



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE ENFERMAGEM

CARLA JANNY NUNES DE ABREU

QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA

São Luís

2017

CARLA JANNY NUNES DE ABREU

QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à banca de defesa do Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Dra Ana Hélia de Lima Sardinha.

São Luís

2017

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Abreu, Carla Janny Nunes de.
Qualidade de vida de mulheres com cancer de mama /
Carla Janny Nunes de Abreu. - 2017.
64 f.

Orientador(a): Ana Helia de Lima Sardinha.
Monografia (Graduação) - Curso de Enfermagem,
Universidade Federal do Maranhão, Sao Luis, 2017.

1. Cancer de mama. 2. Mulheres. 3. Qualidade de vida. I. Sardinha, Ana Helia de Lima. II. Título.

CARLA JANNY NUNES DE ABREU

QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à banca de defesa do Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em: _____ de _____ de _____ Nota: _____

Banca Examinadora:

Prof^ª. Dra. Ana Hélia de Lima Sardinha (Orientadora)
Universidade Federal do Maranhão

Prof^ª. Dra. Lena Maria Barros Fonseca
Universidade Federal do Maranhão

Prof^ª. Dra. Maria Lúcia Holanda Lopes
Universidade Federal do Maranhão

Dedico a minha família, minha orientadora, profissionais da saúde, amigos, e a todas as pacientes com câncer de mama, que contribuíram de forma direta e indireta para a elaboração deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por ter me ajudado ao longo da graduação, proporcionado assim, a conclusão deste trabalho.

À Universidade Federal do Maranhão por ter me concedido a oportunidade de concluir esta graduação.

À Assistência Estudantil desta Universidade por ter me proporcionado a oportunidade de residir na Residência Universitária durante esses cinco anos.

À minha querida orientadora Prof^a. Dra. Ana Hélia de Lima Sardinha, pela paciência, incentivo e ensinamentos transmitidos durante a construção deste trabalho.

Aos meus pais, Maria da Conceição Castro Nunes, José Alves de Abreu Filho, e meus irmãos, por me apoiarem durante esta caminhada e terem me ajudado de forma direta e indireta durante o curso.

Ao meu esposo Gilson Sousa Brandão e minha filha Jhennifer Lohanna de Abreu Brandão, que durante toda a graduação tiveram discernimento e paciência, compreendendo minha ausência em nosso lar.

Aos professores do Curso de Enfermagem por todo o conhecimento e sabedoria dispensados durante o curso.

As professoras Lena Maria Barros Fonseca e Maria Lúcia Holanda Lopes que aceitaram participar da minha banca de defesa.

Ao grupo de pesquisa Educação e Cuidado em Enfermagem: um enfoque sobre a saúde do idoso (NUPECE) que contribuiu para o desenvolvimento deste trabalho.

Aos colegas da Residência Universitária, pelo companheirismo durante minha estadia na casa.

Aos amigos e amigas do Curso de Enfermagem, em especial aos da minha turma, Alisson Santos, Jaiza Penha, Rhuanne Braga, Alex Marques e Ivo Mendes, pela troca de conhecimentos, amizade e paciência durante esses cinco anos.

Ao Hospital Universitário Presidente Dutra, Materno Infantil, demais campos e seus servidores, por contribuírem com ensino e aprendizagem durante as práticas e estágios hospitalares.

Ao Hospital do Câncer Aldenora Belo, local da realização da pesquisa.

Às mulheres que aceitaram participar da pesquisa, tornando possível sua realização.

“Eu tentei 99 vezes e falhei, mas na centésima tentativa eu consegui, nunca desista de seus objetivos mesmo que esses pareçam impossíveis, a próxima tentativa pode ser a vitoriosa”. (Albert Einstein)

RESUMO

Introdução: O câncer de mama é o segundo tipo mais frequente na população mundial e devido ao impacto causado pelo diagnóstico e tratamento na vida da mulher, tem se dado maior ênfase às pesquisas envolvendo medidas de qualidade de vida. **Objetivo:** Avaliar a qualidade de vida de mulheres com câncer de mama. **Metodologia:** Estudo transversal, com abordagem quantitativa, realizado no Hospital do Câncer Aldenora Bello nos meses de dezembro de 2016 a fevereiro de 2017. Participaram 172 mulheres que responderam a dois questionários, um contendo dados sociodemográficos, e o segundo, European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire -EORTC QLQ-C30 versão 3.0 em português que avalia a qualidade de vida. Os dados foram digitados em planilhas do programa Microsoft Office Excel 2013 for Windows 2010. Com o programa estatístico STATA 14 foi realizada a análise descritiva. **Resultados:** Em relação aos dados sociodemográficos, a média de idade foi de 53,48, predominou a cor parda 58,1% (n=102), casada/união estável 48,8% (n=84), com filhos 89,5% (n=154), procedentes do interior do Maranhão 54,7% (n=94), filhos como cuidador 50% (n=86), ensino médio completo 32,5% (n=56), aposentadas 36% (n=62), renda de 1 a 2 salários mínimos 89,5% (n=154), não recebem ajuda financeira 41,9% (n=72). Quanto à escala funcional, os escores estiveram elevados nos itens: função física 77,67, desempenho de papel 76,74, função cognitiva 72,09 e função social 79,26. O escore com menor pontuação foi em relação à função emocional, com média de 67,14. Na escala de sintomas, o maior escore foi com relação à insônia 37,98. Em relação a dificuldades financeiras, a média foi 63,95. Sobre a qualidade de vida geral, a média foi 87,19. **Considerações finais:** A metodologia utilizada alcançou os objetivos propostos no estudo. Acredita-se que os resultados apresentados possam contribuir para auxiliar na elaboração de estratégias e propostas terapêuticas, para melhor interpretação e compreensão das possíveis limitações emocionais, sintomas alterados e dificuldades financeiras apresentadas, bem como, na discussão relacionada ao câncer de mama.

Descritores: Qualidade de vida. Câncer de Mama. Mulheres.

ABSTRACT

Introduction: Breast cancer is the second most frequent type in the world population and due to the impact caused by diagnosis and treatment in the woman's life, more emphasis has been placed on research involving measures of quality of life. **Objective:** To evaluate the quality of life of women with breast cancer. **Methods:** A cross-sectional study with a quantitative approach was carried out at the Aldenora Bello Cancer Hospital from December 2016 to February 2017. Participants were 172 women who answered two questionnaires, one containing sociodemographic data, and the second, European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire -EORTC QLQ-C30 version 3.0 in Portuguese that evaluates the quality of life. The data was entered in spreadsheets of the program Microsoft Office Excel 2013 for Windows 2010. With the statistical program STATA 14 the descriptive analysis was carried out. **Results:** In relation to the sociodemographic data the mean age was 53.48, the predominant color was brown 58.1% (n = 102), married / stable union 48.8% (n = 84), with children 89.5 (N = 94), children as caregiver 50% (n = 86), complete secondary education 32.5% (n = 56), retired 36% (n = 154). N = 62, income from 1 to 2 minimum wages 89.5% (n = 154), do not receive financial aid 41.9% (n = 72). Regarding the functional scale, the scores were elevated in the items: physical function 77,67, role performance 76,74, cognitive function 72,09 and social function 79,26. The score with the lowest score was in relation to the emotional function with a mean of 67.14. In the symptom scale the highest score was in relation to insomnia 37,98. In relation to financial difficulties the average was 63.95. About average quality of life, the average was 87.19. **Final considerations:** The methodology used reached the objectives proposed in the study. It is believed that the presented results can contribute to help in the elaboration of strategies and therapeutic proposals, to better interpret and understand the possible emotional limitations, altered symptoms and financial difficulties presented, as well as in the discussion related to breast cancer.

Key words: Quality of life. Breast cancer. Women.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Descrição dos dados demográficos das mulheres com câncer de mama. São Luís-MA, 2017.....	31
Tabela 2: Descrição dos dados socioeconômicos das mulheres com câncer de mama. São Luís- MA, 2017.....	32
Tabela 3: Média e desvio padrão dos itens das funções, sintomas e qualidade de vida geral do questionário (EORTC QLQ-C30). São Luís- MA, 2017.....	33

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

EORTC-QLQ-C30- European Organization for Research and Treatment of Câncer
Quality of Life Questionnaire “Core” 30 Items

NUPECE - Educação e Cuidado em Enfermagem: um enfoque sobre a saúde do
idoso

IARC- Internacional Agency For Research On Cancer

QVRS- Qualidade de Vida Relacionada à Saúde

OMS- Organização Mundial de Saúde

QV- Qualidade de vida

SF-36- Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Healty Survey

WHOQOL- 100 ou WHOQOL-bref - World Health Organization Quality of Life.

BR-23- Breast Cancer Module

FACTB- Functional Assessment of Cancer Therapy of Breast Cancer

CACON- Centro de Alta Complexidade em Oncologia

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

ESG- Escala de Saúde Global

EF- Escala Funcional

ES- Escala de Sintomas

HUUFMA- Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão

MA- Maranhão

CNS- Conselho Nacional de Saúde

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	14
3 REVISÃO DE LITERATURA	15
3.1 Câncer de mama	15
3.2 Qualidade de vida	21
3 METODOLOGIA	24
3.1 Delineamento da pesquisa	24
3.2 Área do estudo e período	24
3.3 População e amostra	26
3.4 Instrumento da pesquisa	26
3.5 Coleta de dados	27
3.6 Análise de dados	28
3.7 Aspectos éticos	29
4 RESULTADOS	30
5 DISCUSSÃO	34
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
REFERÊNCIAS.....	42
APÊNDICES	49
ANEXOS	53

1 INTRODUÇÃO

O câncer de mama é um problema de saúde de grande relevância, uma vez que possui altas taxas de incidência e mortalidade. É o segundo tipo mais frequente na população mundial, perdendo apenas para o câncer de pulmão, e está em primeiro lugar acometendo a população feminina (PINNOT et al, 2010).

