



Qualidade de vida de mulheres com câncer mamário submetidas à quimioterapia

Quality of life of women with breast cancer undergoing chemotherapy

Edianne Sílvia Lustosa Cesar¹, Inez Sampaio Nery¹, Államy Danilo Moura e Silva¹, Juliana Teixeira Nunes¹, Ana Fátima Carvalho Fernandes²

Objetivo: analisar a qualidade de vida de mulheres com câncer mamário submetidas à quimioterapia. **Métodos:** estudo transversal com 76 mulheres. Foram utilizados os *European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire-30* e *Supplementary Questionnaire Breast Cancer Module*. **Resultados:** houve fraca correlação entre variáveis sociodemográficas e clínicas com domínios de Qualidade de Vida. Os melhores escores foram mulheres de 49 a 51 anos, casadas, pardas, melhor escolaridade e trabalho formal. Os sintomas menos referidos foram: Inchaço no seio doente (84,2%), Vômitos (81,6%); Falta de ar (80,3%). **Conclusão:** a saúde geral apresentou média considerada satisfatória, o que sugere boa qualidade de vida no *European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire-30*. Entretanto, os domínios Funcional e de Sintomas, medidos pelo questionário *Supplementary Questionnaire Breast Cancer Module*, foram negativamente influenciados pela idade avançada e maiores ciclos de quimioterapia. **Descritores:** Neoplasias da Mama; Qualidade de Vida; Tratamento Farmacológico; Cuidados de Enfermagem.

Objective: to analyze the quality of life of women with breast cancer undergoing chemotherapy. **Methods:** a cross-sectional study with 76 women. We used the *European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire-30* and *Supplementary Questionnaire Breast Cancer Module*. Results: there was a low correlation between socio-demographic and clinical variables with the quality of life domains. The best scores corresponded to women from 49 to 51 years old, married, dark-skinned, better schooling and formal work. The least mentioned symptoms were: Swollen breast (84.2%), Vomiting (81.6%); Shortness of breath (80.3%). Conclusion: general health presented satisfactory average, which suggests a good quality of life according to the *European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire-30*. However, the Functional and Symptoms domains, as measured by *Supplementary Questionnaire Breast Cancer Module*, were negatively influenced by old age and larger cycles of chemotherapy. **Descriptors:** Breast Neoplasms; Quality of Life; Drug Therapy; Nursing Care.

¹Universidade Federal do Piauí. Teresina, PI, Brasil.

²Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil.

Autor correspondente: Államy Danilo Moura e Silva
Rua Jacob Martins, 280 - Parque São João, CEP: 64020-900, Teresina, PI, Brasil. E-mail: allamydanilo@hotmail.com

Introdução

O câncer de mama é considerado agravo de grande impacto na saúde pública, sendo a primeira causa de morte por câncer; e com crescentes índices de mortalidade e incidência na população do sexo feminino⁽¹⁾. No Brasil, o Instituto Nacional de Câncer estima para o ano de 2017 cerca de 57.960 casos novos de câncer mamário em mulheres, números que correspondem à taxa bruta de incidência de 56,2 casos para cada 100.000 habitantes⁽²⁾.

Se diagnosticado e tratado em estágios iniciais, o câncer de mama tem bom prognóstico⁽³⁾. Geralmente, o tratamento das neoplasias mamárias requer a combinação de vários métodos, como o cirúrgico e a radioterapia, descritos como formas terapêuticas localizadas; e entre as modalidades sistêmicas encontram-se os tratamentos farmacológicos e a terapia biológica, que aumentam a possibilidade de cura, diminuem as perdas anatômicas, preservam a estética e a função dos órgãos comprometidos⁽⁴⁾.

