

Qualidade de vida e ansiedade em mulheres com câncer de mama antes e depois do tratamento

Raquel Rey Villar¹
Salvador Pita Fernández²
Carmen Cereijo Garea¹
M^a Teresa Seoane Pillado³
Vanessa Balboa Barreiro⁴
Cristina González Martín⁵

Objetivos: determinar a qualidade de vida e a ansiedade de pacientes com câncer de mama e as mudanças sofridas após os tratamentos. **Método:** estudo prospectivo. Incidentes de câncer de mama (n = 339, nível de confiança = 95%, precisão = ± 5,32%). Os questionários de qualidade de vida foram o QLQC-30 e o QLQBr23 e o de ansiedade, o Inventário de Ansiedade Traço Estado (IDATE; em inglês: State-Trait Anxiety Inventory – STAI). Foi feita uma análise multivariada para identificar as variáveis associadas à qualidade de vida e à ansiedade iniciais e as diferenças entre os períodos pré e pós tratamento. Foi obtido consentimento informado e uma autorização do Comitê de Ética. **Resultados:** as dimensões iniciais da qualidade de vida com as menores pontuações foram: perspectivas futuras (46,0/100) e prazer sexual (55,7/100). Dimensões com as pontuações mais altas: imagem corporal (94,2/100) e funcional (93,3/100). Os sintomas mais perturbadores foram: insônia, fadiga e preocupação com a queda de cabelo. Após os tratamentos, pioraram: função física, funcional, imagem corporal, preocupações financeiras e sintomatologia. A função emocional e as perspectivas futuras melhoraram. A ansiedade grave foi apresentada como estado (48,6%) e como traço (18,2%). A maior ansiedade inicial como estado estava associada ao estado civil de casada ou viúva e ao uso de medicamentos ansiolíticos. A maior ansiedade como traço estava associada a: situação inativa no trabalho, medicamentos ansiolíticos, inchaço nas mamas e estágios avançados no momento do diagnóstico. Após os tratamentos, a ansiedade diminuiu significativamente. **Conclusões:** após os tratamentos, a pontuação da qualidade de vida é modificada positivamente e a ansiedade como estado e traço diminuiu.

Descritores: Qualidade de Vida; Mulheres; Neoplasias da Mama; Ansiedade; Enfermeiras; Cuidados de Enfermagem.

¹ Doutorando, Universidad de A Coruña, A Coruña, A Coruña, Espanha. Enfermeira, Universidad de A Coruña, A Coruña, A Coruña, Espanha.





² PhD, Professor Titular, Universidad de A Coruña, A Coruña, A Coruña, Espanha.

³ PhD, Professor Asociado, Universidad de A Coruña, A Coruña, A Coruña, Espanha.

⁴ MSc, Professor Assistente, Universidad de A Coruña, A Coruña, A Coruña, Espanha.

⁵ PhD, Professor Adjunto, Universidad de A Coruña, A Coruña, A Coruña, Espanha.

Como citar este artigo

Rey-Villar R, Pita-Fernández S, Cereijo-Garea C, Seoane-Pillado T, Balboa-Barreiro V, González-Martín C. Quality of life and anxiety in women with breast cancer before and after treatment. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017;25:e2958. [Access   ]; Available in:  . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2258.2958>.

dia mês ano

URL

Introdução

A utilidade das medições da qualidade de vida na prática clínica diária é amplamente referenciada na literatura. Em uma revisão sistemática publicada em 2010⁽¹⁾, dados sobre a qualidade de vida influenciaram a tomada de decisões em 30,1% das intervenções médicas e em 63,2% das intervenções não biomédicas. Portanto, os planos de tratamento podem ser alterados de acordo com a qualidade de vida das pessoas ou a depender dela.

De acordo com a literatura, quase 50% dos pacientes com câncer sofrem de transtornos psiquiátricos. Ansiedade e depressão são geralmente consideradas as comorbidades psicopatológicas mais importantes. No câncer de mama, mais de um terço dos pacientes pode sofrer de distúrbios psicopatológicos⁽²⁾. A morbidade psicológica é influenciada por vários históricos e fatores concomitantes que afetam a função psíquica e a qualidade de vida.

Vários estudos mostram associações entre ansiedade e determinadas variáveis sociodemográficas e psicossociais (idade no momento do diagnóstico⁽³⁾, estado civil⁽⁴⁾, nível de escolaridade⁽⁵⁾, histórico de comorbidades⁽⁴⁾ ou histórico de tratamentos anteriores para ansiedade e/ou depressão⁽⁶⁾).

Um estudo sobre o efeito da ansiedade⁽⁷⁾ relaciona altos níveis de ansiedade à intensificação de sintomas físicos e a um aumento na percepção dos efeitos adversos de tratamentos, e todos eles afetam negativamente a qualidade de vida e o estado geral de saúde do paciente.

Dado o relacionamento próximo entre enfermeiros e pacientes, os profissionais de enfermagem estão em uma posição que permite fazer uma avaliação geral do paciente, atendendo não só às suas necessidades fisiológicas ou clínicas, mas também às suas necessidades psicológicas e sociais.

Vários ensaios clínicos randomizados sugerem que existem benefícios psicológicos após as intervenções feitas por enfermeiros. Eles incluem redução do estresse⁽⁸⁾, diminuição da ansiedade e da depressão e melhora no bem-estar físico e emocional⁽⁹⁾. Outro estudo mostrou melhora significativa da insônia, da dispneia e das preocupações financeiras⁽¹⁰⁾.

Este estudo feito por profissionais de enfermagem da unidade de câncer de mama tem o objetivo de determinar o nível da qualidade de vida e da ansiedade como um estado e como um traço em mulheres diagnosticadas com câncer de mama antes e após o tratamento. Além disso, tenta determinar as variáveis associadas à qualidade de vida e à ansiedade no ponto inicial.

Método

Estudo observacional de acompanhamento prospectivo, realizado na Unidade de Câncer de Mama

do Complexo Hospitalar Universitário de A Coruña (Espanha). Coletamos todos os incidentes de câncer de mama com diagnóstico histopatológico de dezembro de 2013 a fevereiro de 2015. Os casos masculinos e de pacientes que fizeram cirurgia e acompanhamento em outro centro foram excluídos. As pacientes foram identificadas no momento do diagnóstico através dos resultados dos exames histopatológicos. Elas foram contatadas durante uma visita à unidade de câncer de mama. A enfermeira da unidade convidou as pacientes que atendiam aos critérios de inclusão para participar. Foram feitas duas medidas de qualidade de vida e ansiedade, a primeira após o diagnóstico e a segunda após o fim do tratamento de quimioterapia e/ou radioterapia. Foi obtida uma autorização do comitê de ética e o consentimento informado de cada participante (Comitê Autônomo de Ética em Pesquisa da Galicia, código 2013/253).

Os dados foram obtidos através de uma entrevista com a paciente e através de uma revisão de seu histórico médico. Foram estudadas as características sociodemográficas, a comorbidade prévia usando o índice de comorbidade Charlson⁽¹¹⁾, o histórico ginecológico e obstétrico, o histórico familiar de câncer, as manifestações clínicas, o estágio, a anatomia patológica e a conduta terapêutica de cada paciente. Os questionários validados utilizados para medir a qualidade de vida foram o QLQ C-30 e QLQ Br23 da Organização Europeia para a Pesquisa e o Tratamento do Câncer (European Organization for Research and Treatment of Cancer - EORTC)⁽¹²⁻¹³⁾. O QLQ C-30 consiste de 30 questões, com respostas do tipo Likert (de 1 a 7 para o estado de saúde geral e de 1 a 4 para todos os outros itens). Esse questionário avalia o estado geral de saúde, cinco escalas funcionais (física, emocional, funcional, cognitiva e social) e os sintomas apresentados.

O questionário QLQ Br23 consiste de 23 itens. Ele mede quatro escalas funcionais (imagem corporal, perspectivas futuras, função sexual e prazer sexual) e sintomas (da mama e do braço afetados, preocupação com a queda de cabelo e efeitos adversos das terapias sistêmicas), com respostas do tipo Likert (de 1 a 4). O sistema de medidas de ambos os questionários sobre a qualidade de vida apresenta uma pontuação de 0 a 100. Nas escalas funcionais, quanto maior a pontuação, melhor a qualidade de vida, e nas escalas para a avaliação de sintomas, quanto maior a pontuação, pior a sintomatologia.

O questionário utilizado para medir a ansiedade como um estado e como um traço foi o Inventário de Ansiedade Traço Estado (IDATE; em inglês: State-Trait Anxiety Inventory - STAI)⁽¹⁴⁾. Esse questionário compreende duas escalas separadas, cada uma com 20 itens, para medir a ansiedade como um estado e

como um traço, com respostas do tipo Likert (de 0 a 3). A pontuação vai de 0 a 60, e pontuações mais altas indicam uma ansiedade maior.

Justificativa do tamanho da amostra: 339 pacientes foram estudados para a análise das características gerais, permitindo um intervalo de confiança de 95% e uma precisão de $\pm 5,32\%$ na estimativa dos parâmetros de interesse.

Para a comparação das medidas de qualidade de vida antes e após o tratamento, 181 pacientes foram estudados, e para as medidas de ansiedade, 169. Esse tamanho amostral permite que a diferença entre as duas medidas de ansiedade sejam detectadas por pelo menos quatro pontos ou mais (desvio padrão = 15) com um intervalo de confiança de 95% e um poder estatístico de 80%.

Fizemos uma análise descritiva das variáveis incluídas no estudo. As variáveis quantitativas foram expressas em média, desvio padrão e mediana. As variáveis qualitativas foram expressas em valor absoluto e porcentagem com o intervalo de confiança estimado de 95%.

Os procedimentos do teste T de Student ou do teste U de Mann-Whitney e do teste T de Student para amostras pareadas ou do teste de Wilcoxon foram utilizados conforme apropriado. Ao mesmo tempo, o teste de McNemar foi utilizado para variáveis categóricas pré e pós-tratamento.

A correlação entre as variáveis quantitativas foi calculada usando o coeficiente de correlação Rho de Spearman ou de Pearson. As pontuações para a qualidade de vida e a ansiedade foram dicotomizadas com valores menores e maiores do que a mediana para executar modelos de regressão logística multivariada.

Foram utilizados o software SPSS 19.0, o software R para análise estatística e o software EPIDAT 3.1 para o cálculo dos intervalos de confiança.

Resultados

Durante o período de estudo, 524 casos de câncer de mama foram diagnosticados, e após revisar os critérios de inclusão e exclusão, um total de 339 participantes formaram o estudo. Um por cento dos casos diagnosticados eram homens, o que os excluiu do estudo.

A Tabela 1 mostra as características das pacientes incluídas no estudo. A idade média foi de 58,9 anos, com uma mediana de 59 anos. O estudo descritivo da amostra estudada mostra que 19,8% das mulheres têm ensino superior, 38,9% estão empregadas, 64,9% são casadas ou vivem com um parceiro e 50,1% tomam medicamentos ansiolíticos ou antidepressivos. A prevalência de sobrepeso foi de 34,9% e de fumantes, de 17,7%.

Tabela 1 – Variáveis sociodemográficas, comorbidade e histórico obstétrico-ginecológico. A Coruña, Espanha, 2013-2015

	n (%)	IC 95% *	Média \pm DP†	Mediana
Idade (anos)			58,9 \pm 12,5	59
Nível de escolaridade				
Baixo	211 (62,2)	56,9-67,5		
Médio	61 (18)	13,8-22,2		
Alto	67 (19,8)	15,4-24,1		
Situação empregatícia				
Ativa	132 (38,9)	33,6-44,3		
Inativa	32 (9,4)	6,2-12,7		
Dona de casa	43 (12,7)	9,0-16,4		
Aposentada	132 (38,9)	33,6-44,3		
Estado civil				
Casada/com parceiro	220 (64,9)	59,7-70,1		
Viúva	58 (17,1)	12,9-21,3		
Solteira	39 (11,5)	8,0-15,0		
Divorciada/separada	22 (6,5)	3,7-9,3		
Trabalho doméstico				
Sem ajuda	195 (57,9)	52,4-63,3		
Tarefas divididas	98 (29,1)	24,1-34,1		
Outro	44 (13,1)	9,3-16,8		
Hábito de fumar				
Fumante	60 (17,7)	13,5-21,9		
Não fumante	222 (65,5)	60,3-70,7		

(continua...)

Tabela 1 – *continuação*

	n (%)	IC 95% *	Média ±DP†	Mediana
Ex-fumante	57 (16,8)	12,7-20,9		
Categorias do Índice de Massa Corporal				
Abaixo do peso	15 (4,5)	2,1-6,8		
Com Peso Normal	110 (32,8)	27,7-38,0		
Acima do peso	117 (34,9)	29,7-40,2		
Obesa	93 (27,8)	22,8-32,7		
Índice de Comorbidade de Charlson			2,3 ±0,7	2
Índice Charlson ajustado por idade			3,8 ±1,5	4
Hipertensão (Sim)	81(23,9)	19,2-28,6		
Diabetes (Sim)	51 (15)	11,1-19,0		
Dislipidemia (Sim)	94 (27,7)	22,8-32,6		
Medicamento ansiolítico/antidepressivo (Sim)	170 (50,1)	44,7-55,6		
Idade da menarca (anos)			13,1 ±1,7	13
Idade da menopausa (anos)			49,3 ±4,6	50
Idade da primeira gravidez (anos)			25,1 ±5,4	24
Gravidezes anteriores (Sim)	286 (84,4)	80,3-88,4		
Abortos (Yes)	70 (24)	18,9-29,0		
Amamentação (Sim)	178 (52,5)	47,0-8,0		
Histórico anterior de tumor				
Doença mamária benigna anterior	84 (24,8)	20,0-29,5		
Doença mamária maligna anterior	14 (4,1)	1,9-6,4		
Histórico familiar de câncer de mama	109 (32,2)	27,0-37,3		
Histórico familiar de câncer de ovário	20 (5,9)	3,2-8,5		
Histórico pessoal de câncer	29 (8,6)	5,4-11,7		

*IC: Intervalo de confiança. † DP: Desvio padrão

A Tabela 2 mostra os sintomas no momento do diagnóstico e as características da anatomia patológica. No total, 44,8% das mulheres não tinham sintomas no momento do diagnóstico e 43,4% tinham um tumor palpável. Um total de 41,9% tinham sido diagnosticadas através do Programa de Detecção e um número semelhante (39,8%), pelo médico de cuidados primários. O tipo histológico mais frequente foi o Carcinoma Ductal Infiltrante (76,9%).

