	21 a 24	4	3	Sente-se muito irritado, tenso, deprimido e preocupado	Não se sente irritado, tenso, deprimido e preocupado
Função Cognitiva	20 e 25	2	3	Apresenta muita dificuldade em concentrar-se e recordar informações	Não apresenta dificuldade de concentração e memória
Função Social	26 e 27	2	3	A condição física e o tratamento interferem muito na vida familiar e em atividades sociais	A condição física e o tratamento não interferem na vida familiar e em atividades sociais
Escala de sintomas					
Fadiga	10,12 e 18	3	3	Não se sente cansado ou fraco e não necessita descansar	Sente-se muito fraco e cansado e necessita descansar a maior parte do tempo
Náusea e vômito	14 e 15	2	3	Não apresenta náusea ou vômito	Sente-se muito nauseado e vomita muito
Dor	9 e 19	2	3	Não sente dor	Apresenta muita dor que interfere em todas as atividades
Dispneia	8	1	3	Não apresenta dispneia	Apresenta dispneia severa
Insônia	11	1	3	Não apresenta dificuldades para dormir	Não consegue dormir
Perda de apetite	13	1	3	Apetite conservado	Anorexia severa
Constipação	16	1	3	Sem constipação	Constipação severa
Diarreia	17	1	2	Sem diarreia	Diarreia severa
Dificuldade Financeira					
Dificuldade Financeira	28	1	3	A condição física e o tratamento não provocam dificuldades financeiras	A condição física e o tratamento provocam dificuldades financeiras

* Diferença entre a maior e a menor resposta possível para cada item.

3.6.5 Questionário de Qualidade de Vida para pacientes com câncer de mama - EORTC-QLQ-BR 23 (EORTC *Quality of Life Questionnarie- Breast Cancer*) (ANEXO G) desenvolvido pela Organização Europeia de Pesquisa e Tratamento do Câncer (*European Organisation for Research and Treatment of Cancer)*.

O questionário QLQ-C30 apresenta módulos que são definidos como grupo de itens que não são abordados ou não são explorados suficientemente no questionário central e são relevantes para a avaliação da QV de um grupo específico (SPRANGERS *et al.*., 1998).

O módulo QLQ-BR23 foi criado especificamente para mulheres com câncer de mama. Este módulo contém 23 questões divididas em dois grupos: Escala Funcional que inclui quatro itens sobre imagem corporal, dois itens sobre função sexual, um item sobre prazer sexual e um item sobre perspectivas futuras; Escala de Sintomas que inclui sete itens sobre efeitos secundários da terapia sistêmica, quatro itens sobre sintomas na mama, três itens sobre sintomas no braço e um item sobre queda de cabelo.

Quadro 2: Escores do EORTC QLQ- BR23, versão 3.0.

Escala	Questão	Item	Nível*	Escore mínimo	Escore máximo
Escala Funcional					
Imagem corporal	39 a 42	4	3	Sente-se menos bonita e menos mulher devido à doença ou tratamento	Sente-se bonita e mulher mesmo com a doença ou com o tratamento
Função sexual	44 e 45	2	3	Não sentiu desejo nem foi sexualmente ativa	Sentiu desejo e foi sexualmente ativa
Satisfação sexual	46	1	3	Sexo não foi satisfatório	Sexo foi muito satisfatório
Perspectivas futuras	43	1	3	Sente-se muito preocupada com as perspectivas futuras	Não se preocupa com as perspectivas futuras
Escala de sintomas					
Eventos adversos da terapia sistêmica	31 a 34, 36 a 38	7	3	Não apresentou eventos adversos à terapia sistêmica	Apresentou pelo menos um evento adverso à terapia sistêmica
Sintomas da mama	50 a 53	4	3	Não sentiu dor ou alterações na mama doente	Sentiu muita dor e/ou alterações na mama doente
Sintomas do braço	47 a 49	3	3	Não sentiu dor, inchaço ou dificuldade em movimentar o braço	Sentiu muita dor, inchaço e/ou dificuldade em movimentar o braço
Perda dos cabelos	35	1	3	Não se perturbou com a queda dos cabelos	Apresentou-se muito perturbada com a queda dos cabelos

* Diferença entre a maior e a menor resposta possível para cada item.

Todos os 23 itens são colocados em Escala do tipo Likert de quatro pontos, onde as respostas seguem o seguinte padrão: não, pouco, moderadamente e muito.

Os instrumentos foram traduzidos pela própria organização (EORTC), do inglês para outros idiomas, incluindo o português, utilizando um processo de tradução e retrotradução (CULL *et a.*.,1998).

3.7 Coleta de dados

Inicialmente, foram coletados os dados do G1, no próprio serviço de reabilitação, em dias e horários de atendimento, sem prejuízo à realização de suas atividades

no núcleo. As mulheres foram selecionadas mediante informações da avaliação inicial do núcleo, sobre realização ou não dos tratamentos quimioterápicos e radioterápicos, e depois, se enquadradas nos critérios de inclusão, foram convidadas a participar do estudo.

O segundo grupo (G2), composto por funcionárias, docentes ou não docentes da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), foi entrevistado em seu local de trabalho, em sala reservada, em horário agendado previamente e determinado pela participante.

3.8 Análise dos dados

Todos os dados obtidos das participantes, para serem processados, foram inicialmente agrupados e ordenados em uma planilha do EXCEL 2007 do MICROSOFT OFFICE ENTERPRISE 2007.

Os dados sociodemográficos foram avaliados por meio de uma análise descritiva das variáveis do formulário, para caracterização da amostra.

Na aplicação do Índice de Katz, em cada questão o escore variou de 0 a 1. O valor total foi obtido por meio da soma dos escores de todos os itens. O cálculo foi realizado conforme orientação do questionário e, ao final, obteve-se o valor total que caracterizou as participantes nas categorias: Dependente ou Independente.

Na aplicação do Índice de Lawton, após a soma dos escores obtidos e de sua colocação na planilha do Excel, foi realizada uma análise descritiva, para levantamento do número de participantes que se encontravam em cada uma das categorias: Dependentes, Semidependentes, Independentes.

Para a análise estatística desses instrumentos, os escores dos grupos G1 e G2 foram comparados por meio do programa estatístico STATISTIC 7.0, e utilizou-se o teste "T", com confiabilidade de 5% e poder estatístico de 95%.

Em relação ao questionário EORTC QLQ-C30, conforme orientação do grupo responsável pela sua formulação, na aplicação às participantes do presente estudo, em cada escala, os escores variaram de 0 a 100, sendo que, nas Escalas Funcional e Medida Global/QV, considerou-se que quanto mais alto o escore total mais próximo de níveis saudáveis de QV se encontrava a participante. O contrário aconteceu na aplicação das Escalas de Sintomas e de Dificuldade Financeira, nas quais se considerou que quanto mais altos os níveis dos escores encontrados maior o comprometimento da paciente (FAYERS *et al.*, 2001).

Para análise desse questionário, iniciou-se com o cálculo do escore bruto (EB) de cada um dos domínios que compõem as quatro Escalas. Esse EB é obtido pela soma dos escores dos itens (q) e dividido pelo número de itens que compõem cada um dos domínios.

Esse cálculo é feito, utilizando-se a seguinte fórmula:

$$EB = \frac{(q1+q2+q3+..+qn)}{n}$$

A partir do cálculo do EB, foi feita a transformação linear (escores de 0 a 100) que seguiu os seguintes passos:

Para cálculo da Escala Funcional:

Escore = ⎛ [1 -(EB-1)] / variação⎞ x 100

Para cálculo da Escala Medida Global/QV:

Escore = ⎡(EB-1) / variação⎤ x 100

Para cálculo das escalas/itens sintomas:

Escore = ⎡(EB-1) / variação⎤ x 100

Após a transformação linear, tabularam-se os dados, inserindo-os em uma planilha do EXCEL 2007 do MICROSOFT OFFICE ENTERPRISE 2007.

Para a análise dos dados obtidos do questionário EORTC QLQ-BR23, utilizou-se o mesmo cálculo da Escala Funcional do EORTC QLQ-C30, ou seja, obteve-se um EB e depois disso utilizou-se a fórmula abaixo:

Escore = ⎧ (EB-1) / variação⎫ X 100

Assim como no EORTC QLQ-C30, no EORTC QLQ-BR23, cada escala varia de 0 a 100. Este questionário é formado por duas Escalas, sendo a de Sintomas e a Funcional, e em ambas, quanto mais alto o escore obtido maior é o nível de comprometimento vivenciado pela participante; também foi realizada a transformação linear e tabularam-se os dados, inserindo-os em uma planilha do EXCEL 2007 do MICROSOFT OFFICE ENTERPRISE 2007.

Ambos os questionários foram aplicados somente ao G1, pois são específicos para avaliar problemáticas de pacientes oncológicos e de mulheres com câncer de mama, impossibilitando, assim, uma comparação entre os dois grupos. Foi realizada uma análise descritiva, observando em quais domínios das escalas as participantes apresentaram

maior comprometimento.

Para analisar a correlação da QV com a CF das participantes do G1, realizou-se cálculo do coeficiente de correlação de Pearson, variando de 1 a -1, sendo o 1 uma correlação perfeita positiva, ou seja, se uma categoria aumenta ou diminui, a outra age da mesma forma. Já no -1 as variáveis apesar de as categorias também apresentarem uma correlação perfeita, esta se dá inversamente, ou seja, se uma aumenta a outra diminui.

4 PROJETO-PILOTO

4 PROJETO-PILOTO

O projeto-piloto foi realizado para possibilitar o treinamento da pesquisadora e observar o nível de entendimento das participantes, no que diz respeito à aplicação dos instrumentos de coleta de dados. O piloto auxiliou no dimensionando do tempo necessário para a aplicação dos instrumentos e no cálculo da amostra. Para isto, selecionaram-se, aleatoriamente, 10 participantes, sendo cinco mulheres com câncer de mama que se enquadravam nos critérios de inclusão do estudo e cinco servidoras da EERP-USP, sendo os grupos pareados por idade, seguindo a metodologia proposta.

Dimensionar o tempo gasto, na coleta dos dados, possibilitou melhor distribuição das entrevistas durante os atendimentos no REMA e no horário de trabalho das funcionárias da EERP/USP.

Observou-se que as participantes que fizeram parte do G1 apresentavam dúvidas sobre o preenchimento dos instrumentos. Desta forma, já na coleta final dos dados, anteriormente à aplicação deles, apresentava-se a elas a escala Likert e suas correlações numéricas, para facilitar o entendimento.

Com o projeto-piloto, observou-se que as participantes apresentaram diminuição nas AIVDs e nas Funções Física e Emocionais da QV e mostraram-se independentes nas ABVDs. Em relação aos sintomas não houve índices de comprometimentos. Na literatura encontra-se uma diferença em relação aos sintomas de fadiga, à função social, entre outros, como a medida global de saúde, entre mulheres com câncer de mama, aspectos levantados como importantes na limitação de sua QV (VELOSO, 2001, GONÇALVES *et al.*, 2004; REZENDE *et al.*, 2005; SMELTZER, 2005; ISHIKAWA, DERCHAIN, THULER, 2005; SAWADA, DIAS, ZAGO, 2006; CONDE *et al*,. 2006).

Estudos apontam que as mulheres com câncer mamário sofrem com a piora da função sexual e com sintomas relacionados à cirurgia, como a limitação da movimentação do braço ou o linfedema (REZENDE *et al.*, 2005; CONDE *et al.*, 2006; HUGUET *et al.*, 2009). Nesse sentido, após o projeto-piloto, inseriu-se o questionário EORTC QLQ-BR23, na coleta de dados, para observar estes aspectos encontrados na problemática da neoplasia mamária e seu impacto na QV.

Assim, o pressuposto deste estudo é de que o impacto do diagnóstico e os comprometimentos gerados pelo tratamento oncológico na mulher com neoplasia de mama podem alterar sua CF, e consequentemente diminuir seu DO, dificultando a realização de seus papéis ocupacionais e levando a um déficit da QV.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Caracterização dos sujeitos do estudo

As 81 participantes deste estudo foram divididas em dois grupos: G1 (n=42), composto por mulheres que tiveram câncer de mama e que frequentavam o REMA, e G2 (n=39), composto por mulheres pareadas por idade e escolaridade e que nunca tiveram o diagnóstico de câncer. Por estarem pareados, os grupos se tornaram equivalentes, possibilitando a comparação nos instrumentos de QV e caracterização das amostras.

A média de idade no G1 foi de 54,5±11,66 anos, tendo 62 anos a de maior idade, e 37 anos a de menor. O G2 apresentou média de 55,3±11,35 anos, variando entre 61 e 34 anos, não havendo diferença significativa entre os grupos (Tabela 1). No consenso formulado pelo Instituto Nacional de Câncer (BRASIL, 2004), encontra-se que a idade média das mulheres, ao diagnóstico, é 45 anos.

Essas mulheres encontram-se, portanto, no período definido como "meia-idade" que varia, cronologicamente, entre os 40 e os 65 anos, e relaciona-se com momentos de transformação física e psicossocial.

Em relação à função física, as mulheres da "meia-idade" apresentam declínio no funcionamento dos órgãos, ocorrendo piora na visão, audição, diminuição de força muscular e coordenação motora. As alterações hormonais interferem no aspecto da sexualidade, acarretando a diminuição da lubrificação vaginal e da libido; elas vivenciam a menopausa que é enfrentada como o fim da capacidade reprodutora, gerando, algumas vezes, um sentimento de luto devido a estas transformações. Nos aspectos psicossociais, observa-se uma mudança nos seus papéis sócio-ocupacionais, pois as mulheres passam por diferentes momentos nesta fase da vida, tendo de lidar com o amadurecimento dos filhos e a saída destes de casa e, têm, ainda, de aprender o papel de avó. Para as mulheres que trabalham, a mudança acontece por meio da aposentadoria (PAPALIA; OLDS, 2000) que gera, muitas vezes, um sentimento de inutilidade.

Em relação à escolaridade, 46% das mulheres do G1 e 46% do G2 tinham até o Ensino Fundamental completo. Isto pode relacionar-se ao fato de que a maior parte dos encaminhamentos ao REMA vem do Sistema Único de Saúde (SUS) que, segundo o estudo de Thuler (2003), ainda é composto por população de classes econômicas e níveis de escolaridades mais baixos. No que se refere ao estado civil, a maioria das participantes de ambos os grupos é casada. No G2, houve um número maior de mulheres solteiras e divorciadas, e menor número de

viúvas, quando comparado ao G1 (Tabela 1).

Em relação às atividades de trabalho realizadas pelas integrantes do G1, anteriormente ao tratamento oncológico, 33% das participantes eram do lar; 34% trabalhavam com registro em carteira de trabalho, exercendo atividades como professora, auxiliar de enfermagem, costureira, esteticista, cabeleireira, auxiliar de serviços gerais; 33% eram autônomas, sendo que somente algumas tinham registro em carteira de trabalho (empregada doméstica; artesã; vendedora de roupa e ou cosméticos, empresária e secretária).

Das participantes do G1, 84% não apresentavam nenhuma atividade remunerada no momento da entrevista; destas, 69% estavam afastadas do trabalho, pelo INSS e 15% não recebiam nenhum auxílio. Outros 16% mantiveram trabalho remunerado, realizando atividades como autônomas, sendo que apenas uma participante trabalhava com registro em carteira. No G2, por ser formado por funcionárias da EERP-USP, observa-se que todas trabalhavam, sendo que as participantes eram da equipe de limpeza, secretárias, encarregada geral e recepcionista (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição das mulheres participantes do G1 e G2, em relação à idade, ao estado civil, à escolaridade e à ocupação no período de janeiro a julho de 2010. Ribeirão Preto-SP.