No Brasil para o biênio 2016/2017 foram estimados quase 600 mil casos novos de câncer, excetuando o de pele não melanoma, que será de cerca de 180 mil, dentre o restante, aproximadamente 58 mil casos, serão de câncer de mama nas mulheres, com 28,1 %, sendo ainda o mais frequente nessa população. No nordeste ele também está em primeiro lugar entre as mulheres, com 38,74/100 mil habitantes. No Maranhão foram estimados para o ano de 2016, 650 casos, correspondendo uma taxa bruta de 19,30% e, na capital, 240 casos com taxa de 43,51% (INCA, 2016).

Essa neoplasia esta associada a reações biopsicossociais, especialmente nas mulheres, causando diversas mudanças na vida, alterando aspectos da identidade, feminilidade, autoimagem, sexualidade, relacionamentos interpessoais, dentre outros, onde a confirmação do diagnóstico de neoplasia de mama encontra-se relacionada a uma série de sentimentos negativos, pois em nossa cultura o câncer é associado à ideia da morte iminente (AMBROSIO; SANTOS, 2011).

Diante de todo esse impacto que o câncer ocasiona na vida da pessoa, tanto no estado psíquico, social como no econômico, onde as perdas econômicas relacionam-se aos custos diretos com a compra de medicamentos, busca por procedimentos hospitalares, por outros serviços de saúde, além de gastos indiretos, como o potencial produtivo perdido, tem se dado maior ênfase às pesquisas envolvendo medidas de qualidade de vida na população acometida por essa enfermidade (SILVA; HORTALE, 2006).

A avaliação da Qualidade de vida em pacientes com câncer iniciou na década de 40 com um estudo para avaliar a função física e as condições de desempenho do paciente (SAWADA et al., 2009). E para realizar tal avaliação são utilizados questionários que fazem investigações clínicas, tanto para descrever grupos de pacientes, como para obter o resultado de avaliações com relação à eficácia das intervenções propostas na área da saúde. Essas averiguações são

apontadas como medidas facilitadoras para o reconhecimento de problemas funcionais e emocionais nem sempre detectáveis na avaliação clínica convencional, oportunizando assim a melhor monitoração e comunicação dos pacientes com a equipe de saúde (MAJEWSKI; LOPES; DAVOGLIO; LEITE, 2012).

Com isso para avaliar a qualidade de vida de pacientes com câncer foi utilizado o instrumento da European Organization for Research and Treatment of Câncer Quality of Life Questionnaire “Core” 30 Items (EORTC-QLQ-C30) versão 3.0 em português (MACHADO; SAWADA, 2008).

Este estudo justifica-se pelos crescentes números de casos de câncer de mama no nosso estado, bem como a participação da pesquisadora na pesquisa intitulada “Homens e Mulheres com câncer: significados, percepções e implicações”. Que faz parte do grupo de pesquisa Educação e Cuidado em Enfermagem: um enfoque sobre a saúde do idoso (NUPECE).

Levando em consideração a minha participação na pesquisa acima citada, observei um elevado número de mulheres com câncer de mama o que despertou em mim conhecer qualidade de vida delas, destacando assim o seguinte questionamento: *Como é a qualidade de vida de mulheres com câncer de mama?*

2 OBJETIVOS

Avaliar a qualidade de vida de mulheres com câncer de mama;

Descrever os aspectos sociodemográficos das participantes.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Câncer de mama

Segundo o Instituto Nacional de Câncer (2017), câncer de mama é uma doença resultante da multiplicação de células anormais da mama, que forma um tumor sendo um grupo heterogêneo de doenças, com comportamentos distintos, onde a heterogeneidade deste câncer pode ser observada pelas variadas manifestações clínicas e morfológicas, diferentes assinaturas genéticas e consequentes diferenças nas respostas terapêuticas.

Para a Internacional Agency For Research On Cancer (2015) o câncer de mama possui diversos fatores associados ao aumento do risco de desenvolver a doença, dentre eles a idade, história reprodutiva, fatores endócrinos, comportamentais, ambientais, genéticos e hereditários.

Com relação ao fator idade, mulheres a partir dos 50 anos têm maior risco para o desenvolvimento dessa enfermidade, devido ao acúmulo de exposições ao longo da vida e as próprias alterações biológicas que acontece com o envelhecimento, aumentando ainda mais esse risco (WORD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

Considerados fatores de risco bem estabelecidos, o câncer de mama possui ainda, uma relação com as causas endócrinas e história reprodutiva, destacando a menarca precoce (idade da primeira menstruação menor que 12 anos), menopausa tardia (após os 55 anos), primeira gravidez após os 30 anos, nuliparidade, uso de contraceptivos orais (estrogênio-progesterona) e terapia de reposição hormonal pós-menopausa (estrogênio-progesterona) (IARC, 2015).

Quanto aos fatores comportamentais e ambientais incluem a ingestão de bebida alcoólica, sobrepeso e obesidade na pós-menopausa, e exposição à radiação ionizante (INUMARU; SILVEIRA; NAVES, 2011). O tabagismo, fator estudado ao longo dos anos com resultados contraditórios, é atualmente reconhecido pela International Agency for Research on Cancer (IARC) como agente carcinogênico com limitada evidência de aumento do risco de câncer de mama em humanos (IARC, 2015).

Ademais os fatores genéticos e hereditários estão relacionados à presença de mutações em determinados genes. Mulheres que possuem vários casos de câncer de mama e/ou pelo menos um caso de câncer de ovário em parentes consanguíneos, sobretudo em idade jovem, ou câncer de mama em homem também em parente consanguíneo, podem ter predisposição genética e são consideradas de maior risco para o desenvolvimento da doença. Por sua vez, o câncer de mama de caráter hereditário corresponde a apenas 5% a 10% do total de casos (INCA, 2017).

Segundo a American Câncer Society (2017) os tipos de câncer de mama são: *in situ* porque estão dentro dos ductos (Carcinoma Ductal, *in situ*, CDIS) ou lóbulos onde se originaram (Carcinoma Lobular *in situ*, CLIS), e invasivos, pois tem início nos ductos ou lóbulos das mamas e invadem tecidos circundantes da mama. Em alguns casos, um único tumor na mama, pode ser uma combinação destes tipos ou ser uma mistura de câncer de mama *in situ* e invasivo.

O Carcinoma Ductal In Situ também conhecido como carcinoma intraductal, é considerado não invasivo ou câncer de mama pré-invasivo. No Carcinoma Lobular In Situ as células se parecem com as células cancerosas que crescem nos lobos das glândulas produtoras de leite, mas não se desenvolvem através da parede dos lobos (AMERICAN CÂNCER SOCIETY, 2017).

O carcinoma Ductal Invasivo é o tipo mais comum de câncer de mama, se inicia em um duto de leite, rompe a parede desse duto e cresce no tecido adiposo da mama. Já o Carcinoma Lobular Invasivo começa nas glândulas produtoras de leite (lobos) e assim como o carcinoma ductal invasivo pode se espalhar para outras partes do corpo (AMERICAN CÂNCER SOCIETY, 2017).

Existem ainda alguns tipos especiais de câncer de mama que são subtipos do carcinoma invasivo. Alguns deles podem ter um prognóstico melhor do que o carcinoma ductal invasivo e dentre eles incluem-se: Carcinoma cístico adenoide; Carcinoma metaplásico; Carcinoma medular; Carcinoma mucinoso; Carcinoma papilífero e Carcinoma tubular (AMERICAN CÂNCER SOCIETY, 2017).

Outros subtipos têm o mesmo ou talvez pior prognóstico do que o carcinoma ductal invasivo, onde estão inclusos: Carcinoma metaplásico; Carcinoma micropapilar e Carcinoma misto (tem características de ductal e lobular invasivo) (AMERICAN CÂNCER SOCIETY, 2017).

Em relação a sintomatologia a neoplasia de mama geralmente é assintomática quando o tumor é pequeno e mais sensível ao tratamento. Dessa forma é de suma importância o rastreamento e detecção precoce antes do desenvolvimento dos sintomas. Quando ele cresce a um tamanho que possa ser sentido, os sinais e sintomas mais comuns são: nódulo fixo e geralmente indolor; alterações na pele da mama (avermelhada, retraída ou parecida com casca de laranja); alterações no mamilo; pequenos nódulos nas axilas ou no pescoço; saída de líquido anormal das mamas (BRASIL, 2013).

Para o Instituto Nacional do Câncer (2017) o controle do câncer de mama baseia-se na adoção de medidas possíveis de proteção e, principalmente, de detecção precoce, por meio do auto exame das mamas, exame clínico das mamas e realização da mamografia.

Na década de 1950, nos Estados Unidos, o autoexame das mamas surgiu como estratégia para diminuir o diagnóstico de tumores de mama em fase avançada. Ao final da década de 1990, ensaios clínicos mostraram que o autoexame das mamas não reduzia a mortalidade pelo câncer de mama. A partir de então, diversos países passaram a adotar a estratégia de breast awareness, que significa estar alerta para a saúde das mamas (INCA, 2017).

A política de alerta à saúde das mamas destaca a importância do diagnóstico precoce, e busca orientar a população feminina sobre as mudanças habituais das mamas em diferentes momentos do ciclo de vida e os principais sinais do câncer de mama (INCA, 2017).

Ainda segundo o INCA (2017) a orientação é que a mulher realize a autopalpação/observação das mamas sempre que se sentir confortável para tal (seja no banho, no momento da troca de roupa ou em outra situação do cotidiano), valorizando-se a descoberta casual de pequenas alterações mamárias. É necessário que a mulher seja estimulada a procurar esclarecimento médico sempre que perceber alguma alteração suspeita em suas mamas e a participar das ações de detecção precoce do câncer de mama. O sistema de saúde precisa adequar-se para acolher, informar e realizar os exames diagnósticos adequados em resposta a essa demanda estimulada. Prioridade na marcação de exames deve ser dada às mulheres sintomáticas, que já apresentam alguma alteração suspeita na mama.

Com relação ao exame clínico das mamas, ele é indicado para todas as mulheres a partir de 40 anos de idade, realizado anualmente. Este procedimento é

ainda compreendido como parte do atendimento integral à saúde da mulher, devendo ser realizado em todas as consultas clínicas, independente da faixa etária. Já a mamografia é apontada como o principal método diagnóstico do câncer de mama em estágio inicial, capaz de detectar alterações ainda não palpáveis e favorecendo, assim, o tratamento precoce, mais efetivo e menos agressivo. É indicada para as mulheres com idade entre 50 a 69 anos, com o máximo de dois anos entre os exames (BRASIL, 2013).

Com referência ao tratamento do câncer de mama ele pode envolver intervenções locais ou sistêmicas, utilizadas de forma independente ou concomitante. A cirurgia e a radioterapia podem ser entendidas como formas de tratamento local e que visam à remoção ou à destruição do tumor em uma determinada área do corpo. A quimioterapia e a hormonioterapia são técnicas utilizadas para combater a doença de forma sistêmica, buscando controlar ou destruir o câncer no organismo (MAJEWSKI et al, 2012).

Entre as modalidades cirúrgicas, encontram-se as cirurgias conservadoras e as não conservadoras (mastectomia), indicadas de acordo com o estágio clínico e o tipo histológico da doença (INCA, 2004).

O estadiamento do câncer de mama é determinado pela Classificação TNM (Tumor, Nódulo e Metástase), proposto pela União Internacional Contra o Câncer (UICC), e é utilizado apenas no que diz respeito aos carcinomas, sendo necessária a confirmação do tipo histológico que segue a terminologia da Organização Mundial de Saúde (OMS). Portanto, a Classificação TNM é responsável por definir as características do tumor primário, considerando tamanho do tumor (T), dos linfonodos das cadeias de drenagem linfática observando o comprometimento nodal (N) e a presença ou ausência de metástases (M) (INCA, 2004).

Quanto à forma cirúrgica Mastectomia, segundo o INCA, é caracterizada como uma cirurgia que remove parcialmente ou totalmente a(s) mama(s), podendo ou não ocorrer o esvaziamento axilar.

Existem diversas técnicas e modalidades da mastectomia, dentre elas: a Mastectomia simples ou total, que consiste na retirada da(s) mama(s) juntamente com a pele e o complexo aréolo-papilar; a Mastectomia radical modificada, onde preserva-se um ou dois músculos peitorais, com esvaziamento axilar; a Mastectomia radical na qual ocorre a retirada dos 22 músculos peitorais, acompanhada de

esvaziamento axilar; a Mastectomia com reconstrução imediata e a Mastectomia poupadora de pele (INCA, 2004).

A cirurgia conservadora, por sua vez, é indicada para o câncer em estágios iniciais e consiste na retirada do tumor com uma margem de segurança, acompanhada de esvaziamento axilar e realização de radioterapia, enquanto tratamento complementar para evitar a recorrência da doença (TIEZZI, 2007).

Recomenda-se às pacientes submetidas à cirurgia conservadora, realizarem exame clínico trimestral nos dois primeiros anos após cirurgia, e semestral entre o terceiro e quinto ano de seguimento, assim como, realizarem a mamografia controle seis meses após cirurgia e, anualmente, por toda a vida (TIEZZI, 2007).

Dentre suas formas, existem a Quadrantectomia e/ou Setorectomia que se resume na retirada de um quadrante ou segmento da glândula mamária, no qual está localizado o tumor maligno, com margens de segurança ao redor de tecido normal entre dois e dois centímetros e meio, e a Tumorectomia ou Lumpectomia, em que ocorre a remoção do tumor com margens de tecido circunjacente histologicamente negativas de um centímetro, sendo este procedimento indicado para tumores menores, de até um centímetro e meio de diâmetro (PIATO, 2004; FRANCO, 1997).

Em relação às complicações físicas mais comuns decorrentes dos tratamentos cirúrgicos estão a perda ou redução da capacidade funcional de movimento e amplitude articular do membro homolateral à cirurgia, diminuição de força muscular, alterações de sensibilidade e postura, comprometimento da capacidade respiratória, hemorragias, complicações cicatriciais, fibrose axilo-peitoral, lesões musculares e de nervos do plexo braquial, infecções, necrose cutânea, dores e, a principal complicação, que é o linfedema (CANTINELLI *et al.*, 2006; BERGAMANN *et al.*, 2006).

O linfedema do membro homolateral à mama operada é uma patologia crônica e consiste no aumento e acúmulo de linfa, devido à destruição dos canais de drenagem axilar, 23 que ocorre pela radioterapia, progressão do câncer, ou cirurgia, ocasionando não só alterações físicas, mas, principalmente, funcionais (CANTINELLI *et al.*, 2006).

A síndrome dolorosa pós-mastectomia (SDPM), segundo a International Association for Study of Pain (IASP), também é uma possível complicação

importante, caracterizada como uma dor crônica que pode-se localizar na face anterior do tórax, axila e/ou metade superior do membro homolateral, com início após a mastectomia ou quadrantectomia e persistência por um período superior a três meses. Quanto a sua etiologia, pode ser resultante da lesão de músculos, ligamentos, nervos ou disfunção do sistema nervoso, afetando e prejudicando a realização das atividades diárias executadas anteriormente pelas pacientes (IASP, 1994).

Além disso, após a cirurgia, a paciente depara-se com uma nova imagem corporal, com alterações físicas, anatômicas e funcionais, o que pode ocasionar sentimentos e reações como recusa em se olhar no espelho ou ir à reabilitação, negação sobre suas limitações ou deformidades corporais, raiva, desespero, choro, baixa autoestima, sensação de não ser mais atraente fisicamente e sexualmente, depressão, comportamentos hostis ou destrutivos (uso de bebidas alcoólicas, drogas) e isolamento social (MONTEIRO, 2007; ALMEIDA, 2006).

Referentes aos tratamentos sistêmicos para o câncer mamário existem a quimioterapia e a hormonioterapia, que “atacam” as células microscópicas, diminuindo as chances de recidivas e metástases e aumentando a sobrevida das pacientes em cerca de até 30%(70,76). Contudo, apesar de altamente eficazes, os medicamentos quimioterápicos e antineoplásicos atuam de maneira inespecífica, isto é, afetam as células de todo o organismo, tanto malignas quanto benignas. Dessa forma, uma linha muito tênue separa o sucesso do tratamento de uma possível toxicidade (BONASSA, 2005).

Ainda, os tratamentos sistêmicos e loco-regionais, estão sujeitos a afetarem fisicamente e emocionalmente as mulheres, por provocarem vários efeitos adversos/colaterais como mal-estar, náuseas, vômitos, fadiga, alopecia, diarreia, anorexia, anemia, desconforto, dor abdominal, diminuição do desejo sexual e lubrificação vaginal, dispareunia, e menopausa induzida(48,76,78), demonstrando que ambos os tratamentos, cirúrgicos ou não, podem interferir direta e negativamente na qualidade de vida das mulheres com câncer mamário (MAKLUF *et al.*, 2006; SILVA; HORTALE, 2006).

Considerando o impacto e as implicações ocasionadas pelo diagnóstico e tratamento do câncer de mama, torna-se importante que os profissionais de saúde, incluindo os enfermeiros, dediquem-se na realização de ações e práticas educativas

para detecção precoce da doença, devido a sua gravidade e elevados índices de mortalidade acentuados pelo diagnóstico tardio (PEREIRA *et al.*, 2006).

Em relação à prestação de cuidados à mulher com câncer mamário é importante que o profissional esteja preparado, inclusive emocionalmente, para o atendimento oncológico, pois este poderá incluir momentos difíceis, impactantes, de sofrimento e angústia, que também podem afetá-lo (MOHALLEM; RODRIGUES, 2007).

Ainda, devido à associação do câncer com sofrimento e morte, além do conhecimento teórico-prático, faz-se necessário valorizar e perceber a problemática enfrentada pela paciente e família, identificando quais são as suas concepções e crenças, fornecendo apoio e atendimento integral, por meio da comunicação, vínculo terapêutico e elaboração de estratégias de interpretação que minimizem as possíveis dificuldades encontradas durante todo o processo de adoecimento (EWALD; DANIELSKI, 2013; SANTOS *et al.*, 2010).

3.2 Qualidade de vida

Na saúde, existem duas linhas quanto à conceituação de qualidade de vida, uma genérica, elaborada pela Organização Mundial de Saúde, e a outra, amplamente usada na literatura, que estabelece relações mais diretas com enfermidades ou intervenções em saúde, que é a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) (NICOLUSSI; SAWADA, 2011).

Em relação a genérica, a OMS conceitua a qualidade de vida como a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (FLECK, 2000).

Já a qualidade de vida relacionada à saúde é definida como um ótimo nível de função mental, física, social e de papel desempenhado na vida, abrangendo relacionamentos, percepção de saúde, aptidões, nível de satisfação com a vida e sensação de bem-estar, e também relaciona as perspectivas futuras e a satisfação do paciente com seu tratamento, seus resultados e seu estado de saúde (NICOLUSSI; SAWADA, 2011).

Para os mesmos autores cabe ressaltar ainda que QV é um conceito geral, subjetivo, multidimensional e bipolar, onde a subjetividade é relacionada às respostas que devem ser do próprio indivíduo e dependem de sua experiência de vida, valores e cultura; a multidimensionalidade, que se caracteriza pelos vários domínios que envolvem a avaliação de QV e a bipolaridade, cuja avaliação de QV pode variar de bom para ruim. Portanto, a concepção de QV é diferente, entre os indivíduos, locais e tempos diferentes.

Nesse contexto, considera-se “Qualidade de Vida Relacionada à Saúde” (QVRS) como um estado subjetivo de saúde, pois é centrada na visão e avaliação subjetiva do paciente, sobre o impacto do seu estado de saúde em sua capacidade de viver plenamente (NICOLUSSI; SAWADA, 2011).

Dessa forma qualidade de vida pode constituir um indicador de saúde, tanto no desenvolvimento de novas terapias e medicamentos, como na qualidade, de forma onde procura a validação destes índices, avaliando-se os aspectos da qualidade de vida (VENDRUSCULO, 2011).

Para o mesmo autor na avaliação da QV são utilizados questionários que podem ser divididos em genéricos e específicos. Os questionários genéricos avaliam de forma global aspectos relacionados à QV (físico, social, psicológico, emocional, sexual). Os instrumentos específicos avaliam de forma específica alguns aspectos da QV.

Atualmente esses questionários que avaliam a qualidade de vida são uma boa maneira de mensuração de problemas e de auxílio para os profissionais de saúde reconhecerem as necessidades funcionais, psicológicas e sociais dos pacientes. Entre seus principais objetivos, estão a avaliação do paciente e do seu prognóstico, impacto dos tratamentos utilizados, comparação entre as modalidades de tratamentos e distinção de pacientes ou grupos.

E dentre as medidas mais usadas para avaliar QV em geral estão as seguintes: Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Healthy Survey (SF-36) e World Health Organization Quality of Life (WHOQOL- 100 ou WHOQOL-bref). Já para as medidas específicas para avaliar QV em portadoras de câncer de mama destacam-se: Breast Cancer Module (BR-23), Functional Assessment of Cancer Therapy of Breast Cancer (FACTB) e European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire -EORTC QLQ-C30 (CONDE; FREITAS; ALDRIGHI, 2006).

Para esse estudo foi utilizado o European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire -EORTC QLQ-C30 que aborda questões gerais sobre o câncer (aspectos da saúde, qualidade de vida, físico, emocional, cognitivo, funcional e social, dor, fadiga, insônia, enjojo e outros sintomas).

3 METODOLOGIA

3.1 Delineamento da pesquisa

Estudo transversal com abordagem quantitativa que faz parte do projeto intitulado “Homens e Mulheres com câncer: significados, percepções e implicações”.

Nos estudos transversais todas as medições são feitas em um único momento, não existindo período de seguimento dos indivíduos, isto é, produzem “instantâneos” da situação de saúde de uma população ou grupo/comunidade, com base na avaliação individual, além de determinar indicadores globais de saúde para o grupo investigado (ROUQUAYROL; ALMEIDA, 2003).

Além disso, os estudos transversais consistem, em uma ferramenta de grande utilidade para a descrição de características de uma população, identificação de grupos de risco e para planejamento de ações em saúde (BASTOS; DUQUIA, 2007).

A abordagem quantitativa significa quantificar dados e informações, por meio da estatística, transformando-os em números, para que possam ser analisados e classificados (OLIVEIRA, 1999).

3.2 Área do estudo e período

A pesquisa foi realizada no Hospital do Câncer Aldenora Bello, localizado na Rua Seroa da Mota, nº 23, Apeadouro na cidade de São Luís no Maranhão, entre os meses de dezembro de 2016 a fevereiro de 2017.

O Hospital do Câncer Aldenora Bello é pioneiro no tratamento do câncer no estado do Maranhão. Acredita-se que sua inauguração ocorreu em 1958. Começou como uma fachada com um consultório, uma sala de Raio-X e uma sala de voluntárias apenas, não sendo capaz de realizar nenhum tratamento para o câncer de forma apropriada na época.

Quando o Dr. Antônio Dino e a Sra. Enide Dino, sua esposa, assumiram a Liga Maranhense e a Rede Feminina de Combate ao Câncer, respectivamente, iniciaram campanhas de arrecadação de recursos para a construção de um pavilhão para abrigar uma Bomba de Cobalto, aparelho que realiza tratamentos de radioterapia contra o câncer. Após inúmeras dificuldades, em Março de 1976, a

Bomba de Cobalto foi instalada. Infelizmente, pouco tempo depois, o Dr. Antônio Dino veio a falecer vítima de uma parada cardíaca no dia 18 de julho de 1976.

Foi então criada a Fundação Antônio Dino com o objetivo de manter o Hospital “Aldenora Bello” em sua missão original de atendendo aos pobres e indigentes, sem cobrar por seus serviços. Inúmeras conquistas foram sendo realizadas através de trabalho árduo e o apoio da comunidade.

A primeira grande cirurgia de câncer no estado foi realizada no Hospital pelos médicos Antônio Augusto Fernandes Ribeiro e Antônio do Espírito Santo Monteiro Neto, no dia 23 de maio de 1978 para tratamento de um câncer de mama. A Dra. Célia Jorge Dino Cossetti, então acadêmica de medicina e futura diretora do Hospital e Presidente da Fundação, foi a instrumentadora desta cirurgia.

Em 1985, através de grande pleito feito pela Sra. Enide Dino, o então presidente da República José Sarney concordou em construir e equipar o Hospital do Câncer. O novo Hospital “Aldenora Bello” foi inaugurado em 9 de abril de 1989.

Em 1996, o Hospital foi renomeado Instituto Maranhense de Oncologia Aldenora Bello (IMOAB) como forma a referir-se ao seu foco de atuação em seu nome, facilitando a comunicação de nossas atividades às entidades nacionais e internacionais.

Em 2014, como forma de renovação e simplificação do nome, o nome oficial do hospital mudou novamente para Hospital do Câncer Aldenora Bello.

Atualmente, o Hospital do Câncer Aldenora Bello conta com uma área de 8.145,19m², com 4444,50m² de área construída. Possui 175 leitos de internação, divididos em enfermarias clínica, cirúrgica, pediatria, UTI e apartamentos. Além disso, conta com um serviço de radioterapia e braquiterapia, que está sendo ampliado para duplicar sua capacidade de atendimento neste setor. Possui também um Serviço de Pronto Atendimento exclusivo para pacientes em atendimento oncológico.

É o único Centro de Alta Complexidade em Oncologia no estado do maranhão (CACON) que são hospitais que realizam o diagnóstico definitivo e o tratamento de todos os tipos de câncer, mas não obrigatoriamente dos cânceres raros e infantis. Cabe ao CACON oferecer o tratamento de cirurgia, radioterapia e quimioterapia dentro de sua estrutura hospitalar. Conta com equipe médica que atua em todas as áreas da oncologia, além de equipe multiprofissional completa para o atendimento integral ao paciente oncológico.

São diagnosticados mais de 3500 casos novos de câncer ao ano, o que representa mais de 50% do número de casos esperados para o estado. São realizadas mais de 56.756 consultas, 896 cirurgias, 30.141 quimioterapias e 6.025 radioterapias ao ano.

Mesmo enfrentando inúmeras dificuldades ao longo de mais de 50 anos, o Hospital do Câncer Aldenora Bello segue em sua missão de prestar atendimento de excelência no tratamento oncológico a todas as pessoas que necessitam de seu atendimento.

3.3 População e amostra

A população é formada por mulheres portadoras do câncer de mama.

Foi realizada uma amostra de conveniência, constituída por 172 mulheres com câncer de mama que atenderam aos critérios de inclusão.

Os critérios de inclusão na pesquisa foram mulheres com idade igual ou superior a 18 anos, com diagnóstico de câncer de mama, e que foi atendida no Hospital.

Foram excluídos do estudo mulheres que não tinham condições físicas, emocionais e espirituais de responder aos questionários.

3.4 Instrumento da pesquisa

O instrumento da pesquisa foi composto por dois questionários, o primeiro foi o de identificação dos dados sociodemográficos (APENDICE A). O segundo foi o questionário EORTC QLQ-C30. (ANEXO A).

O questionário de identificação dos dados sociodemográficos foi produzido com as seguintes variáveis: idade, raça, estado civil, possui filhos, procedência, cuidador, escolaridade, profissão, renda, recebe ajuda financeira.

O questionário European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire –(EORTC QLQ-C30) foi criado em 1986, em três versões. A primeira foi feita em 1987 com 36 questões, a segunda é de 1993, e a terceira de 2000 que contém 30 questões. É um instrumento que foi traduzido e validado em 81 idiomas e é utilizado em mais de 3.000 estudos em todo o mundo.

Atualmente QLQ-C30 3.0 é a versão mais recente e deve ser utilizada para todos os novos estudos. É composto por questões que definem: cinco escalas funcionais; três escalas de sintomas; um item de qualidade de vida geral; e seis itens simples. (SILVA; ALBUQUERQUE; LEITE, 2010).

Com relação à escala funcional, ela é composta por função física, função cognitiva, desempenho de papel, função emocional e função social. Fadiga, dor, náuseas e vômitos compõe a escala de sintomas. Sobre a qualidade de vida geral inclui-se saúde global e qualidade de vida. No que diz respeito aos seis itens simples estão dispneia, falta de apetite, insônia, constipação, diarreia e dificuldades financeiras (NICOLUSSI; SAWADA, 2011).

As questões de 1 a 28 são colocadas em escala do tipo Likert de quatro pontos, onde as respostas seguem o seguinte padrão: não (valor do escore =1), um pouco (valor do escore =2), moderadamente (valor do escore =3), e muito (valor do escore =4). As questões 29 e 30 são apresentadas em escala do tipo Likert de sete pontos, onde um corresponde a péssimo e sete corresponde a ótimo (EVANGELISTA, 2012).

3.5 Coleta de dados

Durante o período de coleta de dados foram realizadas visitas entre as segundas e sextas - feiras ao hospital selecionado durante turnos alternados.

As participantes foram abordadas pela pesquisadora na sala de espera do ambulatório e questionadas sobre o interesse de participar da pesquisa, mediante explicação dos objetivos, métodos, riscos e benefícios.

Para devida participação, as mulheres assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B), iniciando-se assim a coleta com o uso dos instrumentos supracitados.

A coleta foi realizada no momento mais oportuno para a paciente e para o serviço de saúde. A fim de garantir a privacidade das participantes, a coleta foi realizada em uma sala reservada, fornecida pelo hospital.

3.6 Análise de dados

Os dados obtidos pelo questionário sociodemográfico e questionário European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire EORTC QLQ C-30 foram digitados em planilhas do programa Microsoft Office Excel 2013 for Windows 2010. O cálculo dos escores referentes ao EORTC QLQ C-30, conforme orientação do grupo responsável pela sua formulação (EORTC QLQ-C30 Scoring Manual) ocorreu dividindo o questionário em três escalas:

- **A primeira em Escala de Saúde Global (ESG)** que aborda aspectos da saúde e da qualidade de vida, descritos nas questões 29 e 30.
- **A segunda em Escala Funcional (EF)** que aborda aspectos físico, emocional, cognitivo, funcional e social, referentes às questões de 1 a 7 e 20 a 27.
- **A terceira em Escala de Sintomas (ES)**: que refere dor, fadiga, insônia, enjojo e outros sintomas, descritos nas questões de 8 a 19 e 28.

Após a divisão das escalas, em cada um dos questionários foi calculada os escores separadamente, seguindo as fórmulas da organização que detém os direitos autorais (Anexo B).

Todos os escores da European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire EORTC QLQ C-30 variam de 0 a 100, sendo que na escala de saúde global e qualidade de vida e nas escalas funcionais, quanto maior a pontuação, isto é, quanto mais próximo de 100, melhor a qualidade de vida. Nas escalas de sintomas, quanto maior a pontuação, maior a quantidade de sintomas, portanto, nesta escala quanto mais próxima de zero, melhor a qualidade de vida (Anexo C). Com o programa estatístico STATA 14 foi feita a descrição da amostra do questionário sociodemográfico com frequência, média e porcentagem, e com os escores das escalas do questionário EORTC QLQ C-30, em média e desvio padrão. Os resultados foram apresentados em tabelas.

3.7 Aspectos éticos

Este estudo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA), com o parecer de número 1749940.

As mulheres foram informadas pela responsável da pesquisa sobre os objetivos e confidencialidade dos dados. Todos os aspectos éticos foram respeitados atendendo os requisitos fundamentais da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS), nº 466/12, sobre pesquisa envolvendo seres humanos.

4 RESULTADOS

A apresentação dos resultados será descrita por dois subitens diferentes. O primeiro está relacionado à descrição das mulheres com câncer de mama segundo variáveis socioeconômicas e demográficas e o segundo, contendo a avaliação da qualidade de vida segundo as escalas funcionais, de sintomas e qualidade de vida geral.

4.1 Descrição das mulheres com câncer de mama segundo variáveis socioeconômicas e demográficas

A média de idade foi de 53,48 anos, com idade mínima de 27 e a máxima de 88 anos. Quanto à raça/cor predominou a cor parda, representada por 58,1% (n=102), seguida da cor branca com 30,2% e cor preta com (10,5%). Em relação ao estado civil 48,8% (n=84) afirmaram ser casadas/união estável, 30,2% (n=62) relataram ser solteiras, 14% (n=24) afirmaram ser viúvas e 7% (n=12) disseram ser divorciadas. Quando questionadas sobre terem filhos 89,5% (n=154) relataram que possuem filhos, seguido de 10,5% (n=18) que disseram não ter filhos. Sobre a procedência 54,7% (n=94) confirmaram que são do interior do Maranhão, e 45,3% (n=78) relataram que são do município de São Luís. Ao serem questionadas sobre quem eram seus cuidadores, as participantes relataram que são os filhos 50% (n=86), seguido de cônjuge com 17,4% (n=30), 16,3% afirmaram ser cuidadas por parentes (tias, primos) e pela mãe. (Tabela 1)

Tabela 1: Descrição dos dados demográficos das mulheres com câncer de mama. São Luís-MA, 2017.

Variáveis	N	%	Med
Faixa etária			
25 a 35 anos	14	8,1	53,48
36 a 45 anos	30	17,4	
46 a 55 anos	52	30,4	
56 anos ou mais	76	44,1	
Raça/Cor			
Branca	52	30,2	
Preta	18	10	
Parda	102	58	
Estado civil			
Casada/união estável	84	48,8	
Solteira	52	30,2	
Divorciada	12	7	
Viúva	24	14	
Possui Filhos			
Sim	154	89,5	
Não	18	10,5	
Procedência			
São Luís	78	45,3	
Interior do Maranhão	94	54,7	
Cuidador			
Filho(a)	86	50	
Cônjuge	30	17,4	
Parentes	28	16,3	
Mãe	28	16,3	
Total	172	100%	

Quando indagadas sobre o nível de escolaridade 32,5% (n=56) responderam que possuem o ensino médio completo, e 1,2% (n=2) possuem o ensino superior incompleto. Das 172 mulheres entrevistadas quando perguntadas sobre sua profissão 36% (n=62) responderam que são aposentadas, e 5,8% (n=10), relataram que são professoras. Com relação à renda dessas mulheres, 89,5% (n=154) possuem renda de 1 a 2 salários mínimos e 10,5% (n=18) possuem renda de 3 a 4 salários mínimos. Quanto à ajuda financeira recebida por essas mulheres, 41,9% (n=72) relataram que não recebem ajuda, seguida de 30,2% (n=52) que afirmaram receber ajuda familiar, e 1,2% (n=2) que afirmaram receber ajuda financeira de vizinhos. (Tabela 2)

Tabela 2: Descrição dos dados socioeconômicos das mulheres com câncer de mama. São Luís- MA, 2017.

Variáveis	N	%
Escolaridade		
Analfabeto	16	9,3
Ensino Fundamental incompleto	32	18,6
Ensino Fundamental completo	38	22,1
Ensino Médio incompleto	8	4,7
Ensino Médio completo	56	32,5
Ensino Superior incompleto	2	1,2
Ensino Superior completo	20	11,6
Profissão		
Aposentada	62	36
Dona de casa	40	23,3
Lavradora	28	16,3
Funcionária pública	20	11,6
Pescadora	12	7
Professora	10	5,8
Renda		
1 a 2 salários mínimos	154	89,5
3 a 4 salários mínimos	18	10,5
Ajuda financeira		
Familiar	52	30,2
Prefeitura	26	15,1
Vizinhos	2	1,2
Amigos	20	11,6
Não recebe	72	41,9
Total	172	100%

4.2 Avaliação da qualidade de vida segundo as escalas funcionais, de sintomas e qualidade de vida geral.

Na tabela 3 estão presentes os dados descritivos (média e desvio-padrão) relativos aos resultados obtidos na escala do EORTC QLQ C-30.

Referente à escala funcional os escores estiveram elevados nos itens: função física 77,67, desempenho de papel 76,74, função cognitiva 72,09 e função social 79,26, indicando nível regular e satisfatório. A maioria das pacientes não apresentou confinamento em cama, não necessitou de ajuda para tomar banho, vestir-se, comer, não estava impedida de realizar atividades de lazer, não apresentou dificuldade em se concentrar e/ou recordar informações, e, ainda, a condição física e o tratamento não interferiram na vida familiar e nas atividades sociais. O escore mais baixo foi a função emocional com média de 67,14 que indica o sentimento pouco tenso, irritado, deprimido ou preocupado.

Na escala de sintomas o maior escore foi com relação a insônia (média de 37,98) demonstrando que as mulheres apresentam alguma dificuldade para dormir. Os escores que mostraram valores médios baixos foram: fadiga (média 24,53), náuseas (média 22,28) dor (média 25,19) dispneia (média 10,07) perda de apetite (média 27,13) constipação (média 20,54) diarreia (média 18,60), mostrando assim que esses sintomas interferiram pouco na vida cotidiana dessas mulheres.

Em relação a dificuldades financeiras (média 63,95) encontra-se elevada, demonstrando que as mulheres possuem moderada dificuldade financeira, devido à condição física e tratamento.

O escore da qualidade de vida geral (média 87,19) está próximo de cem, no qual demonstra que a qualidade de vida dessas mulheres apresenta-se de forma satisfatória.

Tabela 3: Média e desvio padrão dos itens das funções, sintomas e qualidade de vida geral do questionário (EORTC QLQ-C30). São Luís- MA, 2017.

Escalas	N	Média	Desvio padrão
Escala funcional			
Função física	172	77,67	2,31
Desempenho de papel	172	76,74	3,37
Função cognitiva	172	72,09	3,19
Função emocional	172	67,14	2,77
Função social	172	79,26	3,50
Escala de sintomas			
Fadiga	172	24,53	2,64
Náusea	172	22,28	3,00
Dor	172	25,19	3,85
Dispneia	172	10,07	2,86
Insônia	172	37,98	4,58
Perda de apetite	172	27,13	3,95
Constipação	172	20,54	3,86
Diarreia	172	18,60	3,51
Dificuldades financeiras	172	63,95	4,62
Qualidade de vida geral	172	87,19	1,84

5 DISCUSSÃO

Conhecer o perfil sociodemográfico das mulheres com câncer de mama é fundamental para prestar uma assistência direcionada, integral e de acordo com sua realidade durante cada momento do itinerário terapêutico. Os impactos físicos, sociais e cognitivos precisam ser constantemente avaliados para atender com acurácia esta mulher que vivencia o câncer de mama, desde o diagnóstico até o fim da vida.

Identificou-se que a população estudada é formada basicamente de idosas, sendo que 26,7% pertencem a uma faixa etária acima de 56 anos e com média de idade de 53,48 anos, semelhante à pesquisa de Gonçalves (2013), que ao avaliar os sinais e sintomas em 100 mulheres com câncer de mama, observou que a maioria eram idosas, apresentando uma média de idade de 51,6 anos. A pesquisa de Coelho (2015) difere-se deste resultado, uma vez que evidenciou a faixa etária de 36 a 49 anos.

A idade é um dos principais fatores de risco para o acometimento do câncer de mama. Segundo dados do Instituto Nacional do Câncer (2015), a incidência dessa neoplasia aumenta gradativamente a partir dos 40 anos e média de idade acima dos 50 anos. Em concordância com o citado, a American Cancer Society (2015), refere que a probabilidade de desenvolver câncer de mama aumenta com o passar dos anos, sendo de 1,9% (até 49 anos), 2,3% (50-59 anos), 3,5% (60 a 69 anos) e de 6,7% para mulheres com idades acima de 70 anos.

No que concerne à cor/raça, 58,1% das entrevistadas autodeclararam-se da cor parda. Este resultado corrobora com Ferreira (2011), Gurgel (2011) e Gonçalves (2013) e diverge de Matos e colaboradores (2010), em que 80% se auto referia de cor branca. Sugere-se que este resultado se atribua ao fato da região Nordeste apresentar uma das maiores taxas de pessoas que se auto declaram pardas (IBGE, 2011). A cor/raça auto referida é um aspecto importante, pois pode exprimir vulnerabilidade de alguns estratos. Mulheres negras e pardas enfrentam maiores dificuldades para ter acesso a serviços de atenção em saúde primária, recebem menos exames para detecção precoce do câncer de mama, diagnóstico tardio da neoplasia, além da demora na atenção ao câncer de mama (BARROS *et al.*, 2011).

Com relação ao estado civil, verificou-se que 48,8% das mulheres tem companheiro, seja por casamento ou união estável, estando em acordo com o

resultado observado por alguns autores como Soares e colaboradores (2012), Lôbo (2014) e Rebelo (2013). Difere-se deste resultado a pesquisa de Duarte (2013), cuja maioria das mulheres referiu ser viúva. Apesar de ainda não ser possível confirmar se existe relação entre o estado civil e o câncer de mama, mulheres casadas/união estável tem um menor risco de desenvolver esta neoplasia em relação as mulheres sem um cônjuge (RAMIREZ *et al.*, 2006).

Os resultados deste trabalho demonstraram ainda que 89,5% das participantes possuem filhos e que os mesmos desempenhavam o papel de cuidador da mesma (50%). Tal resultado assemelha-se a pesquisa de Rezende e colaboradores (2010), na qual ao realizar a avaliação psicológica dos cuidadores de mulheres com câncer de mama detectaram que a maioria possuía vínculo familiar com a mesma, sendo o grau de parentesco mais comum o de filho (a), com 43,1% dos entrevistados. O cuidar de um ente querido com neoplasia maligna vem tornando-se uma realidade para muitas famílias. O diagnóstico de câncer afeta tanto o sujeito enfermo, como o seio familiar, impondo diversas mudanças na vida dessas pessoas e exigindo uma reorganização na dinâmica da família que incorpore às atividades cotidianas os cuidados exigidos pela doença e pelo tratamento do familiar (CARVALHO, 2008).

No que tange à procedência, nota-se que 54,7% das pacientes procedem do interior, corroborando com a pesquisa de Lôbo (2014). Sugere-se que este fato se dê pelo centro de referência em oncologia encontrar-se na capital, por isso muitas pacientes são encaminhadas de serviços de saúde primário e secundário de cidades vizinhas. Para Lôbo (2014), a falta de um programa nacional que atue de forma hierarquizada e regional no diagnóstico precoce e capacitando profissionais de saúde, causa a alta incidência de migrações de pessoas oriundas de um local em que o atendimento é precário (como nos interiores) e com isso, sobrecarregando os serviços de saúde de referência localizados nas grandes cidades. Tal transtorno gera ainda custos financeiros excessivos tanto para o paciente quanto para a rede de saúde.

Com relação a descrição socioeconômica, os dados demonstraram que as participantes possuem uma escolaridade de regular a satisfatória, quando comparada com outros estudos, evidenciou-se que 32,5% das participantes concluíram o ensino básico, corroborando com Vendrusculo (2011), que avaliou a capacidade funcional e qualidade de vida em mulheres com câncer de mama,

enquanto autores como Duarte (2013), Figueiredo (2013) e Coelho (2015), identificaram que as participantes eram analfabetas ou estudaram até o ensino fundamental.

É certo que os resultados ressaltaram ainda, que as mulheres entrevistadas são aposentadas, concordando com Coelho (2013), e divergindo de Lôbo (2014), onde a maioria desenvolve alguma atividade remunerada. O fato de a população estudada ser predominantemente idosa influenciou neste resultado.

Concernente à renda, evidenciou-se uma renda considerada baixa, entre 1 a 2 salários mínimos e não recebem nenhum tipo de auxílio financeiro (cerca de 41,9% do total). Estes resultados assemelham-se à pesquisa de Gonçalves (2013), que observou a trajetória de sinais e sintomas em mulheres com câncer de mama. Em contrapartida, Vendrusculo (2011) observou que 69% das entrevistadas recebiam alguma forma de auxílio financeiro. Atribui-se que essa situação se deva ao fato de que mulheres de baixas condições financeiras ou residentes em locais com serviços de saúde precários ou de pouco acesso têm menor acesso às medidas de detecção precoce, como exame de mamografia e, conseqüentemente, prognóstico ruim e sobrevida menor (WANG *et al.*, 2012; LEITE *et al.*, 2012).

Diversas transformações ocorrem na rotina das mulheres no momento em que se descobre o acometimento da doença e tendem a se acentuarem durante o tratamento, o que pode comprometer a qualidade de vida. Esta pode ser entendida como uma construção de vários domínios. O instrumento utilizado neste trabalho envolve a utilização de três dimensões ou escalas: funcionalidade, sintomas e qualidade de vida geral (QVG).

Com relação às escalas de funcionalidade, demonstrou-se que os escores de função física (77,67), desempenho de papéis (76,74), função cognitiva (72,09) e função social (79,26) estão elevados, significando que essas funções atingiram um patamar regular a satisfatório. Este resultado corrobora com estudo realizado por Lôbo e colaboradores (2014), também realizado na região Nordeste, onde encontraram escores numa média de 70,39 e no trabalho desenvolvido por Silva e colaboradores (2010), no Rio de Janeiro onde este domínio apresentou valor médio de 81,19, indicando que essas mulheres pouco eram afetadas quanto a realização de atividades do dia-a-dia. Em contrapartida, na pesquisa Nicolussi e Sawada (2011), a mulher apresentou importante redução nos escores de funcionalidade. No

No que diz respeito ao primeiro aspecto avaliado que é a função física, o escore obtido nesta escala foi de 77,67; evidenciando que o diagnóstico e o tratamento da patologia estudada não causam grandes impactos na realização de atividades do dia-a-dia das pacientes. Este resultado é considerado elevado quando comparado aos estudos de Vendrusculo (2011) e Duarte (2013), em que os escores foram de 53 e 57,2; respectivamente.

Referente ao desempenho de papéis, nota-se que as entrevistadas referiram vivenciar pouco comprometimento. Acredita-se que este achado tenha relação com a função física, que apresentou leve declínio. Além disso, a mulher assume na sociedade um papel de cuidadora, sendo difícil inverter com o papel de ser cuidada (VENDRUSCULO, 2011). Dessa forma, sugere-se que estes aspectos tenham levado a referir poucas mudanças no desempenho de papéis.

A literatura que trata do assunto constata que a mulher acometida pela neoplasia mamária possui dificuldades de desempenhar seus papéis em decorrência do tratamento e mudanças no seu cotidiano, porém ela assume novos papéis, como um grupo de apoio, desenvolve as tarefas domésticas, entre outros. Assim, há um equilíbrio entre os ganhos e as perdas de papéis (AMBROSIO; SANTOS, 2011).

No domínio de função cognitiva, considerando-se o escore de 72,09 verificou-se que a patologia e o tratamento provocaram leves alterações na memória, atenção e concentração. Lôbo e colaboradores (2014) afirmam que a realização de atividades como a leitura e discussões em grupo favorece na manutenção na cognição.

Porém, é importante destacar que neste estudo o escore que se apresentou inferior foi o de função emocional, com média de 67,14 corroborando com os escores obtidos em pesquisas de Fangel e colaboradores (2013); Bayram e colaboradores (2014) e Coelho (2015). Este achado pode indicar que as pacientes estão preocupadas, tristes, temerosas ou ansiosas.

Outras pesquisas encontraram resultados divergentes. No estudo de Hoyer e colaboradores (2011), na Suécia, a função emocional apresentou o maior escore na escala de funcionalidade, com média de 72,33. Dessa forma, as mulheres estudadas por estes autores enfrentaram de forma positiva o diagnóstico de câncer de mama e conseguiram manter as outras atividades funcionais.

É importante destacar que comumente, a neoplasia da mama tem repercussões significativas nos aspectos emocionais da mulher, uma vez que esta passa por diversas mudanças no seu dia-a-dia, podendo gerar dificuldades psicossociais. Além disso, existe a possibilidade real ou idealizada, com a morte, levando ao temor, apreensão, vergonha ou isolamento e, conseqüentemente, prejuízos de ordem emocional (AMBROSIO; SANTOS, 2011).

Outros fatores que podem afetar os aspectos emocionais nas mulheres é o fato de realizarem quimioterapia. Segundo Coelho (2015), este tratamento aumenta sintomas de ansiedade e depressão, ou até mesmo a realização de outros tratamentos, o que inclui a mastectomia, procedimento que comumente prejudica a autoimagem, feminilidade e sexualidade da mulher (GARCIA, 2015).

Seixas (2010) aponta que pelo menos um terço dos pacientes oncológicos irá apresentar algum tipo de sintoma relacionado à ansiedade e depressão devido ao tratamento. Entre as mulheres portadoras do câncer de mama, a prevalência de depressão varia entre 1,5% e 46% entre todos os estágios da doença, e 30% delas irão continuar apresentando relevantes níveis de ansiedade e depressão durante o seguimento do tratamento.

Neste âmbito, pela enfermagem está em maior tempo cuidando dos pacientes de um modo geral, Bayram e colaboradores (2014) afirmam que essa equipe possui um papel primordial, que deve incluir estratégias de suporte emocional às mulheres acometidas por câncer de mama, para que um melhor enfrentamento dos sentimentos negativos e preocupações que perduram neste período impactam na sua qualidade de vida.

A função social apresentou o escore mais elevado, corroborando com Coelho (2015). Acredita-se que as mulheres recebem apoio e suporte de família, amigos ou conseguem realizar as atividades sociais. É provável que este achado tenha relação com outras funções, como a função física, cognitiva e desempenho de papel, que apresentaram escores satisfatórios.

Porém, a pesquisa realizada por Vendrusculo (2011), detectou que o escore da função social apresentou redução moderada, indicando que aspectos como a vergonha ou outras dificuldades relacionadas à doença, fazem com que essas mulheres deixem de realizar as atividades sociais, decorrente da problemática de aceitação de suas mudanças físicas e emocionais, e assim optam por um isolamento social, impedindo que retornem às suas atividades rotineiras. Segundo

Figueiredo (2013) mulheres acometidas por câncer com nível de independência razoável têm maior possibilidade de manter suas atividades sociais.

No que tange a escala de sintomas, não houve escore significativo quanto aos respectivos sintomas: fadiga, náusea, dor, dispneia, perda de apetite, constipação e diarreia; o que significa que pouco interferem no cotidiano das participantes do estudo. Porém, é de bom alvitre ressaltar que a insônia e dificuldade financeira apresentaram escores elevados quando comparados aos outros sintomas.

Distúrbios do sono são comumente encontrados em pacientes com câncer (REZENDE, 2011). A insônia, reportada aqui, pode estar relacionada à função emocional, que se obteve resultado regular, em acordo com resultados da pesquisa de Guimarães e Anjos (2012) e Nicolussi *et al.* (2014) que obtiveram resultados semelhantes. A pesquisa de Coelho (2015) diverge deste estudo, uma vez que a insônia pouco afetou as entrevistadas.

A dificuldade financeira é o aspecto que apresentou o maior comprometimento às mulheres pesquisadas, uma vez que foi o pior escore encontrado nesta pesquisa (63,95), sendo assim, é um fator importante que tem grande influência na qualidade de vida (QV) delas. Este fator está intrinsecamente ligado ao fato das mulheres, predominantemente, terem apresentado uma renda baixa e não receberem nenhum tipo de ajuda financeira. Vale destacar que o fato da maioria das mulheres procederem do interior do Estado influencia neste resultado, uma vez que aumentam os gastos financeiros com o transporte para o tratamento, alimentação, dentre outros.

Situação semelhante foi encontrada na pesquisa de Lôbo (2014), em que muitas mulheres relataram grande comprometimento da renda. Em contrapartida, o resultado observado por Vendrusculo (2011) é bem abaixo ao do presente estudo, com uma média de 30, 21, configurando um comprometimento leve.

Nesta perspectiva, é importante que o enfermeiro forneça orientações as pacientes quanto aos benefícios que podem ser obtidos diante do acometimento por esta doença e que são assegurados por lei, como o saque integral do Fundo de Garantia por tempo de serviço (FGTS), auxílio doença, isenção de transporte, entre outros (SNIECIKOSKI; XAVIER, 2015).

Quanto a escala que avalia a QVG, obteve-se uma média de escore de 87,19, considerado elevado quando comparado com estudo de outros autores, tais como Fangel e colaboradores (2013), Furlan e colaboradores (2013) e Coelho

(2015), cujas as médias foram respectivamente: 74,63; 70,1 e 77,27. A presente pesquisa corrobora com estudo realizado por Guimarães e Anjos (2012) onde obteve média de 83,3.

Estes resultados demonstram que o câncer de mama é uma doença que gera impactos na qualidade de vida das mulheres, com grandes ou pequenas alterações. Isso porque a QVG é um critério individual, em que apenas o próprio indivíduo pode reportar, além de ser uma variável que tende a se modificar ao longo do tempo.

É certo que a qualidade de vida é algo dinâmico, dessa forma os índices de QVG precisam ser reavaliados constantemente no diagnóstico e tratamento da doença. Pesquisas que abordam a qualidade de vida englobam tanto a morbidade clínica, casada pela morbidade da doença e das terapêuticas sobre as atividades cotidianas e a satisfação de viver. Por meio da avaliação da qualidade de vida é possível planejar formas de intervenção, com o intuito de minimizar os efeitos da doença bem como alterações na qualidade de vida (NICOLUSSI, SAWADA, 2011).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No que diz respeito a metodologia utilizada este estudo alcançou os objetivos propostos no estudo. Com relação aos dados sociodemográficos predominou participantes na faixa etária acima dos 60 anos, cor parda, casada/união estável, com filhos vivos, do interior do Maranhão, filhos como cuidador, ensino médio completo, aposentadas, renda de 1 a 2 salários, não recebem ajuda financeira.

Quanto à escala funcional os escores estiveram elevados nos itens: função física, desempenho de papel, função cognitiva e função social, indicando nível regular e satisfatório. O escore mais baixo foi o da função emocional que indica o sentimento pouco tenso, irritado, deprimido ou preocupado. Na escala de sintomas o escore mais elevado foi com relação à insônia demonstrando que as mulheres apresentam alguma dificuldade para dormir. O item dificuldades financeiras encontra-se elevado, demonstrando que as mulheres possuem moderada dificuldade financeira, devido à condição física e tratamento. O escore da qualidade de vida geral está próximo de cem, demonstrando que a qualidade de vida dessas mulheres apresenta-se de forma satisfatória.

Acredita-se que os resultados apresentados no presente estudo possam contribuir para auxiliar na elaboração de estratégias e propostas terapêuticas, para melhor interpretação e compreensão das possíveis limitações emocionais, sintomas e dificuldades financeiras apresentadas pelas participantes, bem como, na discussão relacionada ao câncer de mama.

Contudo, considerando ser importante compreender as experiências vivenciadas pelas pacientes com câncer de mama, propõe-se a realização de estudos futuros com abordagem qualitativa que venham a complementar o presente estudo, para que se possa realizar uma análise mais profunda e abrangente dos possíveis comprometimentos na qualidade de vida das participantes, abordando as estratégias utilizadas pelas mesmas para adaptação e enfrentamento desses comprometimentos.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, R.A. Impacto da mastectomia na vida da mulher. **Rev SBPH**. 2006;9(2):99-113
- AMBROSIO, D. C. M.; SANTOS, M. A. Vivências de Familiares de Mulheres com Câncer de Mama: Uma Compreensão Fenomenológica. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. v. 27, n. 4, p. 475-484, out-dez, 2011.
- AMERICAN CANCER SOCIETY. **Cancer Facts & Figures 2015**. Atlanta: American Cancer Society, 2015. Disponível em: <<http://www.cancer.org/acs/groups/content/@editorial/documents/document/acspc-044552.pdf>>. Acesso em 20/06/2017.
- BARROS, F. S. D, et al. Racial inequalities in access to women's care in Southern Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 27, p. 2364-2372. 2011.
- BASTOS, J.L.D.; DUQUIA, R.P. **Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia**: estudo transversal. *Sci Med*. 2007;17(4):229-32.
- BAYRAM, Z.; DURNA, Z.; AKIN, S. Quality of life during chemotherapy and satisfaction with nursing care in Turkish breast cancer patients. **European Journal Cancer Care**. v. 23, p. 675-684, 2014.
- BERGAMANN, A. et al. Fisioterapia em mastologia oncológica: rotinas do hospital do câncer III, INCA. **Rev Bras Cancerol**. 2006;52(1):97-109.
- BONASSA, E.M.A. **Enfermagem em terapêutica oncológica**. 3a ed. São Paulo: Atheneu; 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013.
- CANTINELLI, F.S. et al. A oncopsiquiatria no câncer de mama – considerações a respeito de questões do feminino. **Rev Psiquiatr Clín**. 2006;33(3):124-33.
- CARVALHO, C. S. U. A Necessária atenção à família do paciente oncológico. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v. 54, n. 1, p. 87-96, 2008.

COELHO, R. C. F. P. **Qualidade de vida de mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico adjuvante e neoadjuvante.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem). 2015. 121 f. Universidade Federal do Paraná. Curitiba – PR, 2015.

CONDE, D. M. et al. Qualidade de vida de mulheres com câncer de mama. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia.** vol.28 n.3 Rio de Janeiro, mar., 2006.

DE PAULA, P. Portal da Saúde. **Pesquisa Nacional de Saúde.** 71% dos brasileiros têm os serviços públicos de saúde como referência. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/17961-71-dos-brasileiros-tem-os-servicos-publicos-de-saude-como-referencia>> Acesso em: 23/06/2017.

DUARTE, I. **Avaliação da qualidade de vida em mulheres com cancro de mama: Estudo exploratório com 55 mulheres angolanas.** Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde). 2013. 94 f. Instituto Universitário Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida. Lisboa – Portugal. 2013.

EWALD, F.;DANIELSKI, K. Cuidado de enfermagem diante do diagnóstico de câncer de mama. **RIES.** 2013;2(1):58-78.

EVANGELISTA, A. L. **Verificar a associação entre o nível de atividade física e qualidade de vida em mulheres com câncer de mamas tratadas com intuito de cura [tese].** São Paulo: Fundação Antônio Prudente; 2012.

FANGEL, L. M. V. et al. Qualidade de vida e desempenho de atividades cotidianas após tratamento das neoplasias mamárias. **Acta Paulista de Enfermagem.** v. 26, n. 1, p. 93-100. 2013.

FERRAZ, A.M.N. **Avaliação da qualidade de vida de mulheres mastectomizadas [dissertação].** Porto Alegre: Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009.

FERREIRA, D. B. **Qualidade de vida em pacientes em tratamento de câncer de mama - associação com rede social, apoio social e atividade física.** Dissertação (Mestrado em Ciências na Saúde Pública e Meio Ambiente). 2011. 104 f. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro-RJ. 2011.

FIGUEIREDO, S. L. S. **Funcionalidade e Qualidade de Vida em Pacientes Submetidas à Cirurgia de Câncer de Mama.** Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde). 2013. 96 f. Instituto de Ensino e Pesquisa da Santa Casa de Belo Horizonte. Belo Horizonte – MG, 2013.

FLECK, M. P. A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. vol.5, n.1 Rio de Janeiro 2000.

FRANCO, J.M. **Mastologia**: formação do especialista. São Paulo: Atheneu; 1997.

FURLAN, V. L. A. et al. Qualidade de vida e autoestima de pacientes mastectomizadas submetidas ou não a reconstrução de mama. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**. v. 28, n. 2, p. 264-269. 2013.

GARCIA, A. **Investigação dos fatores de risco para câncer de mama na cidade de Santos, SP. Dissertação** (Mestrado em Saúde Coletiva). 2015. 179 f. Universidade Católica de Santos. Santos – SP, 2015.

GONÇALVES, L. L. C. **Trajetória de mulheres com câncer de mama: dos sinais e sintomas ao tratamento**. Tese (Doutorado em Ciências). 2013. 143 f. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto – SP, 2013.

GUIMARÃES, A. G. C.; ANJOS, A. C. Y. Caracterização sociodemográfica e avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico adjuvante. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v. 58, n. 4, p. 581-592. 2012.

GURGEL, M. M. S. **Câncer de mama: estágio no momento do diagnóstico em mulheres residentes do Recife - Pernambuco**. 2011. 40 f. (Especialização em Saúde Coletiva). Departamento de Saúde Coletiva. Fundação Oswaldo Cruz, Recife. 2001.

HOYER, M. et al. Health-related of life among women with breast câncer – a population-based study. **Acta Oncology**. v. 50, p. 1015-1026, 2011.

IBGE. **Censo Demográfico 2010**. Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default_sinopse.shtm>. Acesso em: 17 jun. 2017.

IBGE. **Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. 2015. Disponível em: <<http://brasilemsintese.ibge.gov.br/educacao/anos-de-estudo-e-sexo.html>> Acesso em 20 jun. 2017.

INCA. Estimativa 2014. **Incidência de câncer no Brasil: síntese de resultados e comentários.** Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/sintese-deresultados-comentarios.asp>>. Acesso em: 19/06/2017.

_____. **Câncer de mama: sintomas.** Rio de Janeiro, 2017. Acesso 18 Jun 2017. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama+/sintomas>.

_____. **Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama.** Prevenção. Rio de Janeiro: INCA; 2017. Acesso 18 Jun 2017. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_mama/prevencao

_____. **O que é Câncer?** Rio de Janeiro: INCA, 2017. Acesso 17 Jun 2017. Disponível em: http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322.

_____. **Controle do Câncer de Mama: Documento do Consenso.** Rio de Janeiro: INCA; 2004. Acesso 18 Jun 2017. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/publicacoes/Consensointegra.pdf>.

_____. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Incidência de Câncer no Brasil: Estimativa 2016.** Rio de Janeiro, 2015.

IARC. International Agency For Research On Cancer. **List of Classifications by cancer sites with sufficient or limited evidence in humans, Volumes 1 to 103.** Disponível em: <<http://monographs.iarc.fr/ENG/Classification/Table4.pdf>>. Acesso em: 18 jun 2017.

International Association for the Study of Pain. Task Force on Taxonomy - **Classification of Chronic Pain:** descriptions of chronic pain syndromes and definition of pain terms. 2a ed. Seattle: IASP Press; 1994.

INUMARU, L. E.; SILVEIRA, E. A.; NAVES, M. M. V. Fatores de risco e de proteção para câncer de mama: uma revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 7, p. 1259-1270, 2011.

LEITE, F. M. C. et al. Estratégias de enfrentamento e relação com condições sociodemográficas de mulheres com câncer de mama. **Acta Paulista de Enfermagem**. v. 25, p. 211-217, 2012.

LÔBO, S. A. **Qualidade de Vida em Mulheres com câncer de mama em quimioterapia.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem). 2014. 56 f. Universidade Federal do Ceará. Fortaleza – CE, 2014.

MACHADO, S. M.; SAWADA, N. O. Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico adjuvante. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, 2008 out-dez; 17(4): 750-7.

MAJEWSKI, J. M. et al. Qualidade de vida em mulheres submetidas à mastectomia comparada com aquelas que se submeteram à cirurgia conservadora: uma revisão de literatura. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n.3, p 707-716, 2012.

MAKLUF, A.S.D. et al. Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer da mama. **Rev Bras Cancerol**. 2006;52(1):49-58

MATOS, J. C.; PELLOSO, S. M.; CARVALHO, M. D. B. Prevalência de fatores de risco para o câncer de mama no município de Maringá, Paraná. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. v. 18, n. 3, p. , mai-jun. 2010.

MOHALLEM, A.G.C; RODRIGUES, A.B. **Enfermagem oncológica**. Barueri: Manole; 2007.

MONTEIRO, S.E. Fisioterapia no pós-operatório de câncer de mama. In: Baracho E. **Fisioterapia aplicada à obstetrícia, uroginecