

QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM CÂNCER DE MAMA EM TERAPIA ADJUVANTE

Adriana Cristina NICOLUSSI^a, Namie Okino SAWADA^b

RESUMO

O objetivo do estudo foi avaliar a Qualidade de Vida (QV), identificar os domínios afetados em pacientes com câncer de mama em terapia adjuvante e correlacioná-los com características sócio-demográficas, clínicas e terapêuticas. Estudo transversal, realizado com 35 pacientes entre agosto de 2007 e dezembro de 2008. Utilizou-se o instrumento *Quality of Life Core-30-Questionnaire* (QLQ-C30). A Qualidade de Vida geral foi considerada pouco satisfatória. Os domínios afetados foram: função emocional, insônia, dor e fadiga. Nas correlações, as pacientes acima de 60 anos apresentaram pior escore na função emocional, as submetidas à cirurgia referiram mais constipação, as que realizavam radioterapia obtiveram pior escore para QV geral e as que estavam em quimioterapia há mais de seis ciclos apresentaram a função emocional afetada e dispnéia. Concluiu-se que os tratamentos adjuvantes afetaram de algum modo as pacientes, causando déficit na função emocional e relataram mais sintomas, prejudicando assim sua QV.

Descritores: Qualidade de vida. Neoplasias da mama. Enfermagem oncológica.

RESUMEN

El objetivo fue evaluar la calidad de vida (CV), identificar los dominios afectados en pacientes con cáncer de mama en terapia adjuvante y correlacionarlos con las características socio-demográficas, clínicas y terapéuticas. Estudio transversal, con 35 pacientes, realizado entre agosto de 2007 y diciembre de 2008. Fue utilizado el instrumento Quality of Life Core-30-Questionnaire (QLQ-C30). La calidad de vida fue considerada poco satisfactoria. Los dominios más afectados fueron: función emocional, insomnio, dolor, fatiga. En las correlaciones, las pacientes con más de 60 años presentaron peores promedios en la función emocional, las pacientes que fueron sometidas a la cirugía refirieron más estreñimiento, las que recibían radioterapia presentaron peores promedios en CV general y las que habían recibido más de seis ciclos de quimioterapia presentaron la función emocional afectada y la disnea. Se concluyó que los tratamientos ayudantes afectaron de cierta manera a las pacientes, causando déficit en la función emocional y más síntomas, perjudicando su CV.

Descriptorios: Calidad de vida. Neoplasias de la mama. Enfermería oncológica.

Título: Calidad de vida de pacientes con cáncer de mama en terapia adjuvante.

ABSTRACT

This study aimed to assess the Quality of Life (QoL) and to identify the domains affected in breast cancer patients receiving adjuvant therapy and to correlate them with sociodemographic, clinical and therapeutic characteristics. This is a cross-sectional study with 35 patients, developed from August, 2007, to December, 2008. The Quality of Life Core-30-Questionnaire (QLQ-C30) instrument was used. The general Quality of Life was considered less than satisfactory. The most affected domains were: emotional function, insomnia, pain and fatigue. In the correlations, the patients above 60 years presented worse scores on emotional function, the patients submitted to the surgery related more constipation, patients receiving radiotherapy presented worse scores on general QoL and the ones that had more than six cycles of chemotherapy presented the emotional function affected and dyspnea. The conclusion is that the adjuvant treatments had affected in some way the patients, causing a deficit in the emotional function and other related symptoms, and impaired their QoL.

Descriptors: Quality of life. Breast neoplasms. Oncologic nursing.

Title: Quality of life of breast cancer patients in adjuvant therapy.

^a Mestre em Enfermagem Fundamental, Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

^b Doutora em Enfermagem, Professora Associada da EERP-USP, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

INTRODUÇÃO

O câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais frequente no mundo e o mais comum entre as mulheres, respondendo por 22% dos casos novos a cada ano. Se diagnosticado e tratado oportunamente, o prognóstico é relativamente bom. No Brasil, as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas, muito provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estádios avançados. Em 2008, ocorreram 11.860 óbitos por câncer de mama, sendo 11.735 em mulheres e 125 em homens e sua estimativa para o ano de 2011 no Brasil, é de 49.240 novos casos^(1,2).

Estudos realizados com pacientes com câncer de mama mostraram consideráveis mudanças na Qualidade de Vida (QV) geral e em suas várias dimensões. Estes pacientes experenciam tanto problemas físicos e emocionais, como problemas sociais com suas famílias e em suas atividades diárias (por exemplo, trabalho), devido à própria doença e seus tratamentos: cirurgia, radioterapia, quimioterapia e hormonioterapia⁽³⁻⁵⁾. Estudos também mostraram que sintomas como náusea e vômito tem afetado negativamente a QV de mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico^(4,5).

A idade ao diagnóstico, sintomas climatérios, relacionamento conjugal, sexualidade⁽⁶⁾ e imagem corporal^(4,5) também são fatores associados a QV de mulheres com câncer de mama.

A QV é um conceito geral, subjetivo, multidimensional e bipolar⁽⁷⁾, ou seja, ele é variável de acordo com as experiências e expectativas de cada indivíduo, centrado na avaliação e percepção do paciente.

A Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) é um conceito específico, envolve vários fatores na vida do indivíduo e pode ser considerada como um ótimo nível nas diversas funções (física, mental/ cognitiva, emocional, social e funcional), incluindo também os relacionamentos, percepções de saúde, aptidão, satisfação com a vida, bem-estar, e satisfação do paciente com o tratamento, resultados, estado de saúde e perspectivas futuras⁽⁸⁾.

Existem vários instrumentos para a avaliação da QVRS, sendo que há os genéricos, utilizados para qualquer condição de saúde e os específicos, usados para uma determinada condição de saúde ou doença, como por exemplo, o câncer de mama.

A tradução e a validação de instrumentos de QVRS para a língua portuguesa estimularam a realização de pesquisas no Brasil sobre o tema⁽⁶⁾.

Pesquisa sobre QVRS e nível de auto-eficácia em pacientes com câncer de mama em diferentes estágios e uma avaliação de seu estado de bem-estar físico, psicológico e social pode servir como guia para o desenvolvimento de comportamentos saudáveis positivos em pacientes com câncer, força para autocura e ajustamento à doença⁽³⁾.

Uma revisão sistemática demonstrou que o tipo de procedimento cirúrgico interfere na QVRS das pacientes com câncer de mama sendo que a mastectomia comparada com as cirurgias conservadoras provocou a diminuição da imagem corporal e função sexual. Apesar de ter aumentado a sobrevida, as terapias sistêmicas como a quimioterapia, bem como as terapias hormonais adjuvantes influenciaram negativamente a QVRS, devido aos efeitos adversos causados⁽⁹⁾.

Os tratamentos adjuvantes têm afetado a QV dos pacientes com câncer de mama de várias maneiras e estudos que avaliam a QV desta população são importantes para que o enfermeiro possa compreender melhor estes pacientes e poder ajudá-los a enfrentar melhor a doença e o curso do tratamento para restaurar um padrão satisfatório de suas atividades e de QV futura.

Diante disto, acreditando que as medidas de QVRS são importantes para avaliar o impacto que a doença e o tratamento causam na vida destes pacientes, o presente estudo tem a finalidade de avaliar se estes resultados se aplicam em uma amostra de pacientes diagnosticados com câncer de mama em tratamento adjuvante, seja quimioterapia e/ou radioterapia, através da avaliação de sua QV.

Os objetivos específicos deste estudo foram: avaliar a QVRS, identificando os domínios afetados nos pacientes com câncer de mama; caracterizar os dados sócio-demográficos, clínicos e terapêuticos e correlacioná-los aos domínios de QVRS.

MÉTODOS

Este é um estudo com abordagem quantitativa, descritivo e exploratório de corte transversal, que utilizou o instrumento do grupo *European Organization for Research and Treatment of Cancer – Quality of Life Core-30-Questionnaire* (EORTC QLQ-C30) para a coleta de dados⁽¹⁰⁾.