A Tabela 3 descreve a conduta terapêutica na amostra. A cirurgia foi oferecida a 78,5% das mulheres como primeira opção de tratamento. No total, 49,7% das mulheres fizeram uma lumpectomia e 86,1% biópsia do linfonodo sentinela. Um total de 10,0% foram candidatas à cirurgia reconstrutiva, das quais 88,2% fizeram reconstrução mamária com um expansor de tecido e uma subsequente substituição com uma prótese permanente. No total, 53,4% das mulheres receberam quimioterapia, 84,1% radioterapia e 81,1% terapia hormonal.

Os resultados dos questionários de qualidade de vida (EORTC QLQ C-30 e Br23) estão na Tabela 4. No momento do diagnóstico, as maiores pontuações da qualidade de vida são para função física, função funcional e imagem corporal, com pontuações mais altas do que 90%. As pontuações mais baixas são para perspectivas futuras e

prazer sexual, com valores mais baixos do que 60%. Após a conclusão dos tratamentos, as dimensões alteradas negativa e significativamente foram função física, função funcional, imagem corporal, dificuldades financeiras e sintomas como fadiga, dor, dispneia e aqueles relacionados à mama, ao braço e aos efeitos adversos das terapias sistêmicas. As pontuações significativamente melhoradas após o tratamento foram função emocional e perspectivas futuras. O Estado Global de Saúde melhorou após os tratamentos, mas sem significância estatística.

Após a análise multivariada de regressão logística usando a mediana do domínio Estado Global de Saúde e, como covariáveis, idade, nível de escolaridade, índice Charlson, medicamentos ansiolíticos, gravidezes anteriores, histórico familiar de câncer e a retração do complexo aréolomamilar, descobrimos que as variáveis independentes que prediziam valores mais baixos do que a mediana para o Estado Global de Saúde foram nível educacional, índice de Charlson, medicamentos ansiolíticos, gravidezes anteriores e retração do mamilo. Nível de escolaridade mais alto (baixo vs. alto) melhora a qualidade de vida (OR = 0,48) e comorbidade aumenta o risco de ter uma qualidade de vida pior (OR = 2,07), assim como o uso de drogas ansiolíticas = 1,61), gravidezes anteriores (OR = 1,99) e retração do mamilo (OR = 4,50) (Tabela 5).

Tabela 2 – Sinais e sintomas no momento do diagnóstico, anatomia patológica e estágio. A Coruña, Espanha, 2013-2015

	n (%)	95% IC*
Sintomas no momento do diagnóstico		
Sem sintomas clínicos	152 (44,8)	39,4-50,3
Tumores palpáveis na mama ou nas axilas	147 (43,4)	37,9-48,8
Retração do complexo aréolomamilar	18 (5,3)	2,8-7,8
Dor	15 (4,4)	2,1-6,8
Inchaço	7 (2,1)	0,4-3,7
Descarga mamilar	5 (1,5)	0,5-3,4
Calor	4 (1,2)	0,3-3,0
Úlcera na pele da mama	2 (0,6)	0,1-2,1
Tumor de mama palpável pelo cirurgião	230 (67,8)	62,7-73,0
Adenopatia axilar palpável pelo cirurgião	61 (18)	13,8-22,2
Tipo de tumor		
Carcinoma ductal infiltrante	260 (76,9)	72,3-81,6
Carcinoma lobular infiltrante	27 (8)	4,9-11,0
Carcinoma ductal in situ	26 (7,7)	4,7-10,7
Carcinoma mucinoso	6 (1,8)	0,2-3,3
Carcinoma invasivo micropapilar	4 (1,2)	0,3-3
Carcinoma apócrino	3 (0,9)	0,2-2,6
Carcinoma misto	2 (0,6)	0,1-2,1
Carcinoma papilar	2 (0,6)	0,1-2,1
Carcinoma metaplásico	2 (0,6)	0,1-2,1
Carcinoma inflamatório	2 (0,6)	0,1-2,1
Carcinoma tubular infiltrante	2 (0,6)	0,1-2,1
Doença de Paget da mama	1 (0,3)	0,0-1,6
Classificação Histológica de Nottingham		
Grau I	49 (14,7)	10,7-18,6
Grau II	144 (43,1)	37,6-48,6
Grau III	141 (42,)	36,8-47,7
Invasão vascular linfática (Sim)	67 (21,8)	17,0-26,6
Imunohistoquímica		
Receptor de estrogênio positivo	281 (82,9)	78,7-87,0
Receptor de progesterona positivo	248 (73,4)	68,5-78,2
Her2 positivo	45 (14,9)	10,8-19,1
Ki67 <20%	102 (38,2)	32,2-44,2
Ki67 ≥20%	165 (61,8)	55,8-67,8
Subtipo molecular		
Luminal Her2 negativo	236 (75,2)	70,2-80,1
Triplo-negativo/basaloide	33 (10,5)	7,0-14,1
Luminal B Her2 positivo	24 (7,6)	4,5-10,7
Não luminal Her2	21 (6,7)	3,8-9,6
Estágio no momento do diagnóstico		
0	22 (6,5)	3,7-9,3
I	149 (44,3)	38,9-49,8
II	128 (38,1)	32,7-43,4
III	35 (10,4)	7,0-13,8
IV	2 (0,6)	0,1-2,1

*IC: Intervalo de confiança

Tabela 3 – Conduta terapêutica no câncer de mama. A Coruña, Espanha, 2013-2015

	n (%)	95% IC*
Adjuvância (Sim)	266 (78,5)	73,9-83,0
Tratamento cirúrgico		
Sem cirurgia	3 (0,9)	0,2-2,6
Cirurgia unilateral	264 (77,9)	73,3-82,4
Cirurgia bilateral	72 (21,2)	16,7-25,7
Tipo de cirurgia		
Lumpectomia	167 (49,7)	44,2-55,2
Cirurgia oncoplastica	81 (24,1)	19,4-28,8
Mastectomia radical modificada	40 (11,9)	8,3-15,5
Mastectomia simples	34 (10,1)	6,7-13,5
Mastectomia conservadora de pele	9 (2,7)	0,8-4,5
Mastectomia conservadora de pele e do mamilo	3 (0,9)	0,2-2,6
Somente linfadenectomia axilar	1 (0,3)	0,0-1,6
Ressecção de massa supraclavicular	1 (0,3)	0,0-1,6
Ressecção do complexo aréolomamilar (Sim)	92 (27,1)	22,3-32,0
Margens cirúrgicas afetadas (Sim)	48 (15,0)	10,9-19,1
Biópsia do linfonodo sentinela (Sim)	292 (86,1)	82,3-90,0
Linfonodo sentinela positivo (Sim)	131 (44,9)	39,0-50,7
Extensão extranodal		
Sim	77 (23,0)	18,3-27,6
Indeterminada	88 (26,3)	21,4-31,1
Linfadenectomia axilar (Sim)	91 (26,8)	22,2-32,0
Estado do linfonodo na linfadenectomia		
Micrometástase	7 (9,9)	2,2-17,5
Macrometástase	64 (90,1)	82,5-97,8
Reconstrução da mama (Sim)	34 (10,0)	6,7-13,4
Imediatamente	27 (79,4)	4,9-11,0
Posterior	7 (20,6)	0,4-3,7
Tipo de reconstrução		
Expansor tecidual	30 (88,2)	72,5-96,7
Prótese	4 (11,8)	3,3-27,4
Quimioterapia (Sim)	181 (53,4)	47,9-58,8
Radioterapia (Sim)	285 (84,1)	80,0-88,1
Terapia hormonal (Sim)	275 (81,1)	76,8-85,4
Terapia biológica antiHer2 (Sim)	40 (11,8)	8,2-15,4
Reabilitação de linfedema (Sim)	55 (16,2)	12,1-20,3
Oncopsicologia (Sim)	43 (12,7)	9,0-16,4

*IC: Intervalo de confiança

Tabela 4 – Medidas iniciais e pós-tratamento da qualidade de vida usando os questionários EORTC QLQ-30 e Br-23 e da ansiedade como estado e como traço usando o Inventário de Ansiedade Traço Estado (IDATE; em inglês: State-Trait Anxiety Inventory – STAI). A Coruña, Espanha, 2013-2015

	Inicial		Pós-tratamento		Diferença	p
	n	Média ±DT*	n	Média ±DT*		
EORTC QLQ C-30						
Estado Global de Saúde	181	69,2 ±21,1	181	72,0 ±21,6	2,7 ±23,4	0,167
Escalas funcionais						
Função física	185	92,3 ±12,4	185	84,6 ±16,3	-7,7 ±15,1	<0,001
Função funcional	182	93,3 ±14,3	182	85,4 ±22,2	-7,9 ±23,3	<0,001
Função emocional	183	63,0 ±25,0	183	74,4 ±23,7	11,3 ±25,2	<0,001
Função cognitiva	183	84,5 ±18,2	183	85,0 ±20,8	0,4 ±23,3	0,535
Função social	182	88,4 ±18,4	182	86,3 ±22,1	-2,1 ±22,8	0,299
Escalas de sintomas/ítems						
Fadiga	186	15,8 ±17,5	186	26,4 ±23,0	-10,6 ±19,9	<0,001
Náusea e vômito	186	4,5 ±13,8	186	5,7 ±13,9	-1,2 ±17,5	0,134
Dor	186	10,1 ±15,3	186	19,7 ±23,0	-9,6 ±21,6	<0,001
Dispneia	182	10,3 ±19,0	182	14,6 ±23,9	-4,4 ±26,3	0,034
Insônia	184	31,7 ±29,8	184	29,3 ±29,1	2,3 ±32,5	0,384
Perda de apetite	185	14,0 ±21,6	185	12,2 ±22,4	1,8 ±26,4	0,408
Constipação	182	12,4 ±23,0	182	15,6 ±23,7	-3,1 ±27,5	0,153
Diarreia	182	5,7 ±16,4	182	7,3 ±16,3	-1,6 ±20,5	0,248
Preocupações financeiras	181	5,0 ±16,7	181	10,7 ±24,5	-5,7 ±22,7	0,001

(continua...)

Tabela 4 - *continuação*

	Inicial		Pós-tratamento		Diferença	p
	n	Média ±DT*	n	Média ±DT*		
EORTC QLQ Br-23 Módulo de Câncer de Mama						
Escala funcional						
Imagem corporal	180	94,2 ±13,2	180	85,1 ±23,0	-9,15 ±22,9	<0,001
Função sexual	153	79,4 ±23,7	153	80,5 ±21,8	1,09 ±21,4	0,454
Prazer sexual	58	55,7 ±32,7	58	55,2 ±30,3	-0,57 ±22,1	0,841
Perspectivas futuras	179	46,0 ±33,5	179	54,6 ±33,1	8,57 ±37,9	0,005
Escala de sintomas/ítems						
Efeitos adversos de terapias sistêmicas	184	14,4 ±13,4	184	22,7 ±19,6	-8,36 ±18,9	<0,001
Sintomas mamários	181	12,1 ±14,8	181	23,0 ±19,9	-10,97 ±20,8	<0,001
Sintomas no braço	181	9,2 ±14,5	181	16,4 ±18,3	-7,18 ±17,9	<0,001
Preocupação com queda de cabelo	29	26,4 ±37,1	29	26,4 ±36,0	0 ±46,3	0,972
Estado de ansiedade	169	29,7 ±13,9	169	19,4 ±11,8	10,3 ±14,7	<0,001
Traço de ansiedade	165	22,1 ±10,5	165	20,0 ±10,2	2,0 ±9,8	0,009
		n (%)		n (%)		
Nível de estado de ansiedade	169		169			<0,001
Leve		27 (16,0)		67 (39,6)		
Moderado		66 (39,1)		70 (41,4)		
Grave		76 (45,0)		32 (18,9)		
Nível de traço de ansiedade	165		165			0,470
Leve		59 (35,8)		68 (41,2)		
Moderado		81 (49,1)		74 (44,8)		
Grave		25 (15,2)		23 (13,9)		

* DP: Desvio padrão.

Tabela 5 – Modelos de regressão logística para prever as variáveis associadas à pontuação mais baixa do Estado Global de Saúde (questionário EORTC QLQ C-30) e níveis graves de ansiedade como estado e como traço (Inventário de Ansiedade Traço Estado - IDATE; em inglês: State-Trait Anxiety Inventory – STAI) no momento inicial. A Coruña, Espanha, 2013-2015

Variáveis	Estado Global de Saúde	Estado de Ansiedade	Traço de Ansiedade
	OR* (IC† 95%)	OR* (IC† 95%)	OR* (IC† 95%)
Idade (anos)	0,98 (0,96-1,01)	0,99 (0,97-1,01)	0,98 (0,94-1,02)
Nível de escolaridade			
Baixo	1		
Baixo vs. médio	0,98 (0,51-1,89)		
Baixo vs. alto	0,48 (0,25-0,94)		
Estado civil			
Solteira		1	
Solteira vs. casada/com parceiro		2,28 (1,07-4,88)	
Solteira vs. divorciada		1,50 (0,48-4,67)	
Solteira vs. viúva		1,52 (0,57-4,08)	
Situação empregatícia			
Ativa			1
Ativa vs. inativa			3,79 (1,04-13,82)
Ativa vs. dona de casa			4,12 (1,37-12,38)
Ativa vs. aposentada			3,07 (0,91-10,34)
Trabalho doméstico			
Sem ajuda			1
Sem ajuda vs. tarefas divididas			1,22 (0,57-2,61)
Sem ajuda vs. outra situação			1,21 (0,42-3,47)
Índice de Comorbidade de Charlson	2,07 (1,29-3,30)		
Medicamento ansiolítico/antidepressivo	1,61 (1,01-2,56)	2,13 (1,35-3,38)	
Gravidezes anteriores	1,99 (1,01-3,89)		
Idade na primeira gravidez			0,97 (0,90-1,04)
Histórico familiar de câncer de mama	0,71 (0,43-1,17)		0,49 (0,22-1,10)
Retração do mamilo	4,5 (1,21-16,73)	1,96 (0,67-5,71)	2,32 (0,60-9,05)
Inchaço da mama		6,35 (0,70-57,84)	5,32 (1,03-27,42)
Estágio no diagnóstico (OI-II vs. III-IV)		1,55 (0,74-3,28)	2,60 (1,05-6,47)
<i>R² de Cox e Snell</i>	0,11	0,075	0,088

*OR: Odds Ratio. †IC: Intervalo de confiança

A Tabela 4 mostra as pontuações da ansiedade como estado e como traço no momento do diagnóstico e no fim dos tratamentos. No momento do diagnóstico, 45% das mulheres tinham níveis graves de estado de ansiedade e 15,2% níveis graves de ansiedade como traço. Após o tratamento, somente 18,9% tinham níveis graves de ansiedade como estado, mostrando uma melhora significativa ($p < 0,001$). A mesma tendência foi observada no traço de ansiedade ($p = 0,009$).

Após a análise de regressão logística multivariada para determinar as variáveis que estão associadas a níveis graves de estado de ansiedade, descobriu-se que as variáveis independentes estado civil e medicamentos ansiolíticos prediziam níveis graves de ansiedade como estado. Mulheres casadas ou que têm um parceiro têm um risco 2,28 vezes mais alto de ansiedade grave quando comparadas a mulheres solteiras, e as que tomam medicamentos ansiolíticos, um risco 2,13 maior (Tabela 5).

As variáveis independentes que afetavam níveis graves de ansiedade como traço foram situação empregatícia, inchaço da mama e estágio no momento do diagnóstico. Mulheres que não estão trabalhando ou que são donas de casa têm níveis maiores de ansiedade como traço do que aquelas que trabalham (OR = 3,79 e 4,12, respectivamente). Mulheres que apresentam inchaço da mama como sintoma no momento do diagnóstico têm uma probabilidade 5,32 vezes maior de sofrer de níveis graves de ansiedade como traço, assim como mulheres no estágio III-IV em comparação a estágios menos invasivos (0, I, II) no momento do diagnóstico (OR = 2,60) (Tabela 5).

Discussão

Este estudo revela que os problemas de saúde mais comumente identificados no momento do diagnóstico estão compreendidos no campo psicológico, afetando as dimensões relacionadas a funcionalidade emocional, perspectivas futuras, insônia, ansiedade e prazer sexual. Esses resultados estão de acordo com os resultados de estudos semelhantes⁽¹⁵⁻¹⁶⁾ e com os valores de referência EORTC para os questionários utilizados⁽¹⁷⁾. O Estado Global de Saúde (EGS), que é considerado como a melhor reflexão da percepção subjetiva do bem-estar e da qualidade de vida no questionário QLQ C-30, é, no momento do diagnóstico, semelhante àquele descrito em outros estudos^(16,18-19).

A qualidade de vida é inicialmente afetada de forma negativa por comorbidade anterior e medicamentos ansiolíticos, com o entendimento de que essas mulheres têm uma qualidade de vida inicial pior devido às suas patologias anteriores associadas⁽²⁰⁻²¹⁾. A retração do

mamilo estava associada a pontuações mais baixas de qualidade de vida. Na maior parte das vezes, esse sinal é indicativo de estágios mais avançados da doença, em que ela geralmente se manifesta de maneira mais sistemática, afetando a qualidade de vida global em maior grau.

O nível de escolaridade influencia a qualidade de vida. Mulheres com ensino superior têm pontuações mais altas de qualidade de vida, que podem ser derivadas de um nível cultural e de conhecimento mais alto, assim como empregos com melhor salário. Isso oferece a elas maior acesso à informação e permite que tenham um maior número de ferramentas, recursos e estratégias para enfrentar a doença. Da mesma forma, ter mais recursos econômicos dá a elas maior solvência para atender às demandas geradas nessa nova situação de saúde⁽²²⁻²³⁾.

Não foram encontradas diferenças significativas entre o estágio no momento do diagnóstico e a qualidade de vida. Isso está de acordo com os achados de estudos anteriores, sugerindo que apesar do excelente prognóstico para mulheres no estágio zero, o diagnóstico do câncer de mama é estressante e pode resultar em um padrão de morbidez psicológica semelhante àquele vivenciado por mulheres com doença invasiva^(22,24).

Embora diferentes estudos reportem uma melhora significativa no Estado Global de Saúde (EGS)^(16,25), no nosso estudo, a melhora entre o momento inicial e o momento pós-tratamento não foi significativa. Na revisão da literatura, observa-se que a qualidade de vida melhora à medida que os períodos de acompanhamento são estendidos^(12,26). Em um trabalho sobre o impacto e o tempo de deterioração da qualidade de vida em pacientes com câncer de mama⁽¹⁹⁾, o EGS aos 3 meses piorou em relação à medida inicial. As evidências fornecidas pelos resultados de um estudo prospectivo nos cinco anos seguintes a uma cirurgia de mama⁽²⁷⁾ mostram que a maioria das mudanças positivas na qualidade de vida ocorrem entre um e dois anos após os tratamentos. Um estudo que mede a qualidade de vida em sobreviventes do câncer de mama em longo prazo⁽¹⁸⁾ observou que cinco anos após o diagnóstico, o EGS não é afetado pela gravidade da doença e/ou dos tratamentos recebidos, e afirmou que a qualidade de vida aos cinco anos parece ser afetada pelos mesmos fatores que afetam a população geral, que geralmente são idade e comorbidade⁽²⁰⁾.

Neste trabalho, após os tratamentos, a sintomatologia geral das pacientes e a função física e funcional pioraram significativamente. Essa sintomatologia aumenta nos meses após a cirurgia devido aos tratamentos recebidos, quimioterapia, radioterapia e terapias hormonais. Esses achados estão de acordo com trabalhos anteriores⁽²⁸⁻²⁹⁾.

Um estudo sobre as mudanças que ocorreram na qualidade de vida das pacientes com câncer de mama⁽³⁰⁾ mostra que após 6 meses, as pontuações de imagem corporal e os efeitos adversos de terapias sistêmicas pioraram. No referido trabalho, as perspectivas futuras melhoraram, assim como aconteceu nesta coorte, bem como os sintomas relacionados à mama e ao braço. Assim, para a maior parte das pacientes, a maioria dos aspectos relacionados à qualidade de vida, incluindo a função física e os efeitos residuais de tratamentos adjuvantes, serão recuperados em períodos mais longos de acompanhamento⁽³¹⁾.

Esta coorte reportou uma piora significativa da imagem corporal e uma diminuição não significativa da função e do prazer sexual, o que é consistente com os resultados de outros estudos^(21-22,32). O tamanho anterior da mama e o tipo de cirurgia e resultado (assimetria, mudanças na integridade da pele) podem ser uma ameaça para a mama. Isso pode afetar significativamente a imagem corporal que cada mulher tem de si mesma⁽³³⁾. Ao longo dos anos, a maneira com que as mamas são retratadas tem mudado, mas a mensagem permanece a mesma. Mamas femininas são consideradas como símbolos de feminilidade, desejo sexual e conforto e auxílio materno intrínsecos. Seja uma alusão sutil e evocativa às mamas, seja sua exibição explícita, elas são fundamentais para as opiniões de muitos sobre "ser uma mulher". É, portanto, compreensível que qualquer ameaça real ou potencial à mama de uma mulher seja estressante. Dada à importância que a sociedade dá às mamas femininas, não é surpreendente que tanto o tratamento cirúrgico quanto a própria doença tenham um impacto devastador na confiança e na autoestima das mulheres, fazendo com que elas se sintam menos atraentes do que antes, diminuindo as pontuações da imagem corporal e afetando negativamente sua sexualidade.

Entre as medidas iniciais e pós-tratamento, a escala da função emocional e as perspectivas futuras dos participantes melhoraram, assim como em estudos anteriores^(30,32). Uma vez que o choque inicial que ocorre ao receber o diagnóstico é superado, o processo de cura é iniciado, aumentando a confiança da mulher na possibilidade de cura. Por sua vez, isso diminui a preocupação com o futuro e com o início da doença. Portanto, observamos que, mesmo sem ser significativa, há uma melhora na insônia em relação à medida inicial. As mulheres ficam aliviadas e parecem ter uma perspectiva futura mais positiva uma vez que os tratamentos adjuvantes são concluídos, mas essa melhora também pode ser atribuída à capacidade da paciente de se adaptar à nova situação⁽²⁷⁾ ou então reside nas estratégias de enfrentamento que as mulheres aplicaram⁽³⁴⁻³⁵⁾. Um ensaio clínico que compara duas opções de tratamento

quimioterápico de primeira linha para o câncer de mama avançado⁽³⁶⁾ observa que, além de estar relacionada à diminuição da dor e de outros sintomas, a melhora na função emocional pode simplesmente refletir o fato de que algo está sendo feito, independentemente do que seja, o que pode ser um indicativo de esperança em uma situação de risco de vida.

Os níveis de ansiedade encontrados mostram uma prevalência de psicor morbidade semelhante àquela reportada em estudos anteriores⁽³⁷⁻³⁸⁾, de 20-30% de ansiedade e sofrimento psicológico entre pacientes com câncer. Essa ansiedade está relacionada ao medo de morrer e à incerteza em relação ao futuro, à doença e aos seus tratamentos⁽³⁷⁾. A ansiedade grave, o diagnóstico de câncer e os tratamentos recebidos afetam e podem deteriorar a qualidade de vida da paciente e a maneira com que ela se adapta à sua nova situação⁽³⁹⁾. A análise multivariada revelou que as variáveis estado civil e uso de medicamentos ansiolíticos podem prever níveis graves de ansiedade como estado em pacientes com câncer de mama.

A ansiedade é mais alta em mulheres em tratamento com ansiolíticos ou antidepressivos. Isso está de acordo com outros estudos que mostram que mulheres com uma perturbação psicológica que tomam medicamentos ansiolíticos ou antidepressivos apresentam maior somatização psicológica e ansiedade fóbica, estando mais susceptíveis a níveis graves de ansiedade e/ou depressão⁽⁵⁻⁶⁾. É claro que a coleta de informações descritivas no momento inicial não permite fazer uma inferência causal, mas simplesmente descrever a associação entre as variáveis estudadas.

Por outro lado, níveis mais graves de ansiedade têm sido observados entre mulheres casadas ou com parceiros. É possível que, para muitas das mulheres diagnosticadas com câncer de mama, a preocupação com suas famílias seja maior do que a que têm com elas mesmas, e esta preocupação se torna uma variável geradora de estresse, o que é consistente com os achados de estudos anteriores⁽⁴⁰⁻⁴¹⁾. Essa circunstância também pode estar relacionada ao fato de as mulheres se sentirem inseguras em relação à aceitação da doença pelo parceiro, e até mesmo com medo de que ele termine o relacionamento devido à doença ou de que as deixem por outra mulher⁽⁴⁰⁻⁴²⁾.

O traço de ansiedade é a tendência de perceber situações como ameaçadoras e aumentar o nível de ansiedade. Esse tipo de ansiedade é fortemente influenciado pela situação empregatícia, pelo estágio no momento do diagnóstico e pelo inchaço da mama como um sintoma inicial atribuível ao câncer de mama.

Mulheres que não trabalham, por serem donas de casa, estarem desempregadas ou de licença, têm

pontuações mais baixas de ansiedade como traço. Essa ansiedade aumentada em mulheres sem trabalho remunerado pode ocorrer devido a preocupações sobre a renda e dificuldades financeiras^(40,42-43). Elas também têm mais tempo livre, que podem dedicar a pensar sobre a doença, seus tratamentos e seu início. A falta de emprego também diminui as relações sociais. Ao contrário desta pesquisa, um estudo na Coreia sobre associações entre condição socioeconômica e alteração da imagem corporal e da qualidade de vida em pacientes com câncer de mama⁽²³⁾ descobriu que mulheres que trabalham são mais ansiosas do que mulheres aposentadas ou donas de casa. Isso pode ser devido à pressão a que são submetidas para manter sua imagem corporal no ambiente de trabalho, e, além disso, às dificuldades que encontram para se vestir de maneira apropriada para o trabalho. Elas se sentem facilmente identificáveis por sua alopecia e outras mudanças em sua aparência. Isso pode prejudicar o desempenho no trabalho e as atividades sociais de mulheres com câncer de mama.

O momento de avaliação das reações psicológicas pode ser decisivo. Após o diagnóstico inicial, com o tempo, as respostas ao estresse podem mudar⁽³⁷⁾. Isso sugere que as mulheres podem, gradualmente, começar a aceitar sua doença e a se sentir menos ansiosas. Às vezes, o otimismo em excesso é observado como uma forma de negação através da qual elas tentam minimizar a gravidade de sua condição.

Os níveis de ansiedade como estado e como traço melhoraram significativamente após a conclusão dos tratamentos, o que é consistente com a literatura consultada^(16,44). Em um estudo na Malásia sobre ansiedade, depressão e qualidade de vida⁽¹⁶⁾, os níveis de ansiedade estavam menores aos 6 e 12 meses quando comparados ao ponto inicial. Apesar de uma melhora significativa nos níveis de ansiedade, muitos estudos reportaram que mulheres com câncer de mama continuam a ter sérias preocupações sobre sua doença muitos anos após o diagnóstico e a cirurgia e sofrem de estresse psicológico e depressão em longo prazo^(37, 45).

A ansiedade elevada intensifica os sintomas físicos, influenciando a qualidade de vida global. O declínio gradual do estresse psicológico pode resultar em uma melhora das subescalas de qualidade de vida, como imagem corporal e função emocional⁽⁴⁶⁾. Níveis elevados de ansiedade no momento inicial podem estar associados a uma falta de informação sobre o câncer de mama e a um mau entendimento a respeito do curso da doença e dos efeitos dos tratamentos. À medida que as pacientes adquirem conhecimento, diminui a ansiedade que sentem sobre o desconhecido. A literatura mostra que a adesão ao tratamento diminui a ansiedade⁽⁴⁷⁾.

As limitações deste estudo são as seguintes:

Viés de seleção: para reduzir este viés, todas as pacientes com biópsia positiva para o câncer de mama foram selecionadas consecutivamente durante o período do estudo. A consistência dos resultados com outros estudos semelhantes fornece validade externa.

Viés de informação: foram utilizados questionários validados com entrevistadores treinados para minimizar este viés.

Viés de confusão: para controlar o efeito de confusão das diferentes variáveis, foi utilizada uma análise multivariada com técnicas de regressão logística e foi estudada a presença de terceiras variáveis, como variáveis sociodemográficas e de comorbidade.

Este estudo fornece conhecimento sobre as características da doença e da comorbidade das pacientes, assim como informações sobre sua qualidade de vida e ansiedade no momento do diagnóstico e após o fim dos tratamentos. A identificação desses fatores nos permitirá começar iniciativas e intervenções que vão melhorar essa qualidade de vida e gerenciar a ansiedade adequadamente. A necessidade de uma abordagem multidisciplinar dessas pacientes é evidenciada pelas diferentes dimensões afetadas na qualidade de vida, em que diferentes profissionais de saúde poderiam colaborar para a sua melhoria. Os resultados de fatores que predizem as mudanças na qualidade de vida fornecem informações importantes para a prática clínica e devem ser utilizados para desenvolver diretrizes baseadas em evidências para o desenvolvimento de protocolos de acompanhamento do câncer de mama. Enfermeiras e outros profissionais da saúde envolvidos no cuidado de pacientes com câncer de mama devem avaliar as expectativas e as necessidades das sobreviventes de maneira individual e direcionar os cuidados adequadamente, já que a qualidade de vida e a ansiedade são, em grande parte, percepções individuais e subjetivas.

Conclusões

A qualidade de vida diminui em mulheres com baixo nível de escolaridade, outra comorbidade, que utilizam medicamentos ansiolíticos, que tiveram gravidezes anteriores e naquelas com retração do mamilo. A qualidade de vida medida antes e depois do tratamento mudou de maneira positiva e significativa nas seguintes dimensões: função emocional e perspectivas futuras. Por sua vez, as mudanças negativas ocorreram nas seguintes dimensões: função física, função funcional, fadiga, dor, dispneia, dificuldades financeiras, imagem corporal, sintomas de terapias sistêmicas e sintomas associados à mama e ao braço.

A ansiedade aumenta em mulheres casadas, que não trabalham, que fazem uso de medicamentos ansiolíticos, com inchaço da mama ou com câncer em estágios avançados. A ansiedade como estado e como traço diminui significativamente entre os períodos pré e pós-tratamento.

Este estudo identifica os problemas de saúde mais frequentes em mulheres com câncer de mama em nossa área. A necessidade de reforçar o tratamento, o apoio e a informação em dimensões como a emocional, a sexual e a da imagem corporal é destacada, o que por sua vez, dá suporte a iniciativas já colocadas em prática e conduzidas por profissionais de enfermagem e orienta o desenvolvimento de futuras intervenções.

Referencias

- Lemieux J, Goodwin PJ, Bordeleau LJ, Lauzier S, Theberge V. Quality-of-life measurement in randomized clinical trials in breast cancer: an updated systematic review (2001-2009). *J Natl Cancer Inst.* 2011;103(3):178-231. doi: 10.1093/jnci/djq508.
- Knobf MT. Clinical update: psychosocial responses in breast cancer survivors. *Semin Oncol Nurs.* 2011;27(3):e1-e14. doi: 10.1016/j.soncn.2011.05.001.
- Cowley L, Heyman B, Stanton M, Milner SJ. How women receiving adjuvant chemotherapy for breast cancer cope with their treatment: a risk management perspective. *J Adv Nurs.* 2000;31(2):314-21. doi: 10.1046/j.1365-2648.2000.01295.x
- Ganz PA, Greendale GA, Petersen L, Kahn B, Bower JE. Breast cancer in younger women: reproductive and late health effects of treatment. *J Clin Oncol.* 2003;21(22):4184-93. doi: 10.1200/JCO.2003.04.196
- Fafouti M, Paparrigopoulos T, Zervas Y, Rabavilas A, Malamos N, Liappas I, et al. Depression, anxiety and general psychopathology in breast cancer patients: a cross-sectional control study. *In Vivo.* 2010;24(5):803-10. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20952755>.
- Stafford L, Komiti A, Bousman C, Judd F, Gibson P, Mann GB, et al. Predictors of depression and anxiety symptom trajectories in the 24 months following diagnosis of breast or gynaecologic cancer. *Breast.* 2016;26:100-5. doi: 10.1016/j.breast.2016.01.008
- Marrs JA. Stress, fears, and phobias: the impact of anxiety. *Clin J Oncol Nurs.* 2006;10(3):319-22. doi: 10.1188/06.CJON.319-322
- Allard NC. Day surgery for breast cancer: effects of a psychoeducational telephone intervention on functional status and emotional distress. *Oncol Nurs Forum.* 2007;34(1):133-41. doi: 10.1188/07.ONF.133-141
- Strong V, Waters R, Hibberd C, Murray G, Wall L, Walker J, et al. Management of depression for people with cancer (SMaRT oncology 1): a randomised trial. *Lancet.* 2008;372(9632):40-8. doi: 10.1016/S0140-6736(08)60991-5
- Arving C, Sjoden PO, Bergh J, Lindstrom AT, Wasteson E, Glimelius B, et al. Satisfaction, utilisation and perceived benefit of individual psychosocial support for breast cancer patients--a randomised study of nurse versus psychologist interventions. *Patient Educ Couns.* 2006;62(2):235-43. doi: 10.1016/j.pec.2005.07.008
- Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis.* [Internet]. 1987 [cited Sep 24, 2017];40(5):373-83. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3558716>
- Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, Duez NJ, et al. 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.* [Internet]. 1993 [cited Sep 24, 2017];85(5):365-76. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8433390>
- Sprangers MA, Groenvold M, Arraras JI, Franklin J, te Velde A, Muller M, et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer breast cancer-specific quality-of-life questionnaire module: first results from a three-country field study. *J Clin Oncol.* 1996;14(10):2756-68. doi: 10.1200/JCO.1996.14.10.2756
- Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushore RE. State-Trait Anxiety Inventory/Self Evaluation Questionnaire [Internet]. Palo Alto, California 1970. [cited Sep 24, 2017]. Available from: <http://www.apa.org/pi/about/publications/caregivers/practice-settings/assessment/tools/trait-state.aspx>
- Brana-Marcos B, Carrera-Martinez D, De La Villa-Santovena M, Vegas-Pardavilla E, Avanzas Fernandez S, Gracia Corbato MT. [Breast cancer survivors: quality of life and prevailing diagnoses]. *Enferm Clin.* 2012;22(2):65-75. doi: 10.1016/j.enfcli.2011.10.004.
- Ng CG, Mohamed S, See MH, Harun F, Dahlui M, Sulaiman AH, et al. Anxiety, depression, perceived social support and quality of life in Malaysian breast cancer patients: a 1-year prospective study. *Health Qual Life Outcomes.* 2015;13(1):205. doi: 10.1186/s12955-015-0401-7.
- Scott N, Fayers P, Aaronson N. EORTC QLQ C-30. Reference Values [Internet]. Bruselas: EORTC; 2008. [cited Sep 24, 2017] Available from: http://groups.eortc.be/qol/sites/default/files/img/newsletter/reference_values_manual2008.pdf

18. Chu WO, Dialla PO, Roignot P, Bone-Lepinoy MC, Poillot ML, Coutant C, et al. Determinants of quality of life among long-term breast cancer survivors. *Qual Life Res.* 2016. doi: 10.1007/s11136-016-1248-z
19. Hamidou Z, Dabakuyo-Yonli TS, Guillemin F, Conroy T, Velten M, Jolly D, et al. Impact of response shift on time to deterioration in quality of life scores in breast cancer patients. *PLoS One.* 2014;9(5):e96848. doi: 10.1371/journal.pone.0096848.
20. Garcia EL, Banegas JR, Perez-Regadera AG, Cabrera RH, Rodriguez-Artalejo F. Social network and health-related quality of life in older adults: a population-based study in Spain. *Qual Life Res.* [Internet]. 2005 [cited Sep 24, 2017];14(2):511-20. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15892440>
21. Fernandes WC, Kimura M. Health related quality of life of women with cervical cancer. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* [Internet]. 2010 [cited Sep 24, 2017];18(3):360-7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20721424>
22. Janz NK, Mujahid M, Lantz PM, Fagerlin A, Salem B, Morrow M, et al. Population-based study of the relationship of treatment and sociodemographics on quality of life for early stage breast cancer. *Qual Life Res.* [Internet] 2005 [cited Sep 24, 2017];14(6):1467-79. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16110927>
23. Chang O, Choi EK, Kim IR, Nam SJ, Lee JE, Lee SK, et al. Association between socioeconomic status and altered appearance distress, body image, and quality of life among breast cancer patients. *Asian Pac J Cancer Prev.* [Internet]. 2014 [cited Sep 24, 2017];15(20):8607-12. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25374176>
24. Rakovitch E, Franssen E, Kim J, Ackerman I, Pignol JP, Paszat L, et al. A comparison of risk perception and psychological morbidity in women with ductal carcinoma in situ and early invasive breast cancer. *Breast Cancer Res Treat.* [Internet]. 2003 [cited Sep 24, 2017];77(3):285-93. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12602928>
25. Arraras JI, Manterola A, Asin G, Illarramendi JJ, Cruz Sde L, Ibanez B, et al. Quality of life in elderly patients with localized breast cancer treated with radiotherapy. A prospective study. *Breast.* 2016;26:46-53. doi: 10.1016/j.breast.2015.12.008.
26. Hsu T, Ennis M, Hood N, Graham M, Goodwin PJ. Quality of life in long-term breast cancer survivors. *J Clin Oncol.* 2013;31(28):3540-8. doi: 10.1200/JCO.2012.48.1903.
27. Engel J, Kerr J, Schlesinger-Raab A, Sauer H, Holzel D. Quality of life following breast-conserving therapy or mastectomy: results of a 5-year prospective study. *Breast J.* 2004;10(3):223-31. doi:10.1111/j.1075-122X.2004.21323.x
28. Engel J, Kerr J, Schlesinger-Raab A, Eckel R, Sauer H, Holzel D. Predictors of quality of life of breast cancer patients. *Acta Oncol.* [Internet] 2003 [cited Oct 11, 2016];42(7):710-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14690156>
29. Jorge LL, da Silva SR. Evaluation of the quality of life of gynecological cancer patients submitted to antineoplastic chemotherapy. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* [Internet]. 2010 [cited Oct 11, 2016];18(5):849-55. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21120402>
30. Salonen P, Kellokumpu-Lehtinen PL, Tarkka MT, Koivisto AM, Kaunonen M. Changes in quality of life in patients with breast cancer. *J Clin Nurs.* 2011;20(1-2):255-66. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03422.x.
31. Adjuvant Breast Cancer Trials Collaborative G. Polychemotherapy for early breast cancer: results from the international adjuvant breast cancer chemotherapy randomized trial. *J Natl Cancer Inst.* 2007;99(7):506-15. doi:10.1093/jnci/djk108
32. Montazeri A, Vahdaninia M, Harirchi I, Ebrahimi M, Khaleghi F, Jarvandi S. Quality of life in patients with breast cancer before and after diagnosis: an eighteen months follow-up study. *BMC Cancer.* 2008;8:330. doi: 10.1186/1471-2407-8-330
33. Jun EY, Kim S, Chang SB, Oh K, Kang HS, Kang SS. The effect of a sexual life reframing program on marital intimacy, body image, and sexual function among breast cancer survivors. *Cancer Nurs.* 2011;34(2):142-9. doi: 10.1097/NCC.0b013e3181f1ab7a
34. Lehto US, Ojanen M, Kellokumpu-Lehtinen P. Predictors of quality of life in newly diagnosed melanoma and breast cancer patients. *Ann Oncol.* 2005;16(5):805-16. doi: <https://doi.org/10.1093/annonc/mdj>
35. Avis NE, Crawford S, Manuel J. Quality of life among younger women with breast cancer. *J Clin Oncol.* 2005;23(15):3322-30. doi: 10.1200/JCO.2005.05.130
36. Kramer JA, Curran D, Piccart M, de Haes JC, Bruning PF, Klijn JG, et al. Randomised trial of paclitaxel versus doxorubicin as first-line chemotherapy for advanced breast cancer: quality of life evaluation using the EORTC QLQ-C30 and the Rotterdam symptom checklist. *Eur J Cancer.* 2000;36(12):1488-97. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0959-8049\(00\)00134-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0959-8049(00)00134-9)
37. Burgess C, Cornelius V, Love S, Graham J, Richards M, Ramirez A. Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *Bmj.* 2005;330(7493):702. doi: 10.1136/bmj.38343.670868.D3
38. Dastan NB, Buzlu S. Psychoeducation intervention to improve adjustment to cancer among Turkish stage I-II breast cancer patients: a randomized controlled

- trial. *Asian Pac J Cancer Prev.* [Internet] 2012 [cited Oct 11, 2016];13(10):5313-8. Available from: <http://journal.waocp.org/?sid=Entrez:PubMed&id=pmid:23244155&key=2012.13.10.5313>
39. Schreier AM, Williams SA. Anxiety and quality of life of women who receive radiation or chemotherapy for breast cancer. *Oncol Nurs Forum.* 2004;31(1):127-30. doi: 10.1188/04.ONF.127-130
40. Abu-Helalah M, Al-Hanaqta M, Alshraideh H, Abdulbaqi N, Hijazeen J. Quality of life and psychological well-being of breast cancer survivors in Jordan. *Asian Pac J Cancer Prev.* [Internet]. 2014 [cited Oct 11, 2016];15(14):5927-36. Available from: <http://journal.waocp.org/?sid=Entrez:PubMed&id=pmid:25081724&key=2014.15.14.5927>
41. Jassim GA, Whitford DL. Quality of life of Bahraini women with breast cancer: a cross sectional study. *BMC Cancer.* 2013;13:212. doi: 10.1186/1471-2407-13-212
42. Ganesh S, Lye MS, Lau FN. Quality of Life among Breast Cancer Patients In Malaysia. *Asian Pac J Cancer Prev.* [Internet]. 2016 [cited Oct 11, 2015];17(4):1677-84. Available from: <http://journal.waocp.org/?sid=Entrez:PubMed&id=pmid:27221837&key=2016.17.4.1677>
43. Saleha S, Shakeel A, Shumaila E. An assessment of quality of life in breast cancer patients using EORTC QLQ C30/+Br23 Questionnaire. *Iranian J Cancer Prev.* [Internet] 2010 [cited Oct 11, 2016]. p. 98-104. Available from: <http://journals.sbmu.ac.ir/cp/article/view/2983>
44. Stafford L, Judd F, Gibson P, Komiti A, Mann GB, Quinn M. Screening for depression and anxiety in women with breast and gynaecologic cancer: course and prevalence of morbidity over 12 months. *Psychooncology.* 2013;22(9):2071-8. doi: 10.1002/pon.3253.
45. Andrykowski MA, Cordova MJ, McGrath PC, Sloan DA, Kenady DE. Stability and change in posttraumatic stress disorder symptoms following breast cancer treatment: a 1-year follow-up. *Psychooncology.* [Internet]. 2000 [cited Oct 11, 2016];9(1):69-78. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10668061>
46. Speck RM, Gross CR, Hormes JM, Ahmed RL, Lytle LA, Hwang WT, et al. Changes in the Body Image and Relationship Scale following a one-year strength training trial for breast cancer survivors with or at risk for lymphedema. *Breast Cancer Res Treat.* 2010;121(2):421-30. doi: 10.1007/s10549-009-0550-7.
47. Tuncer G, Yucel SC. Comfort and anxiety levels of women with early stage breast cancer who receive radiotherapy. *Asian Pac J Cancer Prev.* [Internet]. 2014 [cited Oct 11, 2016];15(5):2109-14. Available from: <http://journal.waocp.org/?sid=Entrez:PubMed&id=pmid:24716942&key=2014.15.5.2109>

Recebido: 12.06.2017

Aceito: 30.08.2017

Correspondencia:
Raquel Rey Villar
University of A Coruña
As Xubias s/n.
Campus Universitario de Oza
CEP:15006, A Coruña, C, Spain
E-mail: rreyvil@gmail.com

Copyright © 2017 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.