Variável			G1 n=42	G2 n=39
Idade (anos)	35 – 39		4%	5%
	40 – 44		7%	7%
	45 – 49		30%	33%
	50 – 54		38%	41%
	55-59		14%	10%
	60+		7%	4%
Estado civil	Solteira		2%	10%
	Casada		73%	64%
	Amasiada		10%	10%
	Divorciada		-	8%
	Viúva		15%	8%
Escolaridade	Ens. Fundamental incompleto		23%	23%
	Ens. Fundamental completo		23%	23%
	Ens. Médio incompleto		15%	15%
	Ens. Médio completo		23%	23%
	Superior incompleto		-	-
	Superior completo		16%	16%
Ocupação	Trabalhando		16%	100%
	Sem trabalho	Com auxílio	69%	-
		Sem auxílio	15%	-

n= número de integrantes de G1 e G2.

Em relação à caracterização clínica, serão apresentados os dados de G1 sobre os tipos de tratamentos realizados.

Quanto às técnicas cirúrgicas, observa-se que 46% das mulheres fizeram quadrantectomia, 31% nodulectomia e as demais realizaram cirurgia tipo Madden (23%) (Figura 1), ou seja, a maioria realizou procedimentos cirúrgicos menos invasivos. Na literatura pertinente a este assunto, encontra-se que as cirurgias conservadoras podem contribuir na manutenção da QV, prejudicando menos os aspectos estéticos (MAKLUF, DIAS, BARRA, 2005). Deve-se considerar, ainda, que cirurgias menores apresentam menos riscos de complicações físicas.

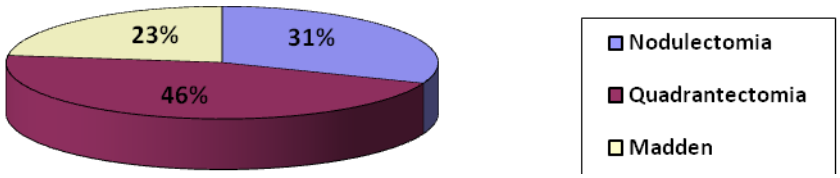

Figura 1. Distribuição da frequência das participantes do G1, segundo o tipo de cirurgia, no período de janeiro a julho de 2010. Ribeirão Preto-SP.

Quanto ao tempo de cirurgia, encontrou-se média de 6±2,8 meses, sendo um máximo de 11 meses e mínimo de dois meses, portanto, as participantes vivenciaram o processo de diagnóstico e tratamento oncológico há pouco tempo do período da coleta de dados, o que dificultou a adaptação às limitações, tais como diminuição da amplitude de movimento no braço homolateral à cirurgia, edema na área da cirurgia, linfedema, dificuldade de cicatrização, vividos após a neoplasia da mama, podendo isto ter influenciado negativamente na manutenção das atividades cotidianas, referentes às ocupações que exerciam antes.

Foram submetidas à quimioterapia, 82% das 42 mulheres que compuseram a amostra, sendo que 42% fizeram quimioterapia neoadjuvante e 78%, adjuvante, e ainda 33% realizaram radioterapia. Os tratamentos para o câncer de mama podem gerar complicações que interferem na CF e na QV, pois acarretam em alterações físicas, emocionais e psicossociais. A quimioterapia pode levar à depressão do sistema imunológico, diarreia, alopecia, anorexia (BONASSA, 2005; BENSI *et al.*., 2006), alterações na autoimagem, além de depressão e angústia. A radioterapia gera prejuízos no local irradiado, e ainda, alterações sistêmicas como a fadiga que pode ser intensificada com a associação da quimioterapia (BERGMANN, 2000).

Além dessas complicações, a mais comum enfrentada pelas mulheres com câncer mamário é o linfedema de braço que pode aparecer em qualquer período depois da cirurgia, em consequência da retirada dos linfonodos axilares, comprometendo o sistema linfático e aumentando o volume do braço. Outros tipos de tratamento, como a radioterapia, podem agravar a situação (CAMARGO; MARX, 2000; ALGRANCE; SOUZA; MAZZEI, 2010).

O linfedema pós-mastectomia representa um grande incômodo físico e emocional, sendo importante, muitas vezes, o acompanhamento psicológico e psiquiátrico (PANOBIANCO *et al.*., 2008). Além disso, ocasiona um grave dano estético e funcional ao membro afetado, prejudicando seriamente as atividades sociais das mulheres que o apresentam,

como as atividades de lazer e participação social (PANOBIANCO; MAMEDE, 2002; PANOBIANCO *et al.*, 2008).

Neste estudo encontrou-se que 74% apresentavam diferença na perimetria dos braços inferior a dois centímetros, o que não caracteriza presença de linfedema; já 20% apresentavam diferença entre dois e três centímetros, e 6% diferença superior a três centímetros, caracterizando, assim, presença de linfedema. Kocak e Overgaard (2000) e Deo *et al.* (2004) classificam o linfedema menor que 3 cm de diferença entre os membros como leve; de 3 a 5 cm moderado e, acima de 5 cm, severo.

O diagnóstico, o tratamento oncológico e os eventos adversos por esse causados, como o linfedema, comprometem a participação social (ALGRANCE; SOUZA; MAZZEI, 2010; PALMADOTTIR, 2010), que por sua vez alteram as atividades de lazer, avaliadas neste estudo, por meio do formulário de caracterização das participantes. Nestas atividades, não houve variação nos períodos que antecederam ou sucederam o tratamento oncológico. No G1, 76% das participantes referiram realizar atividades de lazer após a cirurgia, enquanto no G2, 87% disseram realizar alguma atividade de lazer. As participantes do G1 referiram manter as mesmas atividades após o tratamento. Apenas 24% delas referiram ter deixado de realizá-las.

Entre as atividades, citaram: passeios, caminhadas, visitas a familiares, utilização da internet, e ainda, bordar, ler, cozinhar, entre outros. Seus principais acompanhantes nestas atividades, no G1, foram os filhos (90%), marido (70%), outros familiares (20%) e amigos (20%), já para o G2 foram o marido (67%), amigos (23%) e outros familiares (10%).

Observa-se que, em ambos os grupos, a maioria das mulheres realizou algum tipo de lazer, porém, quase sempre, com familiares ou sozinhas, e as componentes do G1 referiram atividades em ambiente domiciliar, ou seja, aquelas que não necessitam de interação social com pessoas estranhas, tais como atividade de leitura, uso de internet, visita a familiares, o que pode acontecer devido ao acometimento pelo câncer de mama e suas repercussões psicossociais. Na literatura pertinente, encontra-se que essas atividades são alteradas após a vivência da neoplasia mamária (VOCKINS, 2004; PALMADOTTIR, 2010).

Em consonância com os dados deste estudo, um trabalho com 50 mulheres com câncer de mama, que já haviam realizado algum tipo de tratamento oncológico, mostrou que mais da metade delas não apresentou diferença na realização de atividades de lazer, entre antes e após este tratamento. Mostrou ainda que as atividades realizadas pelas participantes estavam relacionadas a passeios familiares e a atividades realizadas em sua moradia (SALES *et al.*, 2001).

Em outro estudo, realizados com essas mulheres, encontrou-se que apesar de

verbalizarem a manutenção das atividades de lazer em contextos não doméstico, referiram ser o descanso uma importante atividade, contradizendo a expectativa de experimentar o lazer for do ambiente doméstico (KEBBE, 2006).

5.2 Avaliação da Capacidade Funcional

A seguir, são apresentados os dados da avaliação da CF, realizada pela aplicação dos instrumentos: Índice de Katz, para as ABVDs e Índice de Lawton para as AIVDs.

5.2.1 ÍNDICE DE ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA DE KATZ

As ABVDs são atividades referentes ao autocuidado, como vestir-se, alimentar-se, realizar a higiene pessoal, entre outros. Nesta escala, após a comparação entre o G1 e G2, não se encontrou diferença estatisticamente significativa (p=1,0) (Figura 2), pois as participantes de ambos os grupos obtiveram a pontuação máxima deste instrumento, demonstrando que as mulheres com câncer de mama mantiveram padrões normais na realização das ABVDs.

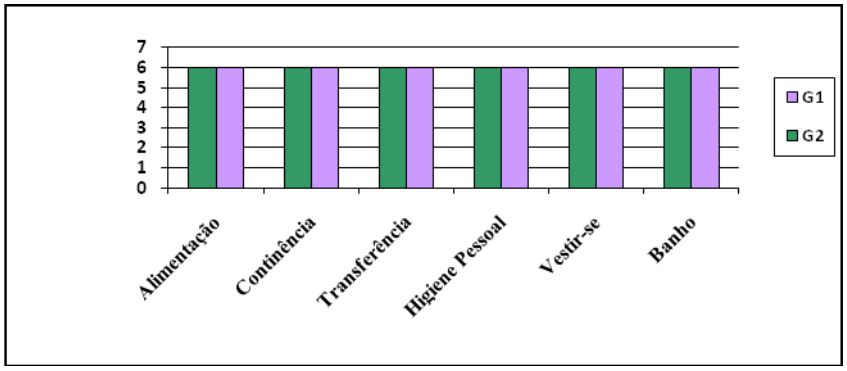

Figura 2 – Comparação das médias de G1 e G2 em cada domínio do Índice de ABVD de Katz, no período de janeiro a junho de 2010. Ribeirão Preto-SP.

Neste estudo, 77% das participantes do G1 passaram por procedimentos cirúrgicos conservadores que acarretaram menos alterações físicas e, consequentemente, menor comprometimento no seu DO, permitindo assim a continuidade na realização das atividades cotidianas e a manutenção da CF. Elas referiram menor comprometimento nas ABVDs e pouca limitação da amplitude de movimento e força muscular, o que lhes possibilitou manter autonomia

no cumprimento dos seus papéis sócio-ocupacionais.

Acredita-se que o tempo de tratamento das participantes do G1é um fator que pode ter levado aos resultados do presente estudo, pois como comentam Pengo e Santos (2004), com o término e com a diminuição dos efeitos colaterais, a condição física torna-se melhor, possibilitando a retomada das atividades ou até mesmo a capacidade de criar novas estratégias para a realização dessas atividades.

5.2.2 ÍNDICE DE ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA DE LAWTON

Inicialmente procedeu-se à categorização das participantes, de acordo com a pontuação do instrumento. Dessa forma, obteve-se que 56% do G1 foram classificadas como Semidependentes, ou seja, necessitam de auxílio em algum momento da realização da atividade (Figura 3). No G2, apenas 5% das participantes são Semidependentes. Em ambos os grupos não se encontraram participantes Dependentes para as AIVDs.

Esses resultados demonstram que as mulheres com câncer mamário com até um ano de tratamento têm necessidade de ajuda para realizar as atividades que necessitam maior dispêndio de esforço físico, como cuidar da casa e da roupa, cozinhar e preparar alimentos, utilizar instrumentos domésticos, fazer compras, usar o transporte particular ou público e controlar a própria medicação e finanças.

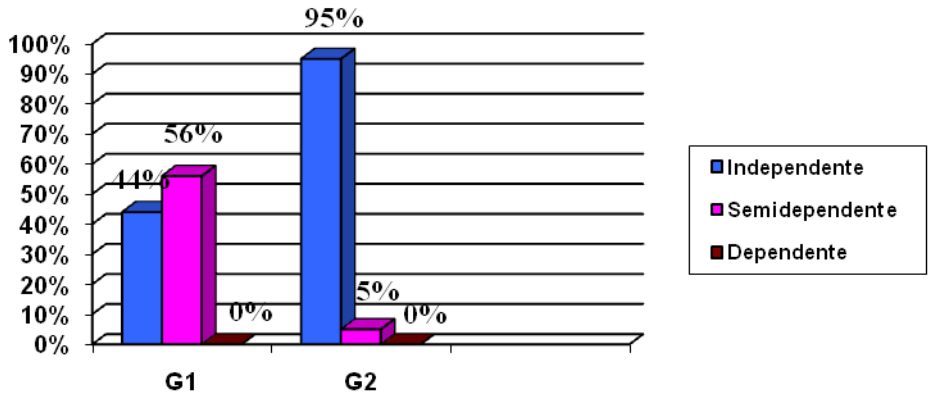

Figura 3 – Classificação das participantes de G1 e G2 em cada item do Índice de AIVD de Lawton, no período de janeiro a junho de 2010. Ribeirão Preto-SP.

Na comparação entre os grupos, encontrou-se, por meio da diferença

estatisticamente significativa (p< 0,0001) (Figura 3), que o diagnóstico e o tratamento do câncer de mama dificultam a realização de atividades como fazer compras, usar o telefone, usar transportes públicos, preparar refeições, arrumar a casa, organizar o trabalho doméstico, lavar e passar roupa, cuidar de suas finanças e administração de remédios. No cálculo da média, observa-se que a do G1 é inferior a do G2 e que o mesmo aconteceu com a mediana (Tabela 2). Este aspecto se relaciona à classificação quanto ao nível de dependência das mesmas, ou seja, por meio do valor da média pode-se classificar o G1 como Semidependente e o G2 como Independente.

Tabela 2. Análise descritiva da Escala de Atividades Instrumentais de Vida Prática de Lawton, no período de janeiro a julho de 2010. Ribeirão Preto-SP.

Grupo	***Média***	***Desvio-padrão***	***Mínimo***	***Máximo***	***Mediana***
G1	21,8	3,1	17	26	22
G2	26,5	1,0	23	27	27

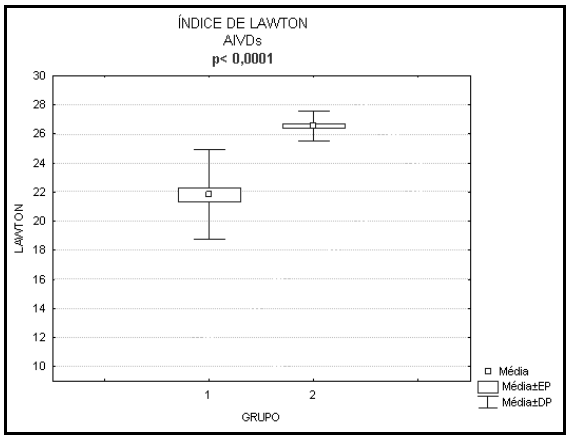

Figura 4. Teste t para comparação entre o G1 e G2 para Escala de Atividades Instrumentais de Vida Prática de Lawton, no período de janeiro a julho de 2010. Ribeirão Preto-SP.

As AIVDs são atividades que necessitam de maior esforço físico, pois são atividades que apoiam a vida diária dentro de casa e na comunidade e que, frequentemente, requerem maior complexidade de interações do que o autocuidado usado na ABVD (AOTA, 2008) Dessa forma, neste estudo, pode-se observar que os tratamentos oncológicos, como a quimioterapia, radioterapia e a cirurgia, e seus efeitos colaterais, como a fadiga, diminuição da

amplitude de movimento e da força muscular levaram estas mulheres a necessitar de ajuda para realizar as AIVDs.

Lahoz *et al.* (2010) referem que uma possível explicação para a diminuição da frequência em realizar atividades mais complexas seria a cirurgia a que a paciente foi submetida para o tratamento do câncer de mama, além da limitação de força muscular e da amplitude de movimento que essa cirurgia pode causar.

Estas atividades estão relacionadas com aspectos sociais ou físicos. Estes foram avaliados neste estudo e encontrou-se que, em ambos, as participantes do G1 apresentaram importante comprometimento. Esses resultados encontram respaldo nas afirmações de que o câncer de mama impõe rupturas na vida cotidiana, tendo um efeito devastador sobre a QV e mudanças nas ocupações pertencentes às rotinas anteriores. O desenvolvimento de novas ocupações e o retorno às anteriores devem ser repensados de acordo com a fase e o tipo de tratamento em que as mulheres se encontram (PALMADOTTIR, 2010).

Sendo assim, o comprometimento nas AIVDs pode gerar uma redução na participação ocupacional destas mulheres. Participação ocupacional refere-se ao envolvimento em uma situação de vida por meio da ocupação e tem sido definida como o engajamento no trabalho, lazer ou atividades de vida diária e prática (PALMADOTTIR, 2010).

Após a cirurgia, as mulheres com câncer mamário apresentaram, ainda, comprometimento nas AIVDs, com ênfase nas atividades sociais, pois referiram que deixaram, muitas vezes, de sair de casa, e quando o fizeram, tiveram dificuldades para fazer compras e quando se encontravam com outras pessoas, o que está de acordo com afirmações de Carvalho, Caixeta e Souza (2009).

Segundo Pengo e Santos (2004), o déficit nas AIVDs e nas atividades sociais e profissionais das acometidas pelo câncer de mama, muitas vezes, as torna dependentes e faz com que percam sua autonomia, prejudicando assim a autoestima[2], autoeficácia[3] e autoconceito[4]. Consequentemente, isto pode devastar a capacidade de um indivíduo de praticar ou de cumprir os seus papéis da vida. Dessa forma, os terapeutas ocupacionais são profissionais capacitados que permitem a maximização da qualidade de vida, abordando as dificuldades com o desempenho ocupacional, possibilitando adaptações nas ABVDs e AIVDs, bem como nas adversidades físicas

[2] Avaliação subjetiva que uma pessoa faz de si mesma como sendo intrinsecamente positiva ou negativa (SEDIKIDES; GREGG, 2003)

[3] Crença sobre a habilidade pessoal de desempenhar com sucesso determinadas tarefas ou comportamentos para produzir um resultado desejável (SALVETTI; PIMENTA, 2007)

[4] Composto por imagens acerca do que pensa de si mesmo e sobre o que faz. É composto por elementos de vários campos como a imagem corporal, sensibilidade tátil e cinestésica, cultura, religião, entre outros (ALBUQUERQUE; OLIVEIRA, 2002).

e psicossociais vividas por esta população (VOCKINS, 2004).

Assim, em relação à CF, foi possível observar que as mulheres do G1 não apresentaram diferença estatisticamente significante no que se refere às ABVDs, conseguindo manter seu autocuidado, porém os resultados relativos às AIVDs, ou seja, as atividades ligadas ao papel social esperado por elas, como preparar sua própria refeição, fazer compras, limpar a casa, entre outras, evidenciaram um déficit na CF que pode comprometer a QV.

5.3 QUALIDADE DE VIDA

Por serem questionários específicos para a população oncológica e para mulheres com câncer de mama, o EORTC QLQ-C30 e o QLQ-BR23 foram aplicados apenas no G1. Por isso, os dados foram analisados pela estatística descritiva e foi realizada a análise do coeficiente de correlação, a fim de observar se a QV está associada à CF, não havendo comparação com o grupo-controle (G2).

5.3.2 EORTC-QLQ-BR23

A avaliação da aplicação deste questionário baseou-se na pontuação dos domínios que compõem suas duas escalas: Funcional e de Sintomas.

Em cada um dos domínios obteve-se a média (m), desvio-padrão (dp), o valor máximo (max) e o mínimo (min) obtidos e, ainda a mediana. Esta análise permitiu observar se os escores encontrados, a partir das respostas das participantes, estavam abaixo ou acima do valor médio estipulado para cada domínio (pelo grupo EORTC), permitindo assim, observar se existe ou não comprometimento da QV.

5.3.2.1 ESCALA FUNCIONAL

O primeiro domínio da Escala Funcional é a Imagem Corporal que é conceituada como uma fotografia mental elaborada pela própria pessoa, de acordo com a percepção do seu corpo. Este conceito, portanto pode estar em frequente transformação e sofre

influência do contexto social e de sintomas emocionais e físicos (VALENZUELA, 2007; BRANDBERG *et al.*., 2008). É importante destacar que a estimulação do autoconceito e da autoestima influencia positivamente na imagem corporal (BRANDBERG *et al.*., 2008).

No domínio Imagem Corporal, as participantes deste estudo apresentaram um leve comprometimento, pois o valor da média foi baixo, indicando que elas mantiveram a autoimagem, mesmo após vivenciar o câncer de mama.

Valenzuela (2007) aponta que mulheres que fizeram reconstrução mamária ou cirurgias menos agressivas, como nodulectomia e tumorectomia, tendem a apresentar menor comprometimento na sua imagem corporal.

Neste estudo, 77% das mulheres realizaram uma destas cirurgias, e este aspecto pode ter influenciado na manutenção de níveis saudáveis neste domínio, para a maioria delas. Entre as demais (14%) relataram dificuldade de aceitação da nova imagem de seus corpos, entende-se que este fato pode estar relacionado com o tipo de cirurgia, pois algumas das participantes deste estudo realizaram procedimentos cirúrgicos mais invasivos e bilateralmente; além disso, os outros tipos de tratamento realizados, como a quimioterapia e a hormonioterapia, também podem ter influenciado na aceitação da nova configuração dos seus corpos, pois podem levar ao aumento do peso corporal (Tabela 3 e Figura 5).

O fato de participarem de um núcleo de reabilitação pode ter influenciado neste dado, pois além de serem estimuladas à formulação de novas estratégias, como uso de prótese, compartilhamento de experiências em grupo, entre outras, neste serviço as mulheres estão entre iguais, favorecendo o olhar-se, o que pode facilitar a aceitação da nova imagem corporal.

Ainda em relação à análise da QV, outro domínio da Escala Funcional é a Função Sexual. Nesta observa-se que as mulheres estudadas apresentaram leve comprometimento (Tabela 3 e Figura 5). Alguns estudos relatam que os efeitos colaterais do tratamento oncológico, além de dificuldades emocionais e de enfrentamento às perdas da mama, do cabelo, entre outros, levam as mulheres com câncer de mama a uma limitação em sua função sexual (TOBIN *et al.*, 1993; CONDE *et al.*, 2006; ALEGRANCE, SOUZA, MAZZEI, 2010). Outro aspecto relevante é que devido ao tratamento sistêmico ou à hormonioterapia, elas podem apresentar a síndrome climatérica, muitas vezes, precocemente, apresentando entre os sintomas, sudorese noturna e diminuição da lubrificação vaginal que podem influenciar negativamente na função sexual (CONDE *et al.*., 2006; GRADIM, 2005; HUGRET *et al.*., 2009).

Estudiosos referem que com o passar do tempo, após o diagnóstico do câncer e seus tratamentos, as mulheres podem se adaptar psicossocialmente, melhorando esse aspecto (ALEGRANCE, SOUZA, MAZZEI, 2010). Considera-se que apesar de esse tempo não ser tão

grande entre as participantes deste estudo, o fato de elas frequentarem o núcleo de reabilitação pode ter contribuído com este processo de adaptação, apesar de ela não ter ocorrido de forma completa no grupo estudado.

Nesse sentido, os resultados obtidos na Função Sexual parecem ter refletido na Satisfação Sexual, outra subescala do EORTC-QLQ-BR23 (Tabela 5). Nesta, as mulheres obtiveram escores que ressaltam um moderado comprometimento, fato este que se relaciona com as dificuldades emocionais e físicas, como a alteração da imagem corporal, depressão, além da fadiga e da dor durante a relação sexual (CONDE *et al.*, 2006). Aqui, entende-se que o comprometimento relatado pode ainda ter se apresentado reduzido em função de que neste domínio só responde a mulher que estiver ativa sexualmente, e 17% das participantes referiram que eram solteiras ou viúvas, e referiram não ter relação sexual: portanto, foram excluídas na avaliação deste domínio.

O quarto e último domínio da Escala de Sintomas do EORTC- QLQ-BR23 é a Perspectiva Futura.

O alto desvio-padrão encontrado neste domínio pode significar que, como esta não foi uma variável controlada, as participantes estavam em momentos diferentes, algumas mais próximas, e outras não, do período de realização da mamografia e dos outros exames periódicos, tornando-as mais ou menos suscetíveis às questões do futuro, pois relataram apresentar pequena preocupação com a saúde futura, com média de 36,1±24,7 (Tabela 5).

A literatura refere que a preocupação com o futuro, mais próximo ou distante, acontece devido ao medo da recidiva, além da possibilidade de complicações do tratamento, entre elas, as deiscências, infecções e o linfedema (RZEZNIK, DALL´AGNOL, 2000; CONDE *et al.*, 2006; PINHO *et al.*, 2007; ALEGRANCE, SOUZA, MAZZEI, 2010).

O período dos exames periódicos para acompanhamento e detecção de recidivas causa grande preocupação para as mulheres com câncer de mama (ALMEIDA *et al.*, 2001), fazendo com que apresentem medo e sofrimento, aumentem sua preocupação com o futuro e diminuam sua QV.

O gráfico e a tabela abaixo apresentam a análise descritiva de cada um dos domínios da Escala Funcional. Por meio deles, observa-se que, em nenhuma categoria, as participantes superaram o valor de 50, ou seja, não apresentaram grandes comprometimentos, mas sim de leves a moderados. Considera-se, no entanto, que deve ser dada atenção a eles quando se pensa em reabilitar mulheres com câncer de mama, pois apesar de não se apresentarem tão acentuados, se fazem presentes e podem influenciar negativamente a QV das acometidas pela doença.

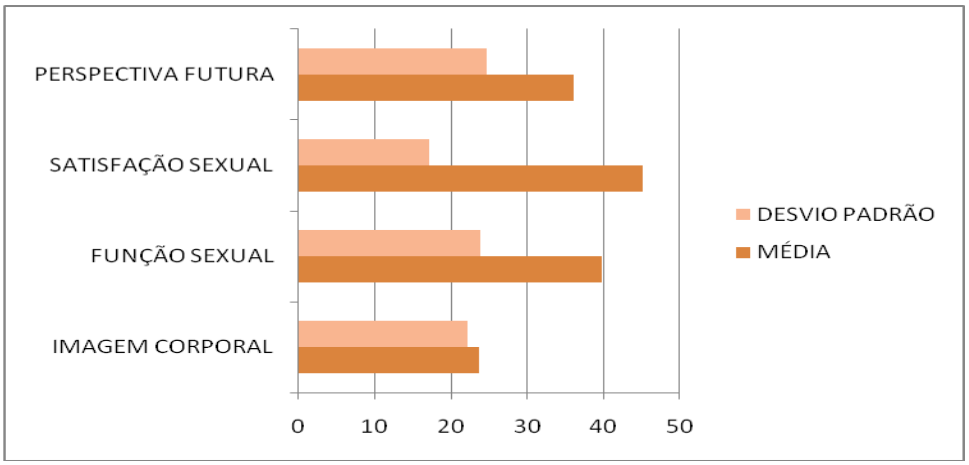

Figura 5 – Análise da média e desvio-padrão da Escala Funcional do EORTC QLQ-BR23, no período de janeiro a julho de 2010. Ribeirão Preto-SP.

Tabela 3 – Análise descritiva dos Domínios da Escala Funcional do EORTC-QLQ-BR23, no período de janeiro a julho de 2010. Ribeirão Preto-SP.

Domínios da Escala Funcional	**G1**	
	m±dp	**Min – Max (Mediana)**
Imagem Corporal	32,6±37,1	0 – 100 (17)
Função Sexual	39,7±23,1	0 – 67 (50)
Satisfação Sexual	45,2±17,1	33 – 67 (33)
Perspectiva Futura	36,1±24,7	0 – 100 (33)

5.3.2.2 ESCALA DE SINTOMAS

O primeiro domínio da Escala de Sintomas refere-se aos Eventos Adversos da Terapia Sistêmica para o controle do câncer de mama, como a quimioterapia e a radioterapia. Na literatura, encontra-se que estes efeitos podem levar a um comprometimento da QV de mulheres com câncer de mama (BROECKEL *et al.*, 1998; BROWALL *et al.*, 2008). Nesta pesquisa, as participantes apresentaram pequeno comprometimento (Tabela 4 e Figura 6). Observa-se que poucas relataram a presença dos eventos adversos, o que pode ter acontecido por se encontrarem

em um período de finalização ou já terem terminado o tratamento, quando a manifestação de alguns desses efeitos pode estar diminuída ou não mais se apresentar.

Acredita-se que estimular a manutenção das atividades do cotidiano das pacientes com neoplasia da mama, durante os tratamentos oncológicos, possibilita que elas elaborem estratégias para se adaptarem às novas necessidades, como não carregar pesos excessivos, evitar calor na região da cirurgia, realizar atividades de forma gradual e fragmentada, evitar cortes e queimaduras, escoriações, picadas de inseto e realizar exercícios físicos sistemáticos. Por participarem de um núcleo de reabilitação que tem este objetivo, isto pode ter proporcionado às mulheres deste estudo habilidades para melhor lidar com os eventos adversos do tratamento sistêmico, como dor de cabeça, olhos doloridos, entre outros, que fazem parte da Escala de Sintomas.

Entretanto, entre os itens que compõem este domínio, cabe destacar a boca seca, um sintoma citado por 95% das participantes, que interfere nas atividades de autocuidado e de alimentação, e na literatura encontra-se que as mulheres com câncer de mama, ao apresentarem xerostomia, deixam de utilizar batom, o que prejudica a autoestima, e deixam de comer alguns alimentos, devido à dificuldade de mastigação provocada por este sintoma (CARVALHO, CAIXETA, SOUZA, 2009).

Ainda na Escala de Sintomas do EORCT-QLQ-BR23, foi analisado o domínio Sintomas da Mama, no qual as mulheres apresentaram maior comprometimento em relação aos outros já referenciados, relatando a presença de inchaço, dor e alterações na sensibilidade, apesar de moderados, uma vez que houve grande variabilidade entre os escores.

Esse comprometimento pode ser devido aos tratamentos radioterápico e cirúrgico que causam efeitos colaterais na região da mama, como fibrose e edema, entre outros (BROECKEL *et al.*, 1998; BROWALL *et al.*, 2008), que além de interferirem nos aspectos físicos, diminuindo a sensibilidade na região da mama e no membro superior homolateral e, também na amplitude dos movimentos de braço e ombro, dificultam a realização dos afazeres cotidianos, ou seja, das atividades rotineiras, como os cuidados pessoais, cuidados com a casa, com a comida, ou ainda aquelas no trabalho fora de casa, por exemplo o uso de computador, máquinas de costura, entre outros.

Outro domínio com alta variabilidade nos escores obtidos pelas participantes foi o de Sintomas no Braço, o que demonstra que as mulheres com câncer de mama apresentaram um leve comprometimento em relação aos itens deste domínio que estão relacionados à dor localizada (não referiram), ao linfedema (26% delas o apresentavam) e à diminuição da amplitude de movimento.

Vale lembrar, novamente, que participar do grupo de reabilitação pode ter facilitado a criação de novas estratégias para retorno à vida cotidiana, evitando maiores problemas com o braço homolateral à cirurgia. No REMA, são fornecidas orientações quanto aos cuidados do braço, referentes a não exposição ao calor, cuidados com ferimentos, excesso de peso e higiene, além da necessidade de atividades físicas para ganho e manutenção de amplitude dos movimentos do ombro e braço (MELCHIOR, 2007; PANOBIANCO *et al.*, 2008; FERREIRA, 2009); são realizados, ainda, os exercícios físicos que contribuem para evitar ou amenizar problemas como esses.