O estudo foi realizado no Centro Especializado de Oncologia (CEON) de Ribeirão Preto, São Paulo. O CEON faz parte do Hospital Beneficência Portuguesa, onde se realizam atendimentos ambulatoriais, como realização de consultas, exames, tratamento e seguimento de pacientes com câncer, provenientes do Sistema Único de Saúde (SUS), convênios e particular da cidade de Ribeirão Preto e região.

Os critérios de inclusão foram: idade superior a 18 anos, diagnosticados com câncer de mama, atendidos no CEON pelo SUS, em tratamento quimioterápico e/ ou radioterápico. Os pacientes com outros diagnósticos e/ ou outros cânceres, e os que tinham alguma dificuldade na compreensão e/ou na participação no estudo e nas entrevistas foram excluídos.

Trata-se de uma amostragem proposital (ou intencional), na qual o pesquisador seleciona os sujeitos que sejam considerados típicos da população em questão⁽¹¹⁾; uma vez que foi composta por pacientes diagnosticados com câncer de mama, no período de agosto de 2007 a dezembro de 2008.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCRP-FMRP-USP) e foi aprovado pelo protocolo HCRP 12483/2004. Foi mantido sigilo das informações e solicitado a assinatura do consentimento livre e esclarecido, que atende à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde⁽¹²⁾.

Para a categorização dos dados dos pacientes, foi utilizado um questionário de identificação para a coleta dos dados sócio-demográficos, clínicos e terapêuticos como: sexo, idade, estado civil, procedência, ocupação, nível de escolaridade, religião, diagnóstico, tipo de cirurgia, realização de radioterapia, e protocolo, quantidade de sessões e efeitos colaterais da quimioterapia.

Utilizamos o instrumento QLQ-C30 (versão 3.0), que é um questionário de QVRS devidamente validado para nossa população⁽¹³⁾, para uso específico em pacientes com câncer. O QLQ-C30 contém 30 questões que compõe cinco escalas funcionais: funções física, cognitiva, emocional, social e funcional (desempenho de papel), três escalas de sintomas: fadiga, dor, náuseas e vômitos, uma escala de Estado de Saúde Global/ Qualidade de Vida (ESG/QV) e seis outros itens que avaliam sintomas comumente relatados por doentes com câncer: dispnéia,

perda de apetite, insônia, constipação, diarreia e avaliação do impacto financeiro do tratamento e da doença. Os resultados das questões geram escores nas escalas funcionais e de sintomas que são transformados em uma escala de 0 a 100, que de acordo com as diretrizes do *European Organization for Research and Treatment of Cancer* (EORTC), onde o zero denota o pior funcionamento e 100, o melhor funcionamento nas escalas funcionais e no ESG/QV; enquanto que nas escalas e itens de sintomas, o 100 indica mais sintomas presentes e o zero, nenhum sintoma.

Para a análise dos dados, utilizamos o *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) for Windows, versão 15.0. Utilizamos o teste de consistência interna Alpha de Cronbach para testar a confiabilidade do instrumento. Calculamos a média e desvio padrão para análise descritiva dos dados; e o teste paramétrico Análise de Variância (ANOVA) para comparar os domínios do instrumento de QVRS com os dados sócio-demográficos, clínicos e terapêuticos.

RESULTADOS

Os resultados apresentados correspondem a um total de 35 (100%) mulheres que completaram a pesquisa, pois de 42 mulheres entrevistadas, sete foram omitidas da análise devido à ilegitimidade ou não terem completado os questionários.

Em relação às características sócio-econômicas, cinco (14,3%) mulheres se encontravam na faixa etária entre 20 e 39 anos, 17 (48,6%) entre 40 e 59 anos, e 13 (37,1%) com 60 anos ou mais.

Quanto ao estado civil, 22 (62,9%) eram casadas, seis (17,1%) solteiras, quatro (11,4%) viúvas e três (8,6%) divorciadas. Vinte e seis (74,3%) eram procedentes de Ribeirão Preto e nove (25,7%) de cidades da região.

Quanto à profissão/ ocupação, a maioria das pacientes, 22 (62,9%) eram aposentadas, donas-de-casa e/ou empregadas domésticas, sete (20%) eram comerciantes, cinco (14,3%) eram professoras e uma (2,9%) agente administrativo.

Com relação ao nível de escolaridade, 15 (42,9%) cursaram o ensino fundamental, 11 (31,4%) completaram o ensino médio e nove (25,7%) o superior.

Quanto à religião, 26 (74,3%) eram católicas, cinco (14,3%) evangélicas, três (8,6%) espíritas e uma (2,9%) era testemunha de Jeová.

Com relação aos dados clínicos e terapêuticos, 22 (62,9%) pacientes apresentaram o diagnóstico de câncer de mama primário e 13 (37,1%) apresentaram câncer de mama metastático. Quanto ao tipo de tratamento, a maioria delas, 31 (88,6%) realizaram cirurgia, sendo que 15 destas, realizaram mastectomia total, 12 mastectomia parcial e quatro submetem-se a nodulectomia. Vinte e três (65,7%) pacientes receberam o tratamento radioterápico.

Trinta e uma (88,6%) pacientes foram submetidas à quimioterapia, sendo que 28 estavam nas primeiras sessões no momento da entrevista. Quanto aos protocolos mais utilizados, sete (20%) pacientes receberam 5-Fluorouracil associado a Ciclofosfamida e Doxorubicina, duas (5,7%) receberam 5-Fluorouracil associado a Ciclofosfamida, duas (5,7%) receberam Ciclofosfamida associada a Farmarrubicina e Taxol, e em 13 (37,1%) pacientes não foi possível identificar o protocolo.

Quanto aos efeitos colaterais apresentados pelas pacientes relacionados à quimioterapia, quatro (11,4%) relataram sintomas gastro-intestinais como náuseas e vômito, constipação e/ou diarreia; três (8,6%) informaram sintomas físicos, como: calor, sudorese, fraqueza, mal-estar geral e tontura; 11 (31,4%) referiram tanto sintomas gastro-intestinais quanto físicos, uma (2,9%) relatou tanto sintomas físicos quanto emocionais, como: depressão e/ou irritabilidade, cinco (14,3%) informaram apresentar tanto sintomas gastro-intestinais quanto físicos e emocionais; e 11 (31,4%) não relataram reações adversas durante o tratamento quimioterápico.

Qualidade de Vida

Com relação às características psicométricas do instrumento para a amostra estudada, o coeficiente Alpha de Cronbach foi de 0,83, indicando confiabilidade do instrumento para a amostra.

Os escores médios e desvio padrão das escalas funcionais, do EGS/QV, dos sintomas e itens do QLQ-C30 estão apresentados na Tabela 1. O EGS/QV atingiu uma média de 58,74, o que sugere que as pacientes consideraram sua QV pouco satisfatória.

Nas escalas funcionais: funções física (FF), cognitiva (FC), social (FS) e desempenho de papel (DP), as médias variam de 60,23 a 66,00, indicando um nível de regular a satisfatório, e na função

emocional (FE), a média encontrada de 45,69, mostra que as pacientes sentiram-se preocupadas, deprimidas, tensas e/ou irritadas.

Nas escalas de sintomas, o predominante foi a insônia (INS), seguida pela dor (Dor), fadiga (FAD), perda de apetite (PAP), constipação (CON), náusea e vômito (NAV) e dispnéia (DIS), enquanto que a diarreia (DIA) foi o sintoma menos frequente. A dificuldade financeira (DIF) também foi apontada pelas pacientes.

Tabela 1 – Média e desvio padrão das escalas do instrumento QLQ-C30. Ribeirão Preto, SP, ago./2007 a dez./2008.

Escalas e Sintomas	Média	Desvio Padrão
Estado Geral de Saúde	58,74	21,54
Função física	64,43	26,83
Desempenho de papel	66,00	34,72
Função emocional	45,69	29,37
Função cognitiva	60,23	33,90
Função social	62,57	34,84
Fadiga	34,89	30,24
Náuseas e vômitos	14,74	24,49
Dor	39,50	33,11
Dispnéia	14,20	30,42
Insônia	41,71	40,63
Perda de apetite	27,46	36,46
Constipação	22,77	36,79
Diarreia	3,80	17,64
Dificuldades financeiras	32,26	34,95

Correlações entre QV e dados sócio-demográficos e clínico-terapêuticos

Ao realizarmos o teste ANOVA para comparar os resultados das escalas do QLQ-C30 com os dados sócio-demográficos e clínico-terapêuticos (Tabela 2), consideramos o *P value* menor ou igual a 0,05, como estatisticamente significativo.

Foram encontradas correlações estatisticamente significativas para a variável faixa etária com a escala de função emocional e para as variáveis clínicas e terapêuticas: realização de cirurgia com perda de apetite e constipação, tipo de cirurgia com fadiga, radioterapia com EGS/QV, sessão atual da quimioterapia com função emocional, dispnéia e protocolo da quimioterapia com função social (Tabela 2). Serão discutidas as correlações mais importantes e que foram evidenciadas em literaturas pré-existentes.

Tabela 2 – Média, desvio-padrão e significância estatística da aplicação do QLQ-C30 com os dados sócio-demográficos e clínico-terapêuticos de pacientes com câncer de mama. Ribeirão Preto, SP, ago./2007 a dez./2008.

Escola	Dados sócio-demográficos e clínico-terapêuticos	Média	Desvio-padrão	P value
Função emocional	Faixa etária			
	20 – 40 anos	55,20	27,42	0,022
	40 – 60 anos	32,06	28,75	
≥ 60 anos	59,85	23,93		
Perda de apetite	Cirurgia			
	Não soube informar	-	-	0,033
	Fez	23,52	34,51	
Não fez	77,33	19,63		
Constipação	Cirurgia			
	Não soube informar	100,00	-	0,057
	Fez	22,48	35,82	
Não fez	-	-		
Fadiga	Tipo de cirurgia			
	Não fez/ não informado	55,50	18,12	0,037
	Retirada tumor + adjacências	19,42	18,95	
	Retirada parcial do órgão + adjuvante	19,42	25,97	
Retirada total do órgão + adjuvante	45,89	31,93		
Estado Geral de Saúde	Radioterapia			
	Fez	51,04	19,18	0,002
	Não fez	73,51	18,35	
Estado Geral de Saúde	Nº sessões de Radioterapia			
	Não fez/ não sabe nº sessões	70,23	18,45	0,008
	Até 30 sessões	44,40	21,51	
> 30 sessões	51,23	18,87		
Função emocional	Sessão atual de Quimioterapia			
	Não fez/ não soube informar	10,50	12,56	0,042
	0 – 6ª sessão	51,43	27,80	
	> 6 sessões	17,00	-	
Terminou	50,00	35,36		
Dispneia	Sessão atual de Quimioterapia			
	Não fez/ não soube informar	41,50	49,89	0,030
	0 – 6ª sessão	7,11	22,80	
	> 6 sessões	66,00	-	
Terminou	33,00	46,67		
Função social	Protocolo de Quimioterapia			
	Não foi possível identificar	47,69	31,27	0,025
	Cisplatina + Citarabina	67,00	-	
	5-FU + Ciclofosfamida + Doxorrubicina	90,57	18,86	
	5 FU + Ciclofosfamida	17,00	24,04	
	5 FU + Ciclofosfamida + Metotrexate	100,00	-	
	Tamoxifeno	75,00	35,36	
	Farmarrubicina + Taxol	100,00	-	
	Ciclofosfamida + Doxorrubicina + Taxol	34,00	-	
	Cisplatina	100,00	-	
	Taxol	34,00	-	
	Ciclofosfamida + Farmarrubicina + Taxol	58,50	12,02	
	Doxorrubicina + Ciclofosfamida	-	-	
Taxol + Gencitabina	100,00	-		
5 FU + Farmarrubicina + Ciclofosfamida	100,00	-		

Legenda: 5-FU: Fluorouracil.

DISCUSSÃO

As características sócio-demográficas predominantes encontradas para a amostra deste estudo foram mulheres, acima de 40 anos, casadas, católicas, que trabalhavam no lar ou eram aposentadas, com baixo nível de escolaridade e residentes em Ribeirão Preto; as características de sexo, profissão e nível de escolaridade corroboram com o estudo que caracteriza o perfil sócio-demográfico dos usuários do SUS. Esse estudo mostra também que os atendimentos da quimioterapia foram predominantemente da população usuária dos SUS (72,8%) demonstrando a maior oferta de atendimento de alta complexidade ou alto custo pelo sistema público⁽¹⁴⁾. As características de baixo nível de escolaridade e sócio-econômico requer do profissional da saúde maior atenção nos processos educativos, adequando a linguagem ao nível de entendimento dos pacientes, principalmente na orientação da prevenção terciária e detecção precoce das recidivas.

O câncer de mama é relativamente raro antes dos 35 anos, acima desta faixa etária sua incidência cresce rápida e progressivamente. Estatísticas indicam aumento de sua incidência tanto nos países desenvolvidos quanto nos em desenvolvimento. Nas décadas de 60 e 70 registrou-se um aumento de 10 vezes nas taxas de incidência ajustadas por idade nos Registros de Câncer de Base Populacional de diversos continentes⁽²⁾.

Estudos mostram mudanças significativas em várias dimensões da QVRS de pacientes com câncer de mama^(4,5). Neste estudo, os pacientes apresentaram escores satisfatórios para as funções física, social, cognitiva e desempenho de papel e regular para a EGS/QV e função emocional, relataram mais sintomas de insônia, dor e fadiga e dificuldade financeira.

Nas correlações do presente estudo, a função emocional correlacionou-se com a faixa etária. A idade ao diagnóstico é um importante fator que influencia a QV e há diferenças no impacto do câncer de mama segundo a faixa etária avaliada⁽⁶⁾. Um estudo realizado na Turquia encontrou que as mulheres na faixa etária entre 40 e 50 anos apresentaram déficits na função emocional e que a idade dentre outros fatores foram significantes na QVRS⁽³⁾. Escores para as funções física e sexual também foram piores com o aumento da idade⁽⁴⁾.

Uma revisão sobre QV em câncer de mama de pacientes em tratamentos sistêmicos adjuvantes,

concluiu que sintomas vasomotores, alterações na função sexual e estresse foram comuns nesse tipo de tratamento e inadequadamente tratados⁽¹⁵⁾.

Os tratamentos adjuvantes afetam os pacientes com câncer de mama de vários modos. Estudo realizado na Suécia refere que os tratamentos adjuvantes associam-se com diminuição da QV geral, função física, desempenho de papel, ansiedade e imagem corporal e aumento dos sintomas de fadiga, dispnéia, dor, náusea e vômito e constipação⁽⁵⁾.

Com relação à cirurgia, no presente estudo, as pacientes que foram submetidas à cirurgia apresentaram melhores escores para o domínio perda de apetite e piores para constipação do que as que não foram operadas e as que realizaram mastectomia total relataram mais fadiga do que as submetidas às demais cirurgias. Cabe destacar que em estudo realizado no Reino Unido, os escores para perda de apetite e imagem corporal foram piores para as mulheres mastectomizadas e o escore para o domínio diarreia foi pior decorrido maior tempo desde a cirurgia⁽⁴⁾.

As pacientes que realizaram radioterapia apresentaram déficit na escala de EGS/QV e assim como as mulheres do estudo sueco⁽⁵⁾. No estudo desenvolvido no Nordeste dos Estados Unidos, a QV também declinou do início até a metade do tratamento radioterápico, ocorrendo uma melhora gradual relatada após seis meses do início do tratamento, e as funções social e sexual declinaram no decorrer dos seis meses⁽¹⁶⁾.

Com relação à quimioterapia, as pacientes que realizaram mais de seis sessões apresentaram déficit na função emocional e aumento na escala de sintomas (indicando mais sintomas presentes) para dispnéia. A quimioterapia adjuvante também causou déficit no EGS/QV no estudo do Reino Unido⁽¹⁵⁾. Uma revisão de literatura realizada entre 2000 e 2004 com 19 artigos encontrou que as mulheres submetidas à quimioterapia, apresentaram pior escore para QV e para as funções física e social⁽¹⁷⁾.

Não há consenso nos estudos sobre a QV e QVRS dos pacientes com câncer de mama durante o tratamento adjuvante. Observou-se que a QV geral, funções desempenhadas e a presença de sintomas diferem nos estudos^(4,5,16,17), porém o que se observa é que a QVRS piora durante o tratamento e, os estudos longitudinais^(3,5,16), também mostraram que com o decorrer do tempo, muitos pacientes conseguem re-estabelecer suas atividades

e, com o amadurecimento e o apoio recebido vão progressivamente, apresentando melhoras dos sintomas e das funções desempenhadas, e relatando uma melhor QVRS.

Há um crescente interesse em QVRS como um indicador nos julgamentos clínicos de doenças específicas, tanto para avaliar o impacto físico, psicossocial e disfunções quanto para avaliar incapacidades⁽¹⁸⁾. Portanto, ao se constatar que pacientes com câncer de mama em tratamento adjuvante apresentam déficits nas funções e na QV geral, torna-se necessário investigar quais medidas podem ser utilizadas para prevenir esta deteriorização e auxiliar na melhora destes padrões. Estudos de intervenção com tratamentos complementares que possam alcançar estes objetivos têm sido desenvolvidos, tais como, prática de atividade física⁽¹⁹⁾, apoio psicossocial, terapias mente-corpo⁽²⁰⁾, yoga, reflexologia, dentre outros que possam beneficiar os pacientes tanto durante quanto após o tratamento adjuvante recebido.

Também é necessário avaliar com atenção estes estudos, e ao verificar a eficácia destes tratamentos complementares, através da prática baseada em evidências, iniciar então sua aplicação na prática clínica.

CONCLUSÕES

Este estudo proporcionou avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer de mama em tratamento adjuvante, seja quimioterápico e/ ou radioterápico, após o procedimento cirúrgico, atendidas em um serviço público da cidade de Ribeirão Preto. A média do EGS/QV medida pelo instrumento QLQ-C30 para nossa amostra foi de 58,74, sendo considerada pouco satisfatória para estas pacientes. Os principais domínios de QV afetados foram função emocional, insônia, dor e fadiga.

Esses resultados evidenciaram que as pacientes com câncer de mama na faixa etária de 60 anos ou mais apresentaram mais problemas emocionais. As pacientes submetidas à cirurgia referiram mais constipação, sendo que a mastectomia foi a cirurgia que causou mais fadiga a elas. Quanto à radioterapia, as pacientes irradiadas apresentaram pior escore para EGS/QV do que as não irradiadas.

As pacientes que realizaram quimioterapia por mais de 20 meses relataram pior função emocional, as que a estavam recebendo a mais de seis ses-

sões relataram pior função emocional e mais dispnéia. Em relação ao protocolo recebido, as que tiveram pior escore para função social foram as que receberam: Doxorrubicina + Ciclofosfamida, 5FU + Ciclofosfamida, Doxorrubicina + Ciclofosfamida + Taxol e Taxol.

Ressaltamos que os resultados deste estudo devem ser interpretados com cautela. O tamanho da amostra é pequeno, não podendo ser generalizado para toda população com câncer de mama.

A melhoria na QVRS dos pacientes pode ocorrer na medida em que os efeitos colaterais dos tratamentos possam ser evitados e controlados, e também na adesão a tratamentos complementares eficazes que possam auxiliar os pacientes a enfrentarem melhor a doença e o tratamento recebido.

Pesquisas adicionais são necessárias para que o enfermeiro possa melhor compreender e avaliar a QVRS de pacientes com câncer de mama recebendo terapia adjuvante; e de corte longitudinal, para proporcionar avaliação das mudanças ocorridas na QVRS com o decorrer do tempo, e também para a identificação dos fatores associados a essas mudanças e as possíveis intervenções que visem a sua redução ou controle.

REFERÊNCIAS

- 1 Ministério da Saúde (BR), Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro; 2009.
- 2 Ministério da Saúde (BR), Instituto Nacional de Câncer. Tipos de câncer: mama [Internet]. 2010 [citado 2010 nov 24]. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama>.
- 3 Akin S, Can G, Durna Z, Aydiner A. The quality of life and self-efficacy of Turkish breast cancer patients undergoing chemotherapy. *Eur J Oncol Nurs*. 2008; 12(5):449-56.
- 4 Hopwood P, Haviland J, Mills J, Sumo G, Bliss JM. The impact of age and clinical factors on quality of life in early breast cancer: an analysis of 2208 women recruited to the UK START Trial (Standardisation of Breast Radiotherapy Trial). *Breast*. 2007;16(3): 241-51.
- 5 Browall M, Ahlberg K, Karlsson, Danielson E, Persson LO, Gastón-Johansson F. Health-related quality of life during adjuvant treatment for breast cancer

- among postmenopausal women. Eur J Oncol Nurs. 2008;12(3):180-9.
- 6 Conde DM, Pinto-Neto AM, Freitas Júnior R, Aldri-ghi JM. Qualidade de vida de mulheres com câncer de mama. Rev Bras Ginecol Obstet. 2006;28(3):195-204.
- 7 Fleck MPA, Lousada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). Rev Saúde Pública. 1999;33(2):198-205.
- 8 Bowling A. Measuring disease. 2nd ed. Philadelphia: Open University Press; 2001.
- 9 Montazeri A. Health-related quality of life in breast cancer patients: a bibliographic review of literature from 1974 to 2007. J Exp Clin Cancer Res. 2008;27:32.
- 10 Aaronson NK, Azmedzai S, Bergman B. The European Organization for Research and treatment of cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. J Natl Cancer Inst. 1993;85(5):365-76.
- 11 Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
- 12 Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF); 1996.
- 13 Brabo EP. Validação para o Brasil do questionário de qualidade de vida para pacientes com câncer de pulmão (QLQ-LC13) da Organização Européia para Pesquisa e Tratamento do Câncer [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2006.
- 14 Ribeiro MCS, Barata RB, Almeida MF, Silva ZP. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS - PNAD 2003. Ciênc Saúde Colet. 2006;11(4):1011-22.
- 15 Grimison PS, Strocker M. Quality of life and adjuvant systemic therapy for breast cancer. Expert Rev Anticancer Ther. 2007;7:1123-34.
- 16 Dow KH, Lafferty P. Quality of life, survivorship, and psychosocial adjustment of young women with breast cancer after breast-conserving surgery and radiation therapy. Oncol Nurs Forum. 2000;27(10):1555-64.
- 17 Makluf ASD, Dias RC, Barra AA. Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer de mama. Rev Bras Cancerol. 2006;52(1):49-58.
- 18 Seidl EMF, Zanon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. Cad Saúde Pública. 2004;20(2):580-8.
- 19 Hwang JH, Chang HJ, Shim YH, Park WH, Park W, Huh SJ, et al. Effects of supervised exercise therapy in patients receiving radiotherapy for breast cancer. Yonsei Med J. 2008;49(3):443-50.
- 20 Witek-Janusek L, Albuquerque K, Chroniak KR, Chroniak C, Durazo R, Mathews HL. Effect of mindfulness based stress reduction on immune function, quality of life and coping in women newly diagnosed with early stage breast cancer. Brains Behav Immun. 2008;22(6):969-81.

**Endereço da autora / Dirección del autor /
Author's address:**

Adriana Cristina Nicolussi
Rua Salvador Di Fázio Filho, 614,
Residencial e Comercial Palmares
14092-465, Ribeirão Preto, SP
E-mail: drnicolussi@usp.br

Recebido em: 26/04/2011
Aprovado em: 18/11/2011