O tratamento farmacológico com quimioterapia é uma das principais modalidades para cura, controle e minimização do agravo. No entanto, gera efeitos nocivos, que variam de qualidade e intensidade, dificulta a sua aceitação e ameaça o bem-estar dos pacientes⁽⁵⁾. Entre os efeitos colaterais dessa modalidade, a imunossupressão, as náuseas, os vômitos, a alopecia, os efeitos tóxicos renais, cardiovasculares, pulmonares, neurológicos e o desequilíbrio hidroeletrólítico são os principais responsáveis pelo aumento da debilidade dos pacientes⁽⁶⁾.

Além dos efeitos físicos, ressalta-se também a influência do tratamento quimioterápico sobre o estado psicológico da mulher, afetando sua autoestima, sexualidade, imagem corporal, estado de humor, relações familiares e sociabilidade⁽⁷⁾. Assim, a paciente experimenta desconfortos físicos, psicoemocionais, espirituais, econômicos e sociais, o que interfere diretamente na qualidade de vida. Logo, analisar a qualidade de vida de uma pessoa é buscar, por esses parâmetros, qualificar seu bem-estar⁽⁸⁾.

Nessa perspectiva, frente às características epidemiológicas que sugerem os impactos da neoplasia mamária nas mulheres, tem se percebido um vasto interesse na monitorização da qualidade de vida da paciente em quimioterapia, buscando medir os efeitos colaterais induzidos pelo tratamento e desenvolvendo terapias que estimulem uma melhor adaptação à doença, ao tratamento oncológico e cuidados de enfermagem⁽⁹⁾.

Ao considerar os efeitos produzidos pela quimioterapia no bem-estar geral da mulher com câncer mamário, assim como fatores contribuintes para o aumento da desistência e abandono do tratamento, a qualidade de vida dessas mulheres emergiu como objeto de pesquisa, a partir da questão norteadora: Como se dá a qualidade de vida de mulheres com câncer de mama durante o tratamento com quimioterapia?

O estudo teve como objetivo analisar a qualidade de vida de mulheres com câncer mamário submetidas à quimioterapia.

Métodos

Estudo transversal, realizado de outubro a dezembro de 2015, no Setor de Quimioterapia de um hospital filantrópico referência em tratamento oncológico no Estado do Piauí, Região Nordeste do Brasil, que atende pessoas por meio do Sistema Único de Saúde e convênios particulares.

Utilizou-se como critério amostral o método não probabilístico de seleção não intencional por conveniência. Foram incluídas mulheres que possuíam diagnóstico médico de neoplasia mamária e estavam em tratamento ambulatorial com medicação antineoplásica. O critério de exclusão foi possuir diagnóstico de alguma condição degenerativa, neurológica e/ou fonética que impossibilitasse o diálogo consistente. Foi obtida a amostra de 76 mulheres.

A coleta dos dados foi realizada durante nove semanas por meio de entrevista semiestruturada com perguntas fechadas e dados secundários. O formulário utilizado era dividido duas partes. A primeira com-

posta por dados sociodemográficos e clínicos: faixa etária; estado civil; cor; escolaridade; religião; tipo de trabalho; renda familiar; tempo de diagnóstico; número de ciclos e tratamento anterior.

A segunda parte era formada pelos seguintes instrumentos: *European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire - 30* (EORTC QLQ-C30), multidimensional e autoadministrável, o qual avalia a qualidade de vida em pacientes com câncer em 30 perguntas sobre os sintomas que ocorreram nas duas semanas anteriores divididos nos domínios saúde global, funcional e sintomas; e o *Supplementary Questionnaire Breast Cancer Module*, específico para avaliar pacientes com câncer de mama tratado ou em tratamento composto por 23 questões que complementam o questionário geral e dividido nos domínios funcional e sintomas. Os instrumentos internacionais foram devidamente validados para a população brasileira em estudo realizado com 100 mulheres com câncer de mama e idade entre 27 e 90 anos⁽¹⁰⁾.

Por seguinte, foram analisadas a frequência e intensidade dos sintomas como efeitos colaterais relacionados ao tratamento com quimioterapia. O banco de dados foi analisado no programa do *software Statistical Package for Social Science* versão 20.0 para operações de gerenciamento definitivo, como a criação de variáveis novas; categorização definitiva das variáveis em intervalo; e análise dos dados. O formulário de qualidade de vida foi avaliado pelo teste Kolmogorov-Smirnov para verificar a aderência dos domínios à distribuição normal. Como os dados seguiram tendência de normalidade, foram utilizados testes paramétricos.

Para cada domínio do instrumento, foi verificado o alfa de Cronbach, a fim de identificar a adequação do mesmo à realidade estudada. Na análise descritiva, foram calculados a média dos escores e o desvio padrão, e o teste paramétrico Análise de Variância comparou os domínios dos instrumentos utilizados com

os dados sociodemográficos e clínicos. Todas as médias dos escores foram transformadas em uma escala de zero a cem pontos, conforme o manual da *European Organization for Research and Treatment of Cancer*, em que zero representa o pior qualidade de vida e cem, o melhor estado de saúde com exceção das escalas de sintomas, nas quais o maior escore representa mais sintomas. A análise pelo teste *t de Student* para amostras independentes foi realizada para avaliar as variáveis quantitativas e categóricas, e verificar se os resultados obtidos foram estatisticamente significativos ($p \leq 0,05$).

O estudo respeitou as exigências formais contidas nas normas nacionais e internacionais regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Resultados

A associação das variáveis sociodemográficas e clínicas aos domínios de qualidade de vida dos instrumentos aplicados evidenciou correlação fraca. A Tabela 1 mostra as variáveis sociodemográficas, no domínio Saúde Global, com melhores escores de qualidade de vida as mulheres de 41 a 59 anos (78,0), casadas (78,0), cor preta (90,4), Ensino Médio (86,4), não católicas (79,0), trabalho formal (79,0) e renda familiar de dois a quatro salários mínimos (83,3).

Os melhores escores sociodemográficos para o domínio Funcional foram apresentados pelas participantes de 60 a 80 anos (75,2), casadas ou em união estável (69,5), cor amarela (80,4), analfabetas (75,5), católicas (68,4), com trabalho formal (70,8) e renda familiar de dois a quatro salários mínimos (76,3). O domínio dos Sintomas de qualidade de vida obteve melhores médias entre as mulheres cuja faixa etária era de 60 a 80 anos (23,4), casadas ou em união estável (28,0), cor amarela (19,2), analfabetas (29,3), católicas (29,4), com trabalho formal (27,1) e renda familiar de dois a quatro salários mínimos (25,1) (Tabela 1).

Tabela 1 - Associação das variáveis sociodemográficas aos domínios de Qualidade de Vida segundo o instrumento *European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire* - 30

Variáveis	n	Domínio	Domínio	Domínio
		Saúde Global	Funcional	Sintomas
		Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)
Faixa etária (anos)*				
20-40	10	73,3 (17,0)	61,1 (24,0)	32,3 (20,2)
41-59	48	78,0 (23,3)	66,3 (21,4)	31,7 (20,0)
60-80	18	75,5 (26,1)	75,2 (13,1)	23,4 (14,0)
Valor de p		0,821	0,160	0,255
Estado civil*				
Solteira	10	72,5 (31,9)	62,0 (22,3)	29,7 (20,2)
Casada	45	78,0 (19,9)	69,5 (19,0)	28,0 (17,5)
Divorciada	10	76,7 (21,4)	64,7 (23,2)	29,7 (20,9)
Viúva	11	75,8 (30,2)	68,5 (23,5)	37,1 (22,2)
Valor de p		0,926	0,716	0,577
Cor*				
Branca	17	70,6 (30,4)	65,9 (24,3)	32,0 (24,5)
Preta	13	90,4 (13,6)	73,7 (11,5)	25,8 (11,2)
Parda	40	74,2 (22,1)	64,7 (21,7)	31,7 (18,8)
Amarela	6	81,9 (11,1)	80,4 (4,0)	19,2 (12,4)
Valor de p		0,085	0,222	0,382
Escolaridade*				
Analfabeta	07	78,6 (17,3)	75,5 (15,8)	29,3 (15,0)
Ensino Fundamental	49	74,7 (26,4)	65,5 (21,3)	31,7 (19,6)
Ensino Médio	11	86,4 (15,9)	68,9 (17,5)	27,7 (18,6)
Ensino Superior	9	75,0 (11,8)	72,4 (22,3)	22,2 (18,5)
Valor de p		0,502	0,561	0,562
Religião**				
Católica	55	75,9 (23,5)	68,4 (20,4)	29,4 (18,9)
Não católica	21	79,0 (22,5)	65,9 (20,8)	30,8 (19,3)
Valor de p		0,608	0,635	0,783
Tipo de Trabalho*				
Trabalho formal	25	79,0 (20,6)	70,8 (18,4)	27,1 (16,4)
Trabalho informal	19	73,7 (21,9)	64,6 (19,3)	33,5 (16,8)
Dor lar	32	76,8 (26,0)	67,3 (22,7)	29,7 (21,8)
Valor de p		0,757	0,605	0,543
Renda familiar* (Salário Mínimo***)				
<2	61	76,8 (23,9)	66,2 (20,8)	30,8 (18,5)
2-4	9	83,3 (11,8)	76,3 (15,9)	25,1 (17,4)
4-10	6	66,6 (27,4)	71,1 (21,8)	26,5 (26,3)
Valor de p		0,397	0,352	0,635

*Teste ANOVA; ** teste t de Student. ***Salário mínimo (R\$ 788,00). DP: Desvio Padrão

Nas variáveis clínicas, as mulheres diagnosticadas com tempo menor que 1 ano atrás (77,9) e entre 2 a 4 anos (78,9) apresentaram os melhores escores do domínio Saúde Global para a variável tempo de diagnóstico. Quanto ao número de ciclos de quimioterapia, os resultados mais positivos foram das participantes com menor número, de 1 a 4 ciclos (84,5). Outras categorias foram 5 a 8 (71,4) e de 9 a 18 (74,0) ciclos. Ao analisar a questão ter realizado tratamento para o câncer da mama anteriormente, 52 mulheres disseram que sim e 24 responderam não, destas, os melhores escores foram para as que não realizaram tratamento anterior (80,1).

No domínio Funcional, ao mensurar a qualidade de vida com o tempo de diagnóstico percebeu-se os melhores resultados para menor tempo de diagnóstico (69,8), além dos achados quanto ao tempo de diagnóstico entre 2 e 4 anos atrás (67,2) e mais de 4 anos (61,4). Os valores dos escores ao analisar o número de ciclos de quimioterapia foram de 1 a 4 (69,5), 5 a 8 (68,2) e 9 a 18 (63,8) ciclos. As mulheres que não realizaram (72,5) tratamento anterior obtiveram melhor resultado nesta questão. O domínio de Sintomas apresentou melhores escores para o menor tempo de diagnóstico (26,3) e as que não realizaram tratamento prévio (25,5).

A associação das variáveis sociodemográficas aos domínios de qualidade de vida, segundo o instrumento específico para câncer de mama, *Supplementary Questionnaire Breast Cancer Module*, também evidenciou baixa correlação. Os maiores escores para o domínio Funcional foram apresentados pelas mulheres de faixa etária entre 60 e 80 anos (49,9), solteiras (55,6), cor amarela (54,5), analfabetas (53,7), católicas (46,9), com ocupação do lar (52,5) e renda familiar de dois a quatro salários mínimos (57,7). No domínio dos Sintomas, as participantes com faixa etária de 60 a 80 anos (31,9), solteiras (28,9), cor parda (27,6), Ensino Superior (26,4), não católicas (32,9), com trabalho formal (32,6) e renda familiar de quatro a dez salários mínimos (25,0), apresentaram os melhores escores para qualidade de vida

A Tabela 2 demonstra a associação das variáveis clínicas aos domínios de qualidade de vida, de acordo com o instrumento específico *Supplementary Questionnaire Breast Cancer Module*. Ao analisar o domínio Funcional, as melhores médias foram das mulheres que receberam o diagnóstico há mais de 4 anos (51,7), com menor número de ciclos de quimioterapia (51,1) e que não realizaram tratamento anterior para a neoplasia de mama (50,4).

No domínio de Sintomas, os melhores escores foram para o menor tempo de diagnóstico (31,4), que estavam realizando entre o quinto e o oitavo ciclo de quimioterapia (31) e que não receberam qualquer outro tratamento anterior para o câncer de mama (31,9) (Tabela 2).

Tabela 2 - Associação das variáveis clínicas aos domínios de Qualidade de Vida segundo o instrumento *Supplementary Questionnaire Breast Cancer Module*

Variáveis	n	Domínio Funcional	Domínio Sintomas
		Média (DP)	Média (DP)
Tempo de diagnóstico (anos)*			
≤1	46	47,5 (25,8)	31,4 (20,8)
2-4	17	45,9 (21,4)	38,1 (20,1)
≥4	13	51,7 (20,8)	34,8 (16,8)
Valor de p		0,800	0,487
Número de ciclos*			
1-4	28	51,1 (24,1)	34,4 (19,5)
5-8	32	45,9 (22,5)	31,0 (19,6)
9-18	16	46,1 (27,0)	36,8 (22,1)
Valor de p		0,663	0,614
Tratamento anterior**			
Sim	52	46,7 (22,7)	34,2 (20,7)
Não	24	50,4 (26,6)	31,9 (18,5)
Valor de p		0,533	0,646

*Teste ANOVA; ** teste t de Student; DP: Desvio Padrão

O perfil clínico das participantes evidenciou que mais da metade da amostra obteve o diagnóstico do câncer de mama há menos de um ano e utilizavam, predominantemente, o paclitaxel e trastuzumabe, estavam entre o quinto e o oitavo ciclo de quimioterapia e realizaram cirurgia como tratamento anterior.

A Tabela 3 apresenta a frequência e a intensidade dos efeitos colaterais ao tratamento. Infere-se que a ausência dos sintomas é um dos parâmetros para a melhor qualidade de vida, assim, as queixas menos referidas pelas mulheres durante os ciclos de quimioterapia foram: Inchaço na área do seio doente (84,2%), Vômitos (81,6%); Falta de ar (80,3%) e Diarreia (78,9%).

Tabela 3 - Distribuição da frequência e intensidade dos efeitos colaterais relacionados ao tratamento na amostra em estudo

Sintomas	Não	Pouco	Moderado	Muito	Não se aplica
	%	%	%	%	%
Falta de ar	80,3	14,5	3,9	1,3	-
Dor	38,2	26,3	11,8	23,7	-
Necessidade de repouso	34,2	22,4	19,7	23,7	-
Problemas para dormir	42,1	15,8	14,5	27,6	-
Fraqueza	44,7	21,1	13,2	21,1	-
Falta de apetite	51,3	25,0	6,6	17,1	-
Enjoos	48,7	25,0	5,3	21,1	-
Vômitos	81,6	13,2	1,3	3,9	-
Prisão de ventre	69,7	14,5	3,9	11,8	-
Diarreia	78,9	14,5	0,0	6,6	-
Cansaço	56,6	27,6	9,2	6,6	-
Boca seca	32,9	22,4	11,8	32,9	-
Alterações de paladar	38,2	23,7	9,2	28,9	-
Sintomas oculares	52,6	18,4	7,9	21,1	-
Queda de cabelo	57,9	6,6	2,6	32,9	-
Se houve queda de cabelo, nível de incômodo	26,3	7,9	10,5	44,7	55,3
Indisposição	42,1	22,4	19,7	15,8	-
Arrepios de calor	35,5	15,8	15,8	32,9	-
Dor de cabeça	59,2	14,5	9,2	17,1	-
Dores no braço ou no ombro	43,4	19,7	13,2	23,7	-
Inchaço no braço ou no ombro	76,3	11,8	3,9	7,9	-
Dificuldade para movimentar o braço	60,5	14,5	11,8	13,2	-
Dores na área do seio doente	46,1	25,0	15,8	13,2	-
Inchaço na área do seio doente	84,2	2,6	3,9	9,2	-
Sensibilidade na área do seio doente	43,4	22,4	9,2	25,0	-
Problemas de pele	44,7	14,5	10,5	30,3	-

A análise descritiva e a consistência interna do instrumento EORTC QLQ-C30 demonstrou que o domínio Funcional apresentou a melhor conexão (0,90), seguido pelo de Sintomas (0,87). Todos os escores demonstraram boa média de qualidade de vida, pois, na Saúde Geral e Funcional, quanto maior a pontuação, melhor a qualidade de vida. Já no domínio de Sintomas, quanto maior a pontuação, maior a quantidade de sintomas e, conseqüentemente, pior a qualidade de vida. No formulário específico *Supplementary Questionnaire Breast Cancer Module*, a média do escore do domínio Funcional foi 47,9, representando uma média baixa de qualidade de vida, e o de Sintomas foi 33,5.

Discussão

As limitações estão relacionadas ao tamanho reduzido da amostra e à execução em um único setor de oncologia, que detém maior demanda de pacientes no estado do Piauí. Poranto, os resultados não podem ser generalizados. A questão norteadora poderá ser abordada em novas pesquisas, considerando que o desenho transversal não permite estabelecer relações de causa e efeito.

Considera-se que a idade tem forte ligação com a função emocional, assim como é um fator que influencia na qualidade de vida, cujos escores de funções física e sexual diminuíram com o aumento da idade⁽¹¹⁻¹²⁾. Em contrapartida, o estudo não apresentou correlação relevante entre a faixa etária e os domínios de qualidade de vida e, ainda, evidenciou aumento nos escores do domínio Funcional, assim como no Global e de Sintomas, alcançando melhores escores com o aumento da idade.

O período de descoberta do diagnóstico foi evidenciado como influente na qualidade de vida⁽¹³⁾. Entre as mulheres deste estudo, o tempo de diagnóstico mostrou que quanto mais anos de descoberta da doença melhores os escores dos domínios Funcional e Sintomas do EORTC QLQ-C30, em contraposição aos achados no questionário geral.

Com relação à realização de tratamento ante-

rior para o câncer de mama, este estudo demonstrou que os melhores escores para todos os domínios de qualidade de vida foram alcançados pelas participantes que não realizaram qualquer tipo de tratamento prévio, ao contrário do que aponta a literatura, sobre a boa evolução em determinadas escalas dos domínios Funcionais e Sintomas, como no apetite e na constipação. No entanto, estudo destaca que escores relacionados à imagem corporal, função social e diarreia pioram com a cirurgia total da mama e radioterapia, demonstrando divergências nos resultados de correlação desse procedimento com a qualidade de vida⁽¹²⁾.

As participantes que realizaram menos ciclos de quimioterapia, entre um e cinco, foram as que apresentaram melhores níveis de qualidade de vida em geral, corroborando os resultados existentes na literatura, os quais mostram que pacientes com mais de seis sessões do tratamento obtiveram déficit na função emocional e aumento na escala de sintomas⁽¹³⁾.

Neste estudo, os tratamentos adjuvantes afetaram as pacientes com câncer de mama nas atividades de vida diária e na sintomatologia como dor, edema e vômitos, conforme observados nos escores Funcional e de Sintomas. As toxicidades das drogas quimioterápicas administradas, relacionadas a não especificidade celular, podem gerar efeitos como dor, cansaço, vômitos, além de anorexia, dificultando a realização das atividades diárias⁽¹⁴⁾. Estudo verificou que os tratamentos adjuvantes associam-se com diminuição da qualidade de vida geral, função física, ansiedade e imagem corporal e aumento de fadiga, dispnéia, dor, náusea e vômito e constipação⁽¹⁵⁾.

Em outra pesquisa, nas escalas de Sintomas, predominou a insônia, seguida pela dor, fadiga, perda de apetite, constipação, náusea e vômito e dispnéia, enquanto que a diarreia foi o sintoma menos frequente⁽¹¹⁾. Neste estudo, o sintoma intestinal foi confirmado como de pouca incidência na população, no entanto, não houve sintomatologia predominantemente citada como presente em grande intensidade na população.

Quanto aos sintomas de mama e braço, estudo mostra que em pacientes com linfedema há diminuição

na intensidade, quantidade e tempo dedicados às atividades antes praticadas, como exposição ao sol e atividades físicas, devido ao desconforto social associado ao aumento do volume do membro e do seio, o que interfere diretamente na qualidade de vida⁽¹⁶⁾. Neste estudo, foram observadas boas condições gerais quanto aos sintomas relacionados ao membro e ao braço, apesar de não encontrar relação significativa com a qualidade de vida da população estudada.

Estudos mostram mudanças significantes em várias dimensões da qualidade de vida de pacientes com câncer de mama^(12,15). Por exemplo, pesquisa evidenciou que nas escalas dos domínios funcionais (funções física, cognitiva, social e desempenho de papel) as médias variam de 60,23 a 66,00, indicando nível regular a satisfatório e, na função emocional, a média encontrada foi de 45,69, o que mostra que as pacientes sentiram-se preocupadas, deprimidas, tensas e/ou irritadas⁽¹¹⁾.

Com relação às drogas antineoplásicas, as pacientes que realizaram mais de seis sessões apresentaram déficit na função emocional e aumento no escore de Sintomas (indicando mais sintomas presentes) para dispneia⁽¹¹⁾. É notório que a quimioterapia adjuvante causa déficit no domínio Saúde Global⁽¹⁴⁾.

Não há consenso na literatura sobre a melhor condição de saúde dos pacientes com câncer de mama durante o tratamento adjuvante. Verificou-se que a qualidade de vida geral, funções desempenhadas e a presença de sintomas são diferentes em cada realidade de vida das pacientes^(1,15,17). Assim, observa-se que a qualidade de vida piora durante o tratamento, no entanto, outras pesquisas também mostraram que, com o decorrer do tempo, muitos pacientes conseguem reestabelecer as suas atividades e, com o amadurecimento e apoio recebido, apresentam melhoras progressivas dos sintomas e das funções desempenhadas^(11,17).

Reitera-se que os resultados apresentados neste estudo devem ser interpretados com cautela, devido às limitações encontradas. Entretanto, por se

constatar que pacientes com câncer de mama em tratamento quimioterápico apresentaram prejuízos nos domínios da qualidade de vida, torna-se necessário investigar quais medidas podem ser utilizadas para prevenir os agravos decorrentes do tratamento e auxiliar na melhora da assistência e bem-estar dessas mulheres. Assim, estudos ainda devem ser realizados para utilizar a qualidade de vida como indicador no julgamento clínico de doenças e seus impactos, e propor soluções para a melhoria dos domínios afetados e aperfeiçoamento da assistência à saúde.

Os resultados poderão contribuir para os serviços de saúde em oncologia a fim de sensibilizar para a ampliação dos cuidados aos pacientes por meio da assistência integral e não apenas do tratamento medicamentoso. O profissional da saúde precisa estar habilitado com perícia nessa área específica, o que exige estudo, humanização e autonomia, ao atuarem no acompanhamento clínico, apoio emocional e cuidado holístico dos pacientes.

Conclusão

A Saúde Geral apresentou média considerada satisfatória, o que sugere boa qualidade de vida no *European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire - 30*. Entretanto, os domínios Funcional e de Sintomas, medidos pelo questionário *Supplementary Questionnaire Breast Cancer Module*, foram negativamente influenciados pela idade avançada e maiores ciclos de quimioterapia.

Colaborações

Cesar ESL, Silva ADM e Nunes JT contribuíram na concepção e projeto, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual. Nery IS e Fernandes AFC contribuíram na aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Rodrigues JD, Cruz MS, Paixão AN. Uma análise da prevenção do câncer de mama no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015; 20(10):3163-76. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152010.20822014>
2. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. *Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: Inca; 2015.
3. Moura JR, Baía Júnior WC. Fator prognóstico da idade no câncer de mama. *Rev Bras Mastol*. 2013; 23(3):81-6. doi: <http://dx.doi.org/10.5327/Z0104-8058201300030004>
4. Bezerra KB, Silva DSM, Chein MBC, Ferreira PR, Maranhão JKP, Ribeiro NL, et al. Qualidade de vida de mulheres tratadas de câncer de mama em uma cidade do nordeste do Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013; 18(7):1933-41. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000700008>.
5. Schlosser TCM, Ceolim MF. Quality of life of cancer patients during the chemotherapy period. *Texto Contexto Enferm*. 2012; 21(3):600-7. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000300015>
6. Courneya KS, Vallance JK, Culos-Reed SN, McNeely ML, Bell GJ, Mackey JR, et al. The Alberta moving beyond breast cancer (AMBER) cohort study: a prospective study of physical activity and health-related fitness in breast cancer survivors. *BMC Cancer*. 2012; 12(1):525. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2407-12-525>
7. Zou Z, Hu J, McCoy TP. Quality of life among women with breast cancer living in Wuhan, China. *Int J Nurs Sci*. 2014; 1(1): 79-88. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnss.2014.02.021>
8. Almeida MAB. *Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas, de pesquisa*. São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades – EACH/USP; 2012. Disponível em: http://each.uspnet.usp.br/edicoes-each/qualidade_vida.pdf
9. Dallabrida AF, Loro MML, Rosanelli CLSP, Souza MM, Gomes JS, Kolankiewicz ACB. Quality of life of women undergoing treatment for cervical cancer. *Rev Rene* 2014; 15(1):116- 22. doi: <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2014000100015>
10. Michels FAS, Latorre MRDO, Maciel MS. Validity, reliability and understanding of the EORTC-C30 and EORTC-BR23, quality of life questionnaires specific for breast cancer. *Rev Bras Epidemiol*. 2013; 16(2):352-63. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2013000200011>
11. Kang KD, Bae S, Kim HJ, Hwang IG, Kim SM, Han DH. The relationship between physical activity intensity and mental health status in patients with breast cancer. *J Korean Med Sci*. 2017; 32(8):1345-50. doi: <http://dx.doi.org/10.3346/jkms.2017.32.8.1345>
12. Jassim GA, Whitford DL. Understanding the experiences and quality of life issues of Bahraini women with breast cancer. *Soc Sci Med*. 2014; 107: 189-95. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.01.031>
13. Silva S, Crespo C, Canavarro MC. Pathways for psychological adjustment in breast cancer: a longitudinal study on coping strategies and posttraumatic growth. *Psychol Health*. 2012; 27(11):1323-41. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/08870446.2012.676644>
14. Lôbo SA, Fernandes AFC, de Almeida PC, Carvalho CML, Sawada NO. Quality of life in women with breast cancer undergoing chemotherapy. *Acta Paul Enferm*. 2014; 27(6):554-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400090>
15. Gavric Z. Quality of life of women with breast cancer-emotional and social aspects. *Am J Cancer Prev [Internet]*. 2015 [cited 2017 Sept 13]; 3(1):13-8. Available from: <http://pubs.sciepub.com/ajcp/3/1/4/>
16. Tuncay T. Coping and quality of life in Turkish women living with ovarian cancer. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2014; 15(9):4005-12. doi: <http://dx.doi.org/10.7314/APJCP.2014.15.9.4005>
17. Bagheri M, Mazaheri M. Body image and quality of life in female patients with breast cancer and healthy women. *J Midwifery Reprod Health*. 2015; 3(1):285-92. doi: <http://dx.doi.org/10.22038/JMRH.2015.3584>