No presente estudo, as mulheres mencionaram a importância de seus familiares e cuidadores também terem conhecimento dos limites para esses cuidados no período pós-operatório. Erroneamente, alguns consideram que a cirurgia para o câncer de mama requer repouso absoluto e não admitem que a mulher operada faça qualquer atividade sem acompanhamento, por um tempo demasiadamente longo, no sentido de protegê-la; outros consideram que a partir do momento que a cirurgia está cicatrizada, a mulher pode realizar qualquer tipo de atividade, estimulando-a a isso e expondo-a a riscos de complicações físicas e até mesmo emocionais, devido à dúvida sobre como agir.

Na sequência são apresentados os dados da Escala de Sintomas do EORCT-QLQ-BR23, relativos ao último domínio, Queda de Cabelo. Como as participantes deste estudo já haviam terminado o tratamento oncológico, à época da coleta de dados, referiram que, no momento da entrevista ,não apresentavam queixa em relação à alopecia, que é frequentemente classificada como um dos eventos adversos mais comuns da quimioterapia, temido e traumático para as mulheres e que pode mesmo ser considerada emblemática no tratamento do próprio câncer (BATCHELOR, 2001), mas após o fim do tratamento e de seus efeitos tóxicos, este evento diminui ou desaparece (BONASSA, 2005).

A literatura aponta que as mulheres com câncer de mama utilizam estratégias para conviver com este evento, como uso de perucas ou lenços, e este aspecto facilita a vivência e melhora a QV (MELO *et al.*,2002). Além disso, com o término do tratamento e, consequentemente, o início do crescimento dos cabelos, outras questões passam a ser prioritárias, como a adaptação às limitações e às mudanças permanentes, como a extirpação da mama (MELO *et al.*, 2002).

Os resultados estatísticos referentes à Escala de Sintomas do EORCT-QLQ-BR23 encontram-se na Tabela 4 e na Figura 6, a seguir.

Observa-se que, em todos os domínios, obteve-se um desvio-padrão alto, mostrando grande variabilidade nas pontuações obtidas entre os valores dos escores máximos e

mínimos. Isto significa que algumas mulheres referiram ausência destes sintomas, enquanto outras relataram sua presença e com forte intensidade.

Esses resultados mostram a importância de que a equipe de saúde, ao prestar assistência a essas mulheres, esteja atenta para esses sintomas que podem aparecer mesmo depois do término dos tratamentos, ainda que para um número menor de mulheres. Nesse sentido, é importante que estas tenham liberdade de comentar sobre os problemas, para pedirem ajuda e encontrarem apoio para utilizar estratégias de enfrentamento.

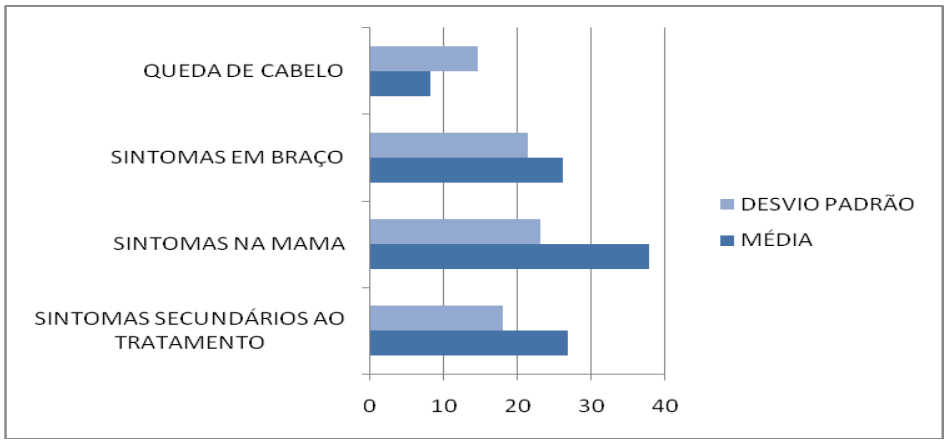

Figura 6- Apresentação das médias e desvio-padrão dos domínios da Escala de Sintomas do EORTC-QLQ-BR23, no período de janeiro a julho de 2010. Ribeirão Preto-SP.

Tabela 4 – Análise descritiva dos domínios da Escala de Sintomas do EORTC-QLQ-BR23, no período de janeiro a julho de 2010. Ribeirão Preto-SP.

Domínios da Escala de Sintomas	**G1**	
	m±dp	**Min – Max (Mediana)**
Eventos Adversos da Terapia Sistêmica	26,8±17,9	0 – 67 (30)
Sintomas da Mama	37,9±23,1	0 – 76 (33)
Sintomas do Braço	26,1±21,4	0 – 67 (23)
Queda do Cabelo	6,7±13,4	0 – 58 (0)

5.3.2 EORTC QLQ-C30

Os resultados obtidos pelo EORTC QLQ-C30 foram agrupados nas quatro escalas, as quais foram divididas em 15 domínios, conforme indicado pelo grupo EORTC: A) Medida Global de Saúde e Qualidade de Vida; B) Escala Funcional: Função Física; Função Emocional; Desempenho de Papéis; Função Cognitiva; Função Social; C) Escala de Sintomas: Fadiga; Perda de Apetite; Insônia; Dor; Náusea e Vômito; Dispneia; Constipação; Diarreia; D) Dificuldade Financeira.

É importante observar que parte dos itens avaliados pelo EORTC-QLQ-C30 e pelo BR23 expressa a percepção dos entrevistados, mais do que um fato mensurado objetivamente. Por exemplo, os indivíduos podem avaliar a sua capacidade de memória de forma diferente, assim como o grau de restrição ao desempenho de certas atividades (VELOSO, 2001).

Esse questionário, assim como o EORTC QLQ BR23, é validado para utilização com populações com câncer, sendo assim, aplicado apenas ao G1, não permitindo comparação com o grupo-controle. A seguir, são apresentados os dados descritivos.

5.3.2.1 MEDIDA GLOBAL DE SAÚDE E QV

No que se refere à Medida Global, observa-se uma média de 70,1±21,6 (Tabela 5), ou seja, as participantes apresentam uma QV moderada. Isso indica que as mulheres com câncer de mama referem níveis inferiores de QV e avaliam sua própria saúde moderadamente pior do que acreditavam ser antes da vivência do câncer de mama.

Nesse sentido, alguns estudos apontam que a experimentação de uma nova mama, qualquer que seja a extensão da cirurgia, leva a um comprometimento significativamente negativo à QV, pois interfere nos papéis sociais, como os de mãe, esposa, trabalhadora, cuidadora, vizinha, amiga e familiar. A partir dos tratamentos, as mulheres apresentam sintomas desagradáveis, sejam emocionais (depressão, angústia, entre outros), ou físicos (dor, fadiga, entre outros), e ainda encontram dificuldades para a realização de atividades cotidianas, diminuindo a CF e criando um complicador para a manutenção da QV (CONDE *et al.*, 2006; DISIPIO *et al.*, 2010).

Outros autores acrescentam que a terapêutica empregada no câncer de mama contribui para o surgimento de alterações emocionais, sociais e sexuais importantes, e entre as complicações físicas enfatizam o linfedema que assusta pelo medo de o braço acelerar o aumento

de volume, provocando constrangimento à exposição em público, assim como restringe a mulher na realização de suas atividades cotidianas.

Esses aspectos, quando relacionados à QV, são considerados relevantes, e por isso, integram diversos instrumentos de avaliação da QV (VELOSO, 2001, GONÇALVES *et al.*, 2004; REZENDE *et al.*, 2005; SMELTER, 2005; ISHIKAWA, DERCHAIN, THULER, 2005; SAWADA, DIAS, ZAGO, 2006; CONDE *et al.*; 2005).

Tabela 5 – Análise descritiva da Medida Global de Saúde e QV do G1, no período de janeiro a julho de 2010. Ribeirão Preto-SP.

Grupo	*Média*	*Desvio-padrão*	*Mínimo*	*Máximo*	*Mediana*
G1	70,1	21,6	33	100	67

5.3.2.2 ESCALA FUNCIONAL

Na Tabela 6, observa-se que, nos domínios Função Física e Função Social, as participantes apresentaram menos comprometimento, já no domínio Função Emocional houve uma alteração maior. Nesta escala, quanto maior o valor do escore obtido, menor é o comprometimento vivenciado pela participante.

Tabela 6 – Análise descritiva dos domínios da Escala Funcional do EORTC-QLQ-C30, no período de janeiro a julho de 2010. Ribeirão Preto-SP.

Domínios da Escala Funcional	**G1**	
	m±dp	**Min – Max (Mediana)**
Função Física	60,5±23,9	27 – 100 (53)
Desempenho de Papéis	80,5±20,6	34 – 100 (83)
Função Emocional	48,4±22,2	8 – 75 (58)
Função Cognitiva	73,8±20,2	33 – 100 (83)
Função Social	64,5±30,9	17 – 100 (67)

Função Física

Um declínio moderado é observado na avaliação da Função Física das componentes do G1, e quando aconteceu considera-se que estava ligado aos efeitos colaterais do tratamento oncológico, entre eles, a limitação de movimento, presença de linfedema e radiodermites (PRADO, *et al.*, 2005; DIETTRICH, 2005; MELCHIOR, 2007; FERREIRA, 2009). Todos esses eventos adversos diminuem a amplitude do movimento do braço homolateral à cirurgia da mama, comprometendo a CF e a QV das acometidas, pois muitas das atividades interrompidas integravam o papel sócio-ocupacional desempenhado pelas mulheres nos diferentes contextos dos quais faziam parte, como sua casa, o trabalho, a igreja, entre outros.

Desempenho de Papéis

No que se refere ao Desempenho de Papéis, observa-se que as mulheres com câncer de mama referiram vivenciar pouco comprometimento (média 80,5±20,6). Tal aspecto pode estar relacionado ao momento do tratamento oncológico em que se encontravam. Por terem finalizado a quimioterapia e a radioterapia há menos de um ano, encontravam-se num momento de reconstrução de suas vidas. Acredita-se que devido a este fato, elas não tivessem ainda conseguido assumir suas limitações e modificações na vida cotidiana, pois estavam buscando um retorno à rotina anterior ao câncer mamário. Além disso, a mulher tem um papel social de cuidadora, sendo difícil assumir o papel inverso, de ser cuidada. Acredita-se que estes aspectos possam tê-las levado a relatar poucas mudanças no desempenho de seus papéis.

Além disso, neste questionário avalia-se o desempenho de papéis, apenas considerando as ABVDs, sendo estas, como já discutido por meio dos dados encontrados com o Índice de Katz, mantidas após a finalização do tratamento oncológico das mulheres estudadas (G1).

A literatura pertinente ao assunto comenta que a mulher com câncer de mama encontra dificuldades para desempenhar seus papéis sociais devido ao tratamento e à ruptura de seu cotidiano, mas inicia outros novos papéis, como integrante de um grupo de apoio, ou passa a ser a responsável pela rotina doméstica, entre outros, levando assim a um equilíbrio entre perdas e ganhos (BARBOZA; XIMENES; PINHEIRO, 2004).

Nesse sentido, as integrantes do G1 participam de um grupo de reabilitação que estimula a manutenção de seus papéis e a identificação de novas possibilidades e habilidades. O

grupo de reabilitação é colocado na literatura como um facilitador para o enfrentamento da doença, pois além de receber apoio das demais participantes, a mulher tem seu espaço para expressar sentimentos e questionamentos (GOMES *et al.*, 2003).

Função Emocional

Este estudo, em consonância com a literatura, aponta um importante comprometimento das participantes em relação à sua Função Emocional, sendo o domínio em que elas referiram maior comprometimento, obtendo-se média de 48,4±22,2, sendo considerado um comprometimento forte (Tabela 6).

O câncer de mama tem importante influência nos aspectos emocionais da mulher, pois esta apresenta várias mudanças durante o tratamento, relativas à sua autonomia e independência, gerando dificuldades psicossociais (PENGO e SANTOS, 2004). Além disso, há também a proximidade, real ou idealizada, com a morte e a incapacidade que leva ao medo, angústias, vergonha e sentimento de discriminação, gerando prejuízos nos aspectos emocionais (SALES *et al.*, 2001; CONDE *et al.*, 2006).

Enquanto integrante do grupo de profissionais que presta assistência ao grupo de reabilitação em que foram coletados os dados para o presente estudo, observa-se que as participantes referem que o tratamento oncológico leva a um comprometimento nos aspectos emocionais, referentes ao enfrentamento das mudanças de vida causadas pela doença, sendo uma delas, a retirada da mama, que interfere na identificação da feminilidade. Ainda, como afirmam alguns autores, elas referem que a dependência e a perda da identidade geram angústias e medos (SALES *et al.*, 2001; PENGO E SANTOS, 2004). Dessa forma, estes fatores prejudicam a função emocional e a QV destas mulheres.

Outros estudos apontam que, pelo menos um terço dos pacientes que recebe tratamento oncológico irá apresentar algum tipo de angústia (MIOVIC; BLOCK, 2007; WALKER *et al.*, 2007). Entre as mulheres com câncer de mama, a prevalência de depressão varia entre 1,5% e 46% entre todos os estágios da doença (MASSIE, 2004) e 30% delas irão continuar apresentando relevantes níveis de ansiedade e depressão durante o seguimento (HOWARD; HARVEY, 1998).

Essas manifestações podem estar exacerbadas nas mulheres que fizeram quimioterapia (82% neste estudo) que, segundo Browall e colaboradores (2008), aumenta os sintomas de ansiedade e depressão, efeitos negativos do tratamento na qualidade de vida

(BROWALL *et al.*, 2008).

Outros autores acrescentam que a mulher com câncer de mama, quando em tratamento quimioterápico, tende a ficar mais sensível e vulnerável aos estímulos que o mesmo provoca, muitas vezes interferindo na promoção de uma resposta eficaz da droga, o que contribui, de forma negativa, para a sua adaptação, podendo levar a sintomas de angústia, ansiedade e depressão (MIOVIC; BLOCK, 2007; WALKER *et al.*, 2007).

Função Cognitiva

No domínio Função Cognitiva, considerando as médias do G1 (73,8±20,2), observa-se que o tratamento oncológico alterou levemente a memória, atenção e concentração, comprometimento este que não acarretou dificuldades nas atividades diárias. Porém, por meio dos valores da Tabela 3, observa-se que o G1 apresentou grande variabilidade nos escores, demonstrando que algumas participantes apresentaram comprometimento neste domínio. A participação no grupo de reabilitação, por meio da estimulação de atividades de leitura, discussões em grupo e exercícios físicos, pode ser um fator que favoreça a proteção e a manutenção da função cognitiva. Algumas participantes relataram que, por deixarem de exercer seu papel de trabalhadora, puderam iniciar novas atividades de lazer, como leitura e realização de passatempos, atividades estas que estimulam a função cognitiva.

Função Social

Os escores obtidos, relativos à Função Social, relacionada à QV, evidenciam que as mulheres com câncer de mama apresentaram um comprometimento moderado neste domínio; desta forma, a capacidade de interação no contexto em que estão inseridas, representadas pelo desempenho das atividades de lazer, trabalho e relações familiare,s mostra-se comprometida.

Assim como para as atividades de lazer, anteriormente discutidas, as participantes referem que, devido à vergonha e a outras dificuldades de enfrentamento da doença, deixam de realizar atividades sociais, e que devido às dificuldades de aceitação de suas mudanças físicas e emocionais, das suas ABVDs e AIVDs, acabam optando por um isolamento social, impedindo que retomem suas atividades rotineiras.

Esses resultados mostram que o conjunto de reações vivenciadas pela mulher com câncer mamário, após o tratamento oncológico gera comprometimentos nos papéis sócio-ocupacionais destas, o que por sua vez acaba limitando o convívio social.

Palmadottir (2010) indica que o apoio social é um recurso importante no enfrentamento do câncer de mama, pois mantém a mulher ativa, mas ressalta que há uma importante dificuldade no restabelecimento destes vínculos sociais. Nesse sentido, os profissionais de saúde, entre eles o terapeuta ocupacional, são capazes de estimular estratégias que minimizem os efeitos do câncer sobre a participação social e a realização dos papéis sociais, e devem se preocupar com isso, levando em conta a importância desses fatores na manutenção do bem-estar e da QV da mulher acometida pela doença.

5.3.2.3 ESCALA DE SINTOMAS

Outra escala que compõe o EORTC-QLQ-C30 é a Escala de Sintomas. Para a interpretação dos resultados encontrados a partir de sua aplicação, deve-se considerar que quanto maior a pontuação mais comprometida estará a participante.

O primeiro domínio da Escala de Sintomas refere-se à Fadiga, um sintoma comum e bastante limitante à mulher. É descrita como uma experiência subjetiva e definida como uma sensação física desagradável, com sintomas cognitivos e emocionais, descritos como cansaço que não apresenta alívio com emprego das estratégias usuais para a restauração da energia (ISHIKAWA, DERCHAIN, THULER, 2005; ROBB *et al.*, 2007; MOTA, 2008). Em pacientes com câncer, a fadiga pode aparecer como efeito colateral da radioterapia, atingindo 80% dos pacientes crônicos e 30% dos casos agudos (TURRIZIANI *et al.*, 2005).

A fadiga também pode estar relacionada com o tratamento quimioterápico, sendo o sintoma mais descrito por pacientes submetidos a esse tratamento, sendo seu efeito acumulativo (FURT; AHRBERG, 2001; GONÇALVES *et al.*, 2004). Em estudo realizado na Finlândia, com 100 pacientes com câncer, sendo que 65% destes eram mulheres com de câncer de mama, 18% apresentaram sintomas gerais de fadiga, 16% apresentaram sintomas físicos de fadiga e 14% sintomas mentais de fadiga (BATAGLINNI *et al.*, 2004).

A fadiga, diferentemente dos demais sintomas, aumenta o comprometimento à medida que se distancia do término do tratamento e da intensidade do mesmo (FURT; AHRBERG, 2001; GONÇALVES *et al.*, 2004; TURRIZIANI *et al.*, 2005). Neste estudo, as componentes do G1 mostraram comprometimento da QV, relacionado à fadiga (Tabela 6), o que

pode ter ocorrido devido ao fato de a maioria já ter terminado o tratamento, apesar de este tempo não ser tão longo.

Distúrbios do sono são comumente encontrados em pacientes com câncer e, normalmente, estão relacionados à fadiga (BERGER *et al.*,2000; ANCOLI-ISRAEL *et al.*, 2001; SAVARD, MORIN, 2001), porém no outro domínio da Escala de Sintomas, a Insônia, obteve-se como resultado um leve comprometimento (Tabela 6).

Em outro domínio da Escala de Sintomas, a Perda de Apetite, as participantes também referiram um leve comprometimento, com média de 15,5±23,8, e mais uma vez, o tempo de término do tratamento pode ser a justificativa para esse resultado.

A Perda de Apetite é um sintoma especialmente presente no período de quimioterapia, devido às alterações de sabores, às náuseas e vômitos, sendo que estes efeitos podem permanecer mesmo após o término do tratamento oncológico (EMBLON, STEINECK, BÖRJESON, 2009). Pode ter importante influência na vida social da mulher, pois várias atividades cotidianas estão ligadas à alimentação, como festas, visitas a parentes e amigos, entre outras. Por sua vez, tendem a ser evitadas para não causar constrangimentos, na presença de tais sintomas (BEAGAN; CHAPMAN, 2004; EMBLON; STEINECK; BÖRJESON, 2009).

Além disso, há um desconforto relacionado à perda de apetite e ao emagrecimento decorrente disso, pois este, quando acentuado, é gerador de sofrimento, visto ser o câncer representado socialmente como uma doença que consome o corpo. Nesse caso, a inapetência pode evidenciar, para a mulher e para os que a cercam, seu estado debilitado, o que pode levá-la a um maior isolamento social. Outras vezes, o que acontece é que as mulheres com câncer mamário, mesmo sem apetite, apresentam aumento de peso, devido ao uso de hormonioterapia e ao climatério, sendo este outro aspecto gerador de sofrimento (CANTINELLI *et a.*., 2006; STEINECK, BÖRJESON, 2009).

Em relação à Dor, G1 apresentou média de 28,6±31,5 (Tabela 7), o que representa uma leve alteração, mas observa-se que as variações entre as respostas foram grandes, o que significa que algumas participantes não referiram dor alguma, enquanto outras referiram dor máxima e limitante. Isto pode estar relacionado ao tipo de tratamento, tipo de cirurgia, à presença ou não do linfedema de membro superior, entre outros, que por sua vez podem gerar maior ou menor limitação física e, consequentemente, dor (VELOSO; BARRA; DIAS, 2009).

Rolim (2005) afirma que a dor é um sintoma presente após o tratamento oncológico, mas também, por ser multidimensional, pode sofrer influência do contexto e do ambiente no qual a mulher se insere.

Além disso, a dor é considerada um sinal multifatorial e subjetivo que abrange

vários componentes: a luta contra a doença e seus respectivos tratamentos, os problemas emocionais (raiva, depressão, desesperança, desespero, culpa, proximidade da morte) e a mudança dos planos de sua vida, pois deixam de lado os de longo prazo, fixando-se em metas de curto prazo (SALAMONDE *et al.*, 2006). E por ser subjetiva, cada pessoa avalia sua dor conforme suas experiências, e com isso os valores de pontuação de dor podem ser avaliados diferentemente para cada uma das participantes, podendo explicar a variabilidade de escore encontrado neste domínio.

Outros domínios como Náusea e Vômito, Dispneia, Constipação, e Diarreia referem-se a sintomas vivenciados durante o tratamento oncológico (BEAGAN; CHAPMAN, 2004; EMBLON; STEINECK; BÖRJESON, 2009). Apresentaram médias baixas (Tabela 6) e não interferiram na QV das mulheres deste estudo (G1).

Tabela 7– Análise descritiva dos Domínios da Escala Sintomas do EORTC-QLQ-C30, no período de janeiro a julho de 2010. Ribeirão Preto-SP.

Domínio da Escala de Sintomas	**G1**	
	m±dp	**Min – Max (Mediana)**
Fadiga	40,9±26,3	0 – 78 (55)
Perda de Apetite	15,5±23,8	0 – 67 (0)
Insônia	21,9±31,7	0 – 100 (17)
Dor	28,9±31,5	0 – 100 (17)
Náusea e Vômito	8,5±10,6	0 – 33 (0)
Dispneia	3,5±9,8	0 – 33 (0)
Constipação	20,6±9,8	0 – 100 (0)
Diarreia	12,7±27,4	0 – 100 (0)

5.3.3 DIFICULDADE FINANCEIRA

Na última escala do EORTC-QLQ-C30, Dificuldade Financeira, também se

encontrou um leve comprometimento (média 30,21±35,93), mas deve-se considerar que as mulheres que referiram esta mudança muitas vezes tiveram de deixar seus empregos, aumentaram os gastos financeiros com transporte para o tratamento, com alimentação, entre outros fatores, e passaram a depender de recursos financeiros de outros familiares e cuidadores, situação também apontada no estudo de Silva e Hortale (2006), prejudicando sua QV (SALES *et al.*, 2001). Observa-se uma grande variação entre as respostas das participantes, e tal aspecto pode estar relacionado ao fato de que algumas mulheres não tinham renda própria, mesmo anteriormente ao diagnóstico de câncer de mama, ou ainda, por estarem recebendo o benefício do INSS, não consideraram a dificuldade financeira como um grande problema a ser enfrentado.

5.4 CORRELAÇÃO ENTRE CAPACIDADE FUNCIONAL E QUALIDADE DE VIDA

Para investigar a correlação entre a CF e QV, realizou-se o cálculo do Coeficiente de Correlação de Pearson entre o Índice de Lawton e de Katz e os instrumentos de QV (EORTCQLQ C30 e EORTC QLQ BR23), aplicados às integrantes do G1. Serão apresentados os dados da correlação com o Índice de Lawton, pois no Índice de Katz não foi possível fazer a correlação devido à pontuação apresentada pelas participantes.

No Gráfico 7, observa-se que, nos domínios Função Física e Função Emocional, da Escala Funcional de QV, obteve-se uma correlação moderada e positiva com a CF. Isto significa que quanto maior o comprometimento nestes domínios, maior a dificuldade em realizar as AIVDs. Existe, portanto, entre as mulheres deste estudo, uma correlação da CF com a QV.

Dessa forma, evidencia-se, que neste estudo, assim como a literatura aponta, acontece uma relação da capacidade física e emocional com o desempenho das AIVDs e, portanto, com a CF das participantes. Estas atividades requerem maior habilidade e força física, devido às destrezas necessárias para carregar algo pesado, limpar a casa, entre outros (PRADO, *et al.*, 2005; DIETTRICH, 2005; MELCHIOR, 2007; FERREIRA, 2009).

Observa-se, ainda, uma interação moderada, mas negativa nos sintomas de dispneia e insônia, ou seja, quanto maior o comprometimento destes, menor a CF.

A dispneia é um sintoma comum, ocorrendo em 45 a 70% dos pacientes com câncer avançado, sendo definida como uma sensação subjetiva e desconfortável de falta de ar quando a demanda de oxigênio é maior que o suprimento. Este sintoma pode ser decorrente de alterações no parênquima pulmonar ou redução da trama vascular, com aumento do espaço morto como resultado de quimioterapia, de excesso de secreção, diminuição do

condicionamento físico, entre outros (MARCUCCI, 2005). Neste estudo, as mulheres apontaram este sintoma com pouco comprometimento, porém este já se mostrou suficiente para ser moderadamente limitante para a CF.

A sensação de falta de ar limita a realização das atividades rotineiras do paciente como caminhar, subir escada, tomar banho, alimentar-se, concentrar-se, carregar peso, dentre outros (MARCUCCI, 2005), interferindo na realização das ABVDs e AIVDs, nos papéis sócio-ocupacionais e, por conseguinte, na QV.

Além da Dispneia, no domínio Insônia obteve-se uma correlação moderadamente forte e inversa. Desta forma, este sintoma correlacionou-se com a piora da CF de mulheres com câncer de mama que realizaram quimioterapia e/ou radioterapia há menos de um ano.

A insônia está relacionada à fadiga, comumente experimentada após estes tratamentos, e ainda pode agravar quadros de depressão, angústia, gerando assim, um maior isolamento social (LAHOZ, *et al.*, 2010), aumentando o comprometimento no desempenho de seus papéis sócio-ocupacionais e de suas ABVDs e AIVDs.

Nos demais domínios, encontraram-se correlações fracas, ou seja, não se pode afirmar a interação entre eles e a CF.

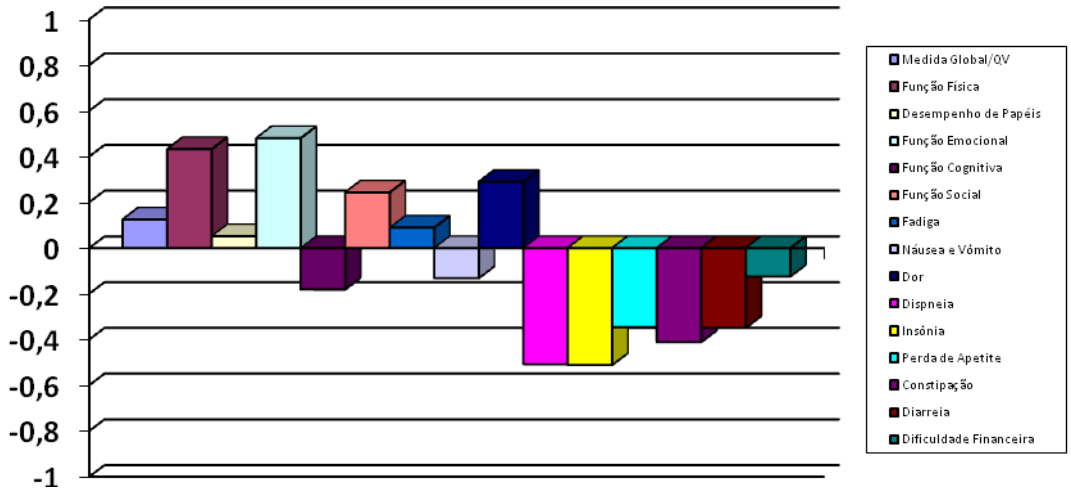

Figura 7 - Gráfico de correlação entre Índice de Lawton e EORTC QLQ-C30, no período de janeiro a julho de 2010. Ribeirão Preto-SP.

Na correlação entre a CF e o EORTC QLQ BR23, observa-se que esta foi maior do que a encontrada no EORCT QLQ C30 (Figura 8). Nos domínios Perspectiva Futura,

Sintomas da Mama e Queda de Cabelo, ocorreu uma correlação moderada e positiva, ou seja, quanto maior o comprometimento nestas categorias, maior a dificuldade encontrada na CF. Nos demais domínios, esta correlação foi fraca.

Em relação ao domínio Perspectiva Futura, pode-se observar que a preocupação com a recorrência da doença, ou o aparecimento do linfedema e também dos cuidados e limitações enfrentados após o tratamento oncológico foram limitantes na CF.

A mulher com câncer de mama convive com sentimentos negativos e preconceitos, gerando uma percepção alterada sobre a doença por ela vivenciada, fato este que lhe possibilita elaborar conceitos sobre a incurabilidade da neoplasia. Isto ainda é estimulado pela interpretação feita por ela acerca de sua doença e do tratamento experienciado, levando a sentimentos e atitudes que refletem incertezas frente ao diagnóstico e possibilidade da recorrência da doença, vivenciada a cada novo exame periódico (ALMEIDA *et al.*,2001; PINHO *et al.*, 2007). Assim, esta preocupação com o futuro compromete a adaptação à vida pós-câncer de mama, alterando os papéis sócio-ocupacionais e seu DO.

A correlação da CF com os sintomas do braço (Figura 8) sugere que o déficit físico dificulta o desempenho das atividades cotidianas, como fazer compras ou, cuidado com os outros, que por sua vez, faz com que as mulheres com câncer mamário tenham comprometimento na manutenção de seus papéis sócio-ocupacionais. Nos sintomas na mama, pode-se observar que os aspectos referentes à autoimagem e a autoconceitos geraram alterações na CF, pois estes sintomas, além de prejuízos físicos, levam a alterações na QV e a limitações na CF.

Esse aspecto relaciona-se aos resultados encontrados no estudo de Kebbe (2006), no qual as mulheres pesquisadas afirmaram que os aspectos emocionais e a autoimagem comprometeram a realização das ABVDs.

No presente estudo, a Queda de Cabelo também esteve correlacionada com a piora da CF (Figura 8), e apesar de a média ter sido pequena neste domínio, mostrou-se suficiente para alterar a realização das AIVDs. Tal aspecto pode relacionar-se ao fato de estas atividades serem realizadas em ambientes coletivos, como transporte público e supermercados, e de a alopecia alterar a imagem corporal, gerando sofrimentos e sentimentos de vergonha de se expor em público.

A ausência de cabelos, além de afetar a autoestima e a autoimagem, afeta o relacionamento com outras pessoas, faz o indivíduo alvo de curiosidades e comentários desagradáveis, tornando muitas vezes necessário mudar a rotina e estilo de vida. Também pode criar uma perda de autonomia ou identidade, como a pessoa não se olhar no espelho ou não se sentir como normalmente se sentia (ROSMAN, 2004).

Houve, também, uma correlação moderada, mas inversa, da CF com a Satisfação Sexual (Figura 8). Isto indica que as mulheres que referem menor satisfação sexual, apresentam maior comprometimento na CF. Este fato pode estar relacionado à perda da mama, órgão importante na percepção da própria mulher de ser atraente e bonita para o desejo do parceiro (HUGUET, *et al.*., 2009). Pode relacionar-se, ainda, aos eventos adversos do tratamento com quimioterapia e hormonioterapia.

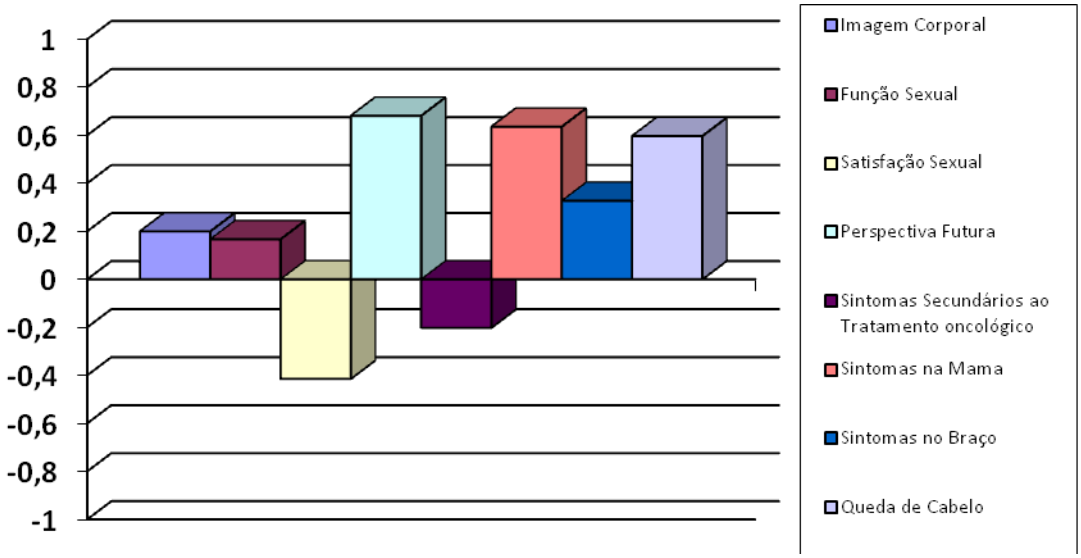

Figura 8 - Gráfico de correlação entre Índice de Lawton e EORTC QLQ-BR23, no período de janeiro a julho de 2010. Ribeirão Preto-SP.

6 CONCLUSÃO

6 CONCLUSÃO

As mulheres com câncer de mama que integravam o G1 apresentaram leve comprometimento nas condições físicas, como fadiga, imagem corporal, função sexual, função física e sintomas na mama e no braço. Observaram-se, também, moderadas alterações psicossociais na função emocional e nas atividades de lazer e de participação social, comprometendo, assim, sua QV.

A comparação entre o grupo de mulheres com câncer de mama (G1) e um grupo pareado, de mulheres sem esta doença (G2), mostrou que o tratamento oncológico prejudicou muito a realização das AIVDs das integrantes do G1, atividades mais complexas que necessitam de maior planejamento e dispêndio físico para sua realização, mas não interferiu nas ABVDs, relacionadas à realização da higiene pessoal, alimentar-se, vestir-se.

Houve correlação da CF com a QV das mulheres do G1, significando que a piora na CF levou a comprometimentos na QV. A neoplasia mamária maligna prejudicou bastante a realização das atividades cotidianas e o DO, nas AIVDs, como: limpar a casa, cuidar do outro, habilidade em controlar seu próprio dinheiro, administrar medicamentos, cozinhar e preparar alimentos, utilizar instrumentos domésticos, fazer compras e usar o transporte particular ou público, e nas atividades de lazer realizadas em ambientes fora de casa, como os passeios em lugares públicos. Estes são aspectos que podem interferir na realização de seus papéis sócio-ocupacionais de mãe, cuidadora, trabalhadora, amiga, esposa, tornando-as mais suscetíveis à piora na QV. Vale ressaltar, no entanto, que para a CF nas ABVDs, as participantes que compuseram o G1 apresentaram o padrão máximo alcançado pelo instrumento, permitindo concluir que estas atividades foram mantidas, mesmo após a manifestação da doença e realização dos tratamentos.

Acredita-se que os resultados referentes às ABVDs se devam ao fato de elas frequentarem um núcleo de reabilitação e receberem orientações para continuar realizando as ABVDs, mesmo no período pós-operatório. Além disso, participar do núcleo pode ter contribuído para a manutenção do autocuidado.

Assim, frequentar um serviço de reabilitação pode ser uma importante estratégia para o melhor enfrentamento das limitações físicas impostas pelo câncer de mama, tais como: diminuição da amplitude de movimento do braço homolateral à cirurgia, edema na área da cirurgia, linfedema, entre outros, permitindo às mulheres vivenciar este período de maneira menos agressiva. Além disso, o apoio multiprofissional oferecido por estes serviços favorece o enfrentamento desta doença multifacetada e estigmatizante, auxiliando também nos aspectos psicossociais, pois além de conviverem com outras mulheres que vivenciaram o mesmo

problema, a troca de experiências entre elas tende a facilitar o enfrentamento das mudanças emocionais e dos questionamentos que surgem a partir do câncer e seus tratamentos.

Os resultados deste estudo sugerem, ainda, que a participação em um serviço de reabilitação integral, composto por uma equipe multiprofissional, parece eficaz à reabilitação de alguns comprometimentos, pois em comparação com dados da literatura pertinente, as mulheres com câncer de mama que foram sujeitos desta pesquisa, apresentaram menos queixas relativas aos sintomas da doença e menos dificuldades após o tratamento oncológico, com comprometimentos inferiores em domínios como dor, função social, e menos sintomas de náusea e constipação intestinal.

O período de realização da coleta dos dados, ao término dos tratamentos, também pode ter favorecido a indicação, pelas componentes do G1, de um menor comprometimento de alguns eventos adversos ao tratamento e a alterações psicossociais.

No entanto, evidenciou-se ainda, com os resultados relativos às AIVD, a importância de um maior investimento no cuidado à mulher com câncer de mama, em relação à sua QV e CF, no que se refere às funções física, emocional e social.

Sugere-se a realização de estudos de abordagem qualitativa que façam uma avaliação subjetiva dos comprometimentos dos eventos adversos dos tratamentos, das alterações psicossociais para as mulheres com câncer de mama e das estratégias que elas utilizam para vivenciá-los.

Outras investigações poderão abordar ainda aspectos individuais no DO, como as AIVDs e atividades de lazer; avaliar a eficácia de serviços de reabilitação no manejo dos sintomas, como dor, fadiga, insônia, perda de apetite, aderência cicatricial e outros, além do papel frente às alterações psicossociais; e avaliar as demais categorias que integram o DO de mulheres com câncer de mama, para compreender a influência desta doença sobre aspectos como os de repouso e sono, educação, trabalho e participação social, a fim de possibilitar uma melhor intervenção multidisciplinar junto a esta população.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, C. M. S. OLIVEIRA, C. P. F.; **Características psicológicas associadas à saúde: a importância do auto-conceito.** Millenium,, v. 26, 2002.

ALEGRANCE, F. C, SOUZA, C. B., MAZZEI, R. L. **Qualidade de Vida e Estratégias de Enfrentamento em Mulheres com e sem Linfedema Pós-Câncer de Mama** Rev.Bras. Cancerol. v.56, n.3, p. 341-351, Rio de Janeiro, 2010.

AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION. **Uniform Terminology of Occupational Therapy,** 2 ed**.** The American Journal of Occupational Therapy, v. 62, n. 6, p. 625-683 Nov./Dec., 2008

ANCOLI-ISRAEL, S.; MOORE, P.J.; JONES, V. **The relationship between fatigue and sleep in cancer patients: a review.** European Journal of cancer care, v.10, p. 245-255, 2001.

ARAÚJO, J.R.; ZAGO, M.M.F.; SILVA, S.R. **Percepções sobre a vida e a doença por mulheres submetidas à quimioterapia antineoplásica** REME – Revista Mineira de Enfermagem; v.3 n.10, p. 247-52, jul./set., 2006.

AVELAR, A. M. A.; DERCHAIN, S. F. M.; CAMARGO, C. P. P.; LOURENÇO, L. S.; SARIAN, L. O. Z.; YOSHIDA, A. **Qualidade de Vida, Ansiedade e Depressão em mulheres com câncer de mama antes e após a cirurgia** Rev. Ciênc. Méd., v. 15, n. 1, p. 11-20, Campinas, jan./fev., 2006

BATCHELOR, D. **Hair and cancer chemotherapy: consequences and nursing care-a literature study.** *European Journal of Cancer Car*, v. 10, n.1, 2001. p.147–163.

BATTAGLINI, C.L.; BOTTARO, M.; CAMPBELL J. S.; NOVAES J.; SIMÃO, R. **Atividade Física e níveis de fadiga em portadores de câncer.** Rev. Bras. Med.Esporte, v.10, n.2, mar-abr, 2004.

BATTAGLINI, C.L.; BOTTARO, M.; DENNEHY, D.; BARFOOT, D.; SHIELDS E.; KIRK, D.; HACKNEY A.C. **Efeitos do treinamento de resistência na força muscular e níveis de fadiga em pacientes com câncer de mama.** Revista Brasileira de Medicina do Esporte**,** v.12, n.3, may-jun, 2006.

BENSI, C.G.; CAMPOS, A.S.; HARADA, R.M.; OLIANI, K.R.; RANZATTI, R.P.; SAMANO, E.S.T.; GONÇALVES, M.S.; DEL GIGLIO, A. **Aceitação de quimioterapia por brasileiras com câncer de mama.** Rev. Ass. Med. Bras., São Paulo n.52, v.1, p 17-22, jan/fev 2006;

BERGER, A.M.; HIGGINBOTHAM, P. **Correlates of fatigue during and following adjuvant breast cancer chemotherapy: a pilot study.** Oncology Nursing Forum, n. 27, p.1443-1448, 2000.

BERGMANN, A. **Prevalência de linfedema subsequente a tratamento cirúrgico para câncer de mama**. 2000. 101f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública com enfoque em Epidemiologia Geral) Fundação Oswaldo Cruz, São Paulo, 2000.

BONASSA, E.M.A. Efeitos colaterias dos antineoplásicos. In: BONASSA, E.M.A.; SANTANA, T.R. **Enfermagem em terapêutica oncológica**, 3ºed – São Paulo: Editora Atheneu, 2005 p. 84-211.

BRANDBERG Y., SANDELIN K., ERIKSON S., JURELL G., LILJEGREN A., LINDBLOM A., LINDE´N A., WACHENFELDT A., WICKMAN M., ARVER B. **Psychological reactions, quality of life, and body image after bilateral prophylactic mastectomy in women at high risk for breast cancer:** a prospective 1-year follow-up study**.** Journal Clinical Oncology, 2008

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Ações de Prevenção Primária e Secundária no Controle do Câncer.2002 In: _____ **Ações de Enfermagem para o controle do Câncer: uma proposta de integração ensino – serviço.** 2ed. Rio de Janeiro. INCA, 2002.p.85-146

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Coordenação de Prevenção e Vigilância Estimativa 2010: Incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro. INCA 1.ed. 2009, 98p.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Controle do câncer de mama: Documento de Consenso.** Rio de Janeiro, INCA, 2004 36p.

BOFF, R. A.; RURARO, S.; SCHUH,F. Abordagem diagnostica das massas palpáveis da mama. In: BOFF, A., WISINTAINE, F. **Mastologia Moderna: abordagem multidisciplinar.** Cap 3, Editora Mesa Redonda, Caixias do Sul, 2006

Camargo MC, Marx AG. **Reabilitação física no câncer de mama**. São Paulo: Editora Roca; 2000.

CAMPOLINA, A. G.; CICONELLI, R. M.; FERRAZ, M. B. **Qualidade de vida e medidas de preferência:** contribuições para a avaliação e o gerenciamento de programas em saúde. Sinopse de Reumatologa [periódico da internet], p. 111-116, 2006. Disponível em: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id_materia=3124&fase=imprime. Acessado em 10/04/2011.

CAMPOLINA, A. G., CICONELLI, R. M. Q**ualidade de vida e medidas de utilidade**: **parâmetros clínicos para as tomadas de decisão em saúde**. Rev. Panam. Salud. Publica. v. 19, n. 2, p. 128- 136, 2006.

CONDE DM, PINTO-NETO AM, CABELLO C, SANTOS, SAD, COSTA-PAIVA L, MARTINEZ EZ. **Quality of life in Brazilian breast cancer survivors age 45–65 years: associated factors.** Breast J.;n.11, v.6, p.425-32, 2005.

CONDE, D.M.; PINTO-NETO, A.M.; FREITAS JÚNIOR, R.; ALDRIGHI, J.M. Qualidade de vida de mulheres com câncer de mama. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia,** Rio de Janeiro v.28 n.3, p.195-204, mar. 2006.

COOPER J. Occupational Therapy Intervention with radiation-induced brachial plexopathy **European Journal of Cancer Care** v.7, p.88-92, 1998.

CORDEIRO, J. R.; CAMLIER, A.; OAKLEY, F.;JARDIM, J. R. **Cross-Cultural Reproducibility of the Brazilian Portuguese Version of the Role Checklist for Persons With Chronic Obstructive Pulmonary Disease**. American Journal of Occupational Therapy. v. 61, n.1 p.33-40, jan./feb. 2007

COUTO JÚNIOR, E. B. **Abordagem Não-Paramétrica para o Cálculo do Tamanho da Amostra com Base em Questionários ou Escalas de Avaliação na Área da Saúde.** 2009 138f. Tese (Doutorado) Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – FM/USP, São Paulo, 2009

CYRILLO, P.I. Aspectos psicológicas. In:_____. **Reabilitação física no câncer de mama.** São Paulo: ROCA, 2000. cap. 11, p. 164-167.

CULL A, SPRANGERS M, BJORDAL K, AARONSON N. On behalf of the EORTC Quality of Life Study Group . **EORTC Quality of Life Study Group Translation Procedure. Internal Report.** Brussels: EORTC; 1998;

DEO, S. V. S.; RAY, S.; RATH, G. K.; SHUKLA, N. K.; KAR, M.; ASTHANA, S.; RAINA, V. **Prevalence and Risck Factors for development of lynphedema following breast cancer.** Indian J. Cancer, v. 41, n. 1, p. 8-12, Jan-Mar.2004.

DIETTRICH, S. H. C. **Atividade Física e os Efeitos Colaterais de Tratamento do Câncer** Revista Ágora – disponível em www.fes.br/revistas/agora/ojs/ - Campo Grande, v.1 n.4. 2005, acessado em 15/12/2010

DINIZ DP, SCHOR N. **Qualidade de vida**: São Paulo: Manole, 2006. p. 19-30. v. 1.

DI MAIO, M.; PERRONE, F. **Quality of Life in elderly patients with cancer.** Health and Quality of Life Outcomes, v.1, 2003. Disponível em http://www.hqlo.com/content/1/1/44, Acessado em 02/04/11

DUARTE, Y. A. O; ANDRADE, C. L.; LEBRÃO, M. L. **O Índex de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos.** Rev Esc Enferm USP. v.41 n.2 p.317-325, 2007

ENGEL, J.; KERR, J.; SCHLESINGER-RAAB, A.; SAUER, H.; HÖLZEL, D. **Quality of life following breast-conserving therapy or mastectomy:** results of a 5-year prospective study. The Breast Journal. v.10, n.3, p.223-231, 2004.

EARLY, M. B. Desempenho Ocupacional. In: PEDRETTI, L. W.; EARLY, M. B. **Terapia Ocupacional:** capacidades práticas para disfunções físicas. Trad. Lúcia Speed Ferreira de Mello, Cláudio Assencio Rocha. São Paulo: Roca, 2004. P. 125-131.

FAYERS P.M., AARONSON N.K., BJORDAL K., GROENVOLD M., CURRAN D., BOTTOMLEY A., **The EORTC QLQ-C30 Scoring Manual.** Ed. European Organisation for Research and Treatment of Cancer, 3 ed. Bruxelas, Bélgica, 2001.

FRANZI, S.A.; SILVA, P.G. **Avaliação da qualidade de vida em pacientes submetidos à quimioterapia ambulatorial no Hospital Heliópolis** Revista Brasileira de Cancerologia, Rio de Janeiro: INCA, v.49, n.3, p.153-158, jul.-set. 2003.

FERREIRA, V. T. K. Caracterização da dor em mulheres com câncer de mama pós-tratamento. 2009 85f. Dissertação (Mestrado) Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – EERP, Ribeirão Preto, 2009

GONÇALVES, M.S. *et al.*. **Fadiga, depressão e qualidade de vida em pacientes com câncer de mama submetidas à quimioterapia**. Revista Sociedade Brasileira de Câncer, São Paulo, v.1, n.1, p.16-21, 2004.

GOZZO, T. O.; PANOBIANCO, M. S.; CLAPIS, M. J.; ALMEIDA, A. M. **Toxicidade dermatológica em mulheres com câncer de mama submetidas à quimioterapia.** Rev. Latino-Am. Enfermagem. v. 18, n.4, jul-ago 2010.

HAYNES, J. R. **Depression and chronic fatigue in câncer patients.** Primary Care, v.18, p. 327-339, 1991.

HOWARD, R.; HARVEY, P. **A longitudinal study of psychological distress in women with breast symptoms**. Journal Health and Psychology, v. 3, p. 215-226, 1998.

HUGUET, P. R.; MORAIS, S.; DUARTE, M. J.; PINTO-NETO, O. M.; GURGEL, M. S. C. **Qualidade de vida e sexualidade de mulheres tratadas de câncer de mama.** Rev Bras Ginecol Obstet. v.31, n. 2, p. 61-67, 2009.

ISHIKAWA, N.M., DERCHAIN S.F.M, THULER, L.C.S. **Fadiga em pacientes com câncer de mama em tratamento adjuvante** Revista Brasileira de Cancerologia, v.51 n.4, p. 313-18, out/nov/dez, 2005.

KEBBE, L. M., **Desempenho de Atividades e Imagem Corporal: Representações sociais de um grupo de mulheres com câncer de mama**. 2006 158f. Tese (Doutorado) Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – EERP, Ribeirão Preto, 2006.

KLIGERMAN J. **O câncer como um indicador de saúde no Brasil.** Rev Bras Cancerol. v. 45, n. 3 , p. 5-8, 1999.

KOCAK, Z.; OVERGAARD, J. **Risk Factors of Arm Lymphedema in Breast Cancer Patients.** Acta Oncol., v. 39, n. 3, p. 389-392, 2000

LAHOZ, M. A., NYSSEN, S. M., CORREIA, G.N. GARCIA, A. P. U., DRIUSSO, P. **Capacidade Funcional e Qualidade de Vida em Mulheres PósMastectomizadas.** Rev. Bras. Cancerol. v.56, n.4. p. 423-430, 2010.

LINO, V. T. S., PEREIRA, S. R. M., CAMACHO, L. A. B. , RIBEIRO FILHO, S. T., SALO BUKSMAN, S. **Adaptação Transcultural da Escala de Katz** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.24, n.1, p.103-112, jan 2008.

LOTTI, R.C.B; BARRA, A.A.; DIAS, R.C.; MAKLUF, A.S.D. **Impacto do Tratamento de Câncer de Mama na Qualidade de Vida.** Rev. Bras. Cancerol. v.54, n.4, p. 367-73, 2008.

MARCUCCI, F. C. I. **O papel da fisioterapia nos cuidados paliativos a pacientes com câncer.** Rev. Bras. Cancerol. v.51, n.1, p.67-77, 2005.

MARCHI, A. A., GURGEL, M. S. C., FONSECHI-CARVASAN, G. A. **Rastreamento mamográfico do câncer de mama em serviços de saúde públicos e privados.** Rev Bras Ginecol Obstet.v.28, n. 4, p. 214-219, 2006.

MACHADO S.M.; SAWADA N.O. **Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico adjuvante** Texto e Contexto Enfermagem, v. 17 n. 4 p. 750-757, out-dez 2008.

MAKLUF A.S.D.; DIAS R.C.; BARRA A.A. **Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer da mama.** Revista Brasileira de Cancerologia, Rio de Janeiro: INCA v.52 n. 1 p.49-58, 2006.

MAMEDE MV. **Reabilitação de Mastectomizadas: um novo enfoque assistencial.** Tese (Doutorado), Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 1991.

MAKLUF, M.F. M.; MORI, L.J., BARROS, A.C.S.D. **O impacto psicológico do câncer de mama.** Revista Brasileira de Cancerologia, Rio de Janeiro: INCA, v.51, n.2, p. 149-154, abr. 2005.

MASSIE, M.J. **Prevalence of depression in patients with cancer.** Journal of the National Cancer Institute. v. 32, p.57-71, 2004.

MCKERNAN, M., MCMILLAN, D. C., ANDERSON J. R., ANGERSON, W. J., STUART, R.C. **The relationship between quality of life (EORTC QLQ-C30) and survival in patients with gastro-oesophageal cancer.** British Journal of Cancer v.98, p. 888-893,2008.

MELO, E.M.; ARAUJO, T.L.; OLIVEIRA, T.C.; ALMEIDA, D.T. **Mulher mastectomizada em tratamento quimioterápico: um estudo dos comportamentos na perspectiva do modelo adaptativo de Roy.** Revista Brasileira de Cancerologia. Rio de Janeiro: INCA, V.48, n.1, p. 21-28, 2002.

MELCHIOR, F. O. **Efeitos da Ginástica Postural Global – *Isostretching*- na recuperação dos movimentos do braço homolateral à cirurgia de câncer de mama.** 2007 81f. Dissertação (Mestrado) Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – EERP, Ribeirão Preto, 2007

MOREIRA, E. C. H; MANAIA, C. A. R. **Qualidade de vida das pacientes mastectomizadas atendidas pelo serviço de fisioterapia do Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina** Semina: Ciências Biológicas e da Saúde, Londrina, v. 26, n. 1, p. 21-30, jan./jun. 2005.

MOREIRA, E. C. H.; MANAIA, C. A. R.; GOLIAS, C.; CENTOFANTI, M. D.; SILVA, D. W.; FLORES, D. M. **Estudo Comparativo entre o questionário de qualidade de vida específico para pacientes mastectomizadas e o SF-36.** *Reabilitar*; São Paulo, v.21, n.5, p.10-19, 2003.

MOTA, PCAM. **Fadiga em doentes com câncer colo-retal: fatores de risco e preditivos** [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; Pós-graduação em Enfermagem; 2008.

NEISTADT, M.E., CREPEAU, E.B., **Introdução à terapia ocupacional** "In": _____, Terapia Ocupacional: Willard & Spackman. Editora Guanabara Koogan S.A., Rio de Janeiro p.3-10. 2002

OSOBA D., RODRIGUES G., MYLES J., ZEE B., PATER J. **Interpreting the significance of changes in health-related quality-of- life scores.** Journal of Clinical Oncology, Vol 16, p. 139-144, 1998.

PALMADOTTIR, G. **The role of occupational participation and environment among, Icelandic women with breast cancer: a qualitative study**, Scandinavian Journal of Occupational Therapy. v. 17, n. 4, p.299-307, Dec. 2010.

PANOBIANCO, M.S.; MAMADE, M.V. **Complicações e intercorrências associadas ao edema de braço nos três primeiros meses pós-mastectomia**. Revista Latinoamericana de Enfermagem, v. 10, n.4 p 544-51, jul/ago. 2002.

PANOBIANCO, M. S., MAMEDE, M.V., ALMEIDA, A.M. CLAPIS, M. J., FERREIRA, C. B. **Experiência de mulheres com linfedema pós-mastectomia: significado do sofrimento vivido**. Psicol. Estud. vol.13 no.4 Maringá Oct./Dec. 2008

PAPALIA, D. E, OLDS, S. W. A meia-idade. In: PAPALIA, D. E., OLDS, S. W. **Desenvolvimento humano.** Trad. Daniel Bueno. Porto Alegre: Artes Médicas Sul. 2000. Parte 6 p.429-482.

PEDRETTI, L.W.; EARLY, M. B. Desempenho ocupacional e modelos de prática para disfunção física. In: PEDRETTI, L. W.; EARLY, M. B. **Terapia Ocupacional:** capacidades práticas para disfunções físicas. Trad. Lúcia Speed Ferreira de Melo, Claúdio, A. Rocha. São Paulo: Roca. 2004. P. 3-13.

PENGO, M. M. S. B., SANTOS, W. A. O papel do terapeuta ocupacional em oncologia In: De Carlo, M.M.R.P, Luzo,M.C.M (orgs.), **Terapia ocupacional: reabilitação física e contextos hospitalares** – São Paulo, Ed. Roca. 2004. Cap. 10 p. 233-255.

PINHO, L. S.; CAMPOS, A. C. S.; FERNANDES, A. F. C.; LOBO, S. A. **Câncer de mama: da descoberta à recorrência da doença** Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 09, n. 01, p. 154 - 165, 2007 Disponível em http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a12.htm. Acesso em 02/04/11.

PINOTTI, M., CARDOSO, E. B., BORATTO, M. G., TEIXEIRA, L. C., PINOTTI, J. A. Neoplasias da mulher. In: Bifulco, V. A., Fernandes Jr.,H. J., Barboza, A. B (orgs.), **Câncer:** uma visão mutiprofissional – Barueri: Minha Editora. 2010. Cap. 3, p.41-70.

PINTO-NETO, A.M.; CONDE, D.M. **Qualidade de vida.** Rev Bras Ginecol Obstet. v. 30, n. 11, p. 535-536, 2008.

PIOVESAN, A.; TEMPORINI, E. R. **Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública.** Rev. Saúde Pública. v. 29, n.4 p. 318-325, 1995.

RAMOS, L. R. A mudança de paradigma na saúde e o conceito de capacidade funcional. In: Ramos, L. R. e Toniolo Neto, J. **Guia de Geriatria e Gerontologia.** Série: guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar da Unifesp.(pp. 2-9) Barueri: Manole.

REZENDE VL, DERCHAIN SFM, BOTEGA NJ, SARIAN LO, VIAL DL, MORAIS SS. **Depressão e ansiedade nos cuidadores de mulheres em fase terminal de câncer de mama e ginecológico.** Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia Rio de Janeiro, v.27 n.12, p. 737-43, dez. 2005.

ROBBA, C., HALEY, W. E., BALDUCCI, L., EXTERMANN, M., PERKINS, E. A., SMALL, B. J., MORTIMER, J. **Impact of breast cancer survivorship on quality of life in older women**. Critical Reviews in Oncology/Hematology; v.62, p. 84-91, 2007.

ROSMAN, S. **Cancer and stigma: experience of patients with chemotherapy-induced alopecia.** Patient Education and Counseling, v. 52, n. 1, 2004. p. 333–339.

ROSSI, L.; SANTOS, M.A. **Repercussões psicológicas do adoecimento e tratamento em mulheres acometidas pelo câncer de mama.** Psicologia Ciência e Profissão, Brasília, v.23, n.4, p.32-41, dez. 2003.

RZEZNIK C., DALL'AGNOL C.M. **(Re)Descobrindo a vida apesar do câncer.** R. Gaúcha Enferm., Porto Alegre, v.21, n.esp., p.84-100, 2000

SALAMONDE, G. L. F.; VERÇOSA, N., BARRUCAND, L., COSTA, A. F. C. **Análise Clínica e Terapêutica dos Pacientes Oncológicos Atendidos no Programa de Dor e Cuidados Paliativos do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho no Ano de 2003**. Rev Bras Anestesiol. v.56, n.6, p. 602-618, 2006

SALES, C. A. C.; PAIVA, L.; SCANDIUZZI, D.; ANJOS, A. C. Y. **Qualidade de vida de mulheres tratadas de câncer de mama: funcionamento social.** *Rev. Bras. Cancerol.* v.47, n.3, p.263-272, 2001.

SALVETTI, M. G., PIMENTA, C. A. M **Dor crônica e a crença de auto-eficácia.** Revista Escola de Enfermagem da USP, v.41,n.1, p.135-140, 2007.

SANTOS, G. A. Instrumentos de Avaliação: Apêndices. In: FREITAS, E. V. de *et al.***Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p.1495-1536.

SANTOS, M. S. M., PANOBIANCO, M.S., MAMEDE, M. V., MEIRELLES, M. C. C.C., BARROS, V. M. **Sensibilidade tátil no membro superior de mulheres submetidas à linfonodectomia axilar por câncer de mama.** Rev. Bras. Ginecol. Obstet. v.31 n.7, 2009

SASAKI, T. Câncer de mama. In: CAMARGO, M. C.; MARX A. G. **Reabilitação física no cancer de mama.** 1ª edição. São Paulo: Roca, 2000, cap. 2, p. 17- 34.

SAVARD, J.; MORIN, C.M. **Insomnia in the context of câncer:** A review of neglected problem. Journal of Clinical Oncology,v.19, p. 895-908, 2001.

SAWADA N. O., DIAS A. M., ZAGO M. M. F. **O efeito da radioterapia sobre a qualidade de vida dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço.** Revista Brasileira de Cancerologia, Rio de Janeiro, v.56, n.4, p.323-29, out/nov/dez, 2006.

SCLOWITZ, M. L., MENEZES, A. M. B., GIGANTE, D. P., TESSARO, S. **Condutas na prevenção secundária do câncer de mama e fatores associados**. *Rev. Saúde Pública*, v.39, n.3, p. 340-349, 2005.

SEDIKIDES, C.; GREGG, A.P. Portraits of the self. In: Hogg, M. A.; Cooper, J (orgs) **Sage handbook of social psychology.** p.110-138.

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

SERVAES, P.; VERHAGENB, C.; BLEIJENBERGA, G. **Fatigue in cancer patients during and after treatment: prevalence, correlates and interventions.** European Journal of Cancer, v.38, n.1, p. 27-43, jan. 2002.

SILVA, C. B., ALBUQUERQUE, V., LEITE, J. **Qualidade de Vida em Pacientes Portadoras de Neoplasia Mamária Submetidas a Tratamentos Quimioterápicos.** Rev. Bras. Cancerol., v.56, n. 2, p. 227-236, 2010.

SILVA, R. C. F.; HORTALE, V. A. **Cuidados paliativos oncológicos**: **elementos para o debate de diretrizes nesta área**. Cad. Saúde Pública. v.22, n.10, p.2055-2066, 2006.

SMELTZER S. C. Histórico e tratamento de pacientes com distúrbios de mama. In:_____ Brunner & Suddarth: **Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgico** - Tradução de Figueiredo, José Eduardo Ferreira – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005 Cap 48 p.1528-71.

SPRANGERS, M.A.G. et al. **The European Organization for Research and treatment of cancer approach to developing questionnaire modules: an update and overview.** Quality of Life Research, v.7, p. 291-300, 1998.

TAYLOR, K., CURROW, D. **A prospective study of patient identified unmet activity of daily living needs among cancer patients at a comprehensive cancer care centre** Australian Occupational Therapy Journal, v.50, p. 79-85, 2003.

THULER, L.C. **Considerações sobre a prevenção do câncer de mama feminino.** Rev. Bras. Cancerol. n.49 v. 4, p.227-238, Rio de Janeiro, 2003

TOBIN MB, LACEY HJ, MEYER L, MORTIMER PS. **The psychological morbidity of breast cancer related arm swelling.** Cancer, n.72, v.11, p. 3248-52, 1993.

TURRIZIANI, A. *et al.*. **Radiotherapy-related fatigue:** incidence and predictive factors. Rays, 2005 apr-jun. 30(2) 197-203.

VALENZUELA, M. L.R. G. **Auto-imagem, auto-estima e relacionamento conjugal como**

dimensões da qualidade de vida de um grupo de mulheres mexicanas mastectomizadas: uma sócio-cultural. 2007 163f. Tese (Doutorado) Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – EERP, Ribeirão Preto, 2007

VELIKOVA, G.; STARK, D.; SELBY, P. **Quality of life instruments in oncology.** European Journal of Cancer, v. 35, n. 11, p. 1571-1580, 1999.

VELOSO, M.M.X. Qualidade de vida subsequente ao tratamento para câncer de mama. **Dissertação de mestrado.** p. 71. Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Federal do Pará, conveniada Fiocruz. Belém, PA, 2001

VIEIRA, S. Dados Estatísticos. In:_____ **Bioestatística: Tópicos avançados**. -Rio de Janeiro : Elsevier, 2004 Cap 1 p. 1-11.

VOCKINS, H. Occupational therapy intervention with patients with breast cancer: a survey **European Journal of Cancer Care** v.13, p. 45–52, 2004

WAN, C.; YANG, Z.; TANG, X.; ZOU, T.; CHEN, D.; ZHANG, D.; MENG, Q. **Development and validation of the system of quality of life instruments for cancer patients: breast cancer (QLICP-BR).** Support Care Cancer, v.17, p.359–366, 2009.

Apêndice A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do G1

Você está sendo convidada a participar de uma pesquisa que tem a intenção de saber se a quimioterapia e/ou a radioterapia modificam sua qualidade de vida e o modo como você realiza suas atividades do dia a dia. Sua participação é importante, pois os resultados deste estudo poderão melhorar a forma de atendimento que você e as outras mulheres têm aqui no REMA. Para participar você deverá autorizar que sejam retirados de seu prontuário, dados pessoais e sobre o tratamento para o câncer de mama. Depois, deverá marcar, em três questionários, respostas já contidas nele, sobre sua satisfação com sua qualidade de vida, e como você realiza as suas atividades diárias e práticas, durante o tratamento, incluindo questões como o bem-estar físico e mental, as relações com outras pessoas, o envolvimento em atividades sociais, de lazer, o desenvolvimento e enriquecimento pessoal, a capacidade para fazer as coisas sem precisar de ajuda. Para isso, você levará em média, 30 minutos, em dias e horários de atendimento do REMA. Se tiver dúvidas ao responder, poderei orientá-la. Caso aceite participar, garantimos que sua identidade será mantida em segredo, assim como qualquer informação que considerar secreta. Os dados desse estudo serão somente utilizados para a elaboração de trabalhos e publicações científicas. Assumimos o compromisso de lhe esclarecer qualquer dúvida acerca da pesquisa, de informar sobre os resultados e os benefícios que podem vir dela. Essa pesquisa não lhe trará gastos. Caso você apresente algum desconforto emocional enquanto estiver participando da pesquisa, como tristeza ou incômodo por estar falando de sua doença, assumimos o compromisso de conversar com você a respeito disso, prestando-lhe o apoio emocional necessário. Você poderá recusar-se a participar ou deixar de participar em qualquer momento, mesmo que a pesquisa já esteja em andamento, sem qualquer prejuízo ao seu tratamento aqui no REMA. Essa pesquisa tem como título: "Qualidade de vida e do desempenho ocupacional de mulheres com câncer de mama submetidas à quimioterapia e/ou radioterapia". Meu nome é Marislei Sanches Panobianco. Endereço e telefone para contato: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP – Av. Bandeirantes, 3900 – CEP: 14040-902 - (16) 3602-3480/ 3602-3448. e-mail: leticiamvto@usp.br

Uma via deste documento, assinado por você, e por mim, ficará com você e outra comigo.

Nome e Assinatura da participante: _____

_____

Marislei Sanches Panobianco:_____

Leticia Meda Vendrusculo: _____

Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do G2

Você está sendo convidada a participar de uma pesquisa que tem a intenção de saber se a quimioterapia e/ou a radioterapia modificam a qualidade de vida e o modo como a mulher com câncer de mama realiza suas atividades do dia a dia. Sua participação é importante, pois os resultados deste estudo poderão melhorar a forma de atendimento das mulheres que frequentam o REMA, aqui da EERP-USP. Para participar você deverá informar sobre alguns dados pessoais e deverá marcar, em três questionários, respostas já contidas nele, sobre sua satisfação com sua qualidade de vida, e como você realiza as suas atividades diárias e práticas, incluindo questões como o bem-estar físico e mental, as relações com outras pessoas, o envolvimento em atividades sociais, de lazer, o desenvolvimento e enriquecimento pessoal, a capacidade para fazer as coisas sem precisar de ajuda (esses dados serão comparados àqueles informados pelas mulheres com câncer de mama). Para isso, você levará em média, 30 minutos, em seu local de trabalho, em sala reservada e em horário marcado previamente e determinado por você.

Caso aceite participar, garantimos que sua identidade será mantida em segredo, assim como qualquer informação que considerar secreta. Os dados desse estudo serão somente utilizados para a elaboração de trabalhos e publicações científicas. Assumimos o compromisso de lhe esclarecer qualquer dúvida acerca da pesquisa, de informar sobre os resultados e os benefícios que podem vir dela. Essa pesquisa não lhe trará gastos. Você poderá recusar-se a participar ou deixar de participar em qualquer momento, mesmo que a pesquisa já esteja em andamento, sem qualquer prejuízo. Essa pesquisa tem como título: "Qualidade de vida e do desempenho ocupacional de mulheres com câncer de mama submetidas à quimioterapia e/ou radioterapia". Meu nome é Marislei Sanches Panobianco. Endereço e telefone para contato: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP – Av. Bandeirantes, 3900 – CEP: 14040-902 - (16) 3602-3480/ 3602-3448. e-mail: leticiamvto@usp.br

Uma via deste documento, assinado por você, e por mim, ficará com você e outra comigo.

Nome e Assinatura da participante: _____

_____

Marislei Sanches Panobianco:_____

Leticia Meda Vendrusculo: _____

Anexo A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da EERP/USP

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo
Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para
o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: (55) - 16 - 3633-3271 / TELEFONE: (55) - 16 - 3602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 231/2009

Ribeirão Preto, 08 de outubro de 2009

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 08 de outubro de 2009.

Protocolo: nº 1089/2009

Projeto: QUALIDADE DE VIDA E DESEMPENHO OCUPACIONAL DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA SUBMETIDAS A QUIMIOTERAPIA E/OU RADIOTERAPIA.

Pesquisadores: Marislei Sanches Panobianco
Letícia Meda Vendrúsculo

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profª Drª Lucila Castanheira Nascimento
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Profª. Drª. Marislei Sanches Panobianco
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Anexo B – Formulário de Identificação das Participantes

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do paciente: **Prontuário:**

Data de Nascimento: ____/____/_____ **Idade:**

Sexo: F [ ] M [ ] **Estado Civil:**

Escolaridade: 1º grau incompleto [ ]
1º grau completo [ ]
2º grau incompleto [ ]
2º grau completo [ ]
Superior Incompleto [ ]
Superior Completo [ ]

Naturalidade:

Endereço:

Bairro: **Cidade:**

Cep:

Telefone: ( ) **Celular:** ( )

Ocupação

Você está empregado: ( ) sim ( ) não

Profissão/Ocupação Atual:

Profissão/Ocupação Anterior:

Habitação

Localização: ( )urbana ( ) rural

Situação: ( )próprio ( )alugado ( ) financiado

Número de cômodos:

Lazer

Realiza atividades de lazer: ( ) sim ( ) não

Realizava atividades de lazer antes do seu problema de saúde: ( ) sim ( ) não

Quais atividades? Com quem realiza?

Quanto tempo de cirurgia?_____

Tipo de cirurgia? _____

Está fazendo quimioterapia ou terminou? Há quanto tempo?_____

Qual a quimioterapia? Fez quimioterapia neoadjuvante?_____

Está fazendo radioterapia ou terminou? Há quanto tempo?_____

Quantas sessões de radioterapia já realizou ou realizará?_____

IDENTIFICAÇÃO DAS FUNCIONÁRIAS

Nome:

Data de Nascimento: ____/____/_____ **Idade:**

Sexo: F [ ] M [ ] **Estado Civil:**

Escolaridade: 1º grau incompleto [ ]
1º grau completo [ ]
2º grau incompleto [ ]
2º grau completo [ ]
Superior Incompleto [ ]
Superior Completo [ ]

Endereço:

Bairro: **Cidade:**

Cep:

Telefone: ( ) **Celular:** ( )

Qual a função exercida na Escola de Enfermagem?

Há quanto tempo trabalha na EERP?

Realiza atividades de lazer: ( ) sim ( ) não

Quais atividades? Com quem realiza?

_____

_____

_____

_____

_____

Já teve algum tipo de problema de saúde? ( ) Sim ( ) Não

Realizou algum tratamento? ( ) Não ( ) Sim Qual? _____

Atualmente apresenta algum probelma de saúde? ( ) Não ( ) Sim

Qual? _____

Realiza algum tratamento de saúde atualmente? ( ) Não ( ) Sim

Qual? _____

Anexo C - Escala de Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) de Katz

Atividade	Independente	Sim	Não
1. Banho	Não receber ajuda ou somente recebe ajuda para uma parte do corpo.		
2. Vestir-se	Pega as roupas e se veste sem qualquer ajuda, exceto para amarrar os sapatos.		
3. Higiene pessoal	Vai ao banheiro, usa o banheiro, veste-se e retorna sem qualquer ajuda (pode usar andador ou bengala).		
4. Transferência	Consegue deitar na cama, sentar na cadeira e levantar sem ajuda (pode usar andador ou bengala).		
5. Continência	Controla completamente urina e fezes.		
6. Alimentação	Come sem ajuda (exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão.		

O escore total é o somatório de respostas “sim”. Total de seis pontos significa independência para ABVD; quatropontos, dependência parcial e dois pontos, dependência importante.
(KATZ, S.; DOWNS, T. D.; CASH, H. R. *et al.*. 1970 apud SANTOS, 2006).

Anexo D - Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) de Lawton

Atividades	Com Ajuda	Não
Sem Ajuda	Parcial	consegue
(3)	(2)	(1)
1. O sr. (a) consegue usar o telefone?		
2. O sr. (a) consegue ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamento especiais?		
3. O sr. (a) consegue fazer compras?		
4. O sr. (a) consegue preparar suas próprias refeições?		
5. O sr. (a) consegue arrumar a casa?		
6. O sr. (a) consegue fazer os trabalhos manuais doméstico, comopequenos reparos?		
7. O sr. (a) consegue lavar e passar roupas?		
8. O sr. (a) consegue tomar seus remédios na dose certa e horário certo?		
9. O sr. (a) consegue cuidar de suas finanças?		

Para cada questão, a primeira resposta significa independência; a segunda, capacidade com ajuda; e a terceira dependência. A pontuação máxima é de 27 pontos, e a pontuação tem um significado apenas para o paciente individual, servindo como base para comparação evolutiva. As questões 4 a 7 podem ter variações conforme o sexo e podem ser adaptadas para atividades como subir escadas ou cuidar do jardim.

(LAWTON, M. P.; MOSS, M.; FULCOMER, M. *et al.*. A research and service-oriented multilevelassessment instrument. **J. Gerontol.,** St. Louis, v. 37, p. 91-99, 1982 apud Santos, 2006)

Anexo E - EORTC QLQ-C30 Core Questionnaire in Portuguese

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. A informação que você fornecer permanecerá estritamente confidencial.

Por favor, preencha suas iniciais: □□□□

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

Data de hoje (dia, mês, ano): □□/□□/□□□□

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

Durante a última semana:

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

Por favor, passe à pagina seguinte

Durante a última semana:

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

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

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

1	2	3	4	5	6	7
Péssima						Ótima

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

1	2	3	4	5	6	7
Péssima						Ótima

© Copyright 1995, 1996 EORTC Study Group on Quality of Life. Todos os direitos reservados. Versão 3.0

Anexo F - Carta de autorização do Questionário EORTC- QLQ- C30 e Br23

Fri, 17 Apr 2009 18:24:30 +0200 [17-04-09 13:24 13:24:30 BRT]

Dear Leticia,
Thank you very much for your request and your interest in our measures.
To obtain a copy of the QLQ-C30 and the BR23, which are copyrighted instruments, could you please visit our website, http://groups.eortc.be/qol/questionnaires_downloads.htm where you will be able to fill in a download request.
Once on the web, please click the link of the questionnaire you require. A new screen opens where you should fill in your details (You must fill in each area, if you do not have a fax number, please put your tel. number into that area), once you have completed them at the bottom of this page click on SUBMIT. On the next page please select the documents you require (questionnaires, languages, full reference values manual, or parts of the manual). At the bottom of the page you need to tick the box that you agree to the terms of the User's agreement. If you have done that, please click on SUBMIT and then your request will be sent through. You will automatically receive an email with the download details of the documents you requested. Therefore it is essential that you have filled in your proper email address. So please check it carefully to avoid any inconvenience.
If you want to include the questionnaires in your thesis, you can use the specimens. Those are intended for publications etc. If you would need a specimen, please come back to us anytime.
Please feel free to contact me again if you should need anything further.

Dear Sir/Madam,

Please find below the links where you can download the documents you requested.

Best regards,

Your data:
Title: Ms
Firstname: Leticia
Lastname: Vendrusculo
Hospital/Institution: University of São Paulo
Address: Bandeirantes Avenue, 3900 Campus Universitário
County/State: São Paulo
Postal Code: 14040-900
Country: Brazil
Phone: 551636023480
Fax: 551681446300
Email: leticiamvto@usp.br
Protocol: EORTC - QLQ -30 and BR23

Documents requested:
QLQ-C30 Core Questionnaire in Portuguese
Breast Module (BR23) in Portuguese
QLQ-C30 Scoring Manual

Anexo G - EORTC QLQ-BR23 Core Questionnaire in Portuguese

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

	Não	**Pouco**	**Modera-damente**	**Muito**
1. Sentiu a boca seca?	1	2	3	4
2. O que comeu e bebeu teve um sabor diferente do	1	2	3	4
3.Sentiu os olhos doridos, irritados ou lacrimejantes?	1	2	3	4
4.Teve queda de cabelo?	1	2	3	4
5. Responda a esta pergunta apenas se teve queda de cabelo: A queda de cabelo perturbou você?	1	2	3	4
6.Sentiu-se doente ou indisposta?	1	2	3	4
7. Sentiu arrepios de calor?	1	2	3	4
8. Sentiu dor de cabeça?	1	2	3	4
9. Você se sentiu menos bonita devido à sua doença ou tratamento?	1	2	3	4
10. Você se sentiu menos mulher como resultado de sua doença ou tratamento?	1	2	3	4
11. Achou difícil observar-se nua?	1	2	3	4
12. Sentiu-se insatisfeito(a) com seu corpo?	1	2	3	4
13. Sentiu-se preocupado(a) com sua saúde futura?	1	2	3	4
14. Até que ponto sentiu desejo sexual?	1	2	3	4
15. Com que freqüência foi sexualmente ativa (teve relações sexuais) / (com ou sem relação sexual) ?	1	2	3	4
46. Responda a esta pergunta apenas se tiver sido sexualmente ativa: Até que ponto o sexo foi satisfatório para você?	1	2	3	4

BRAZILIAN

Por favor, passe à pagina seguinte

Durante a última semana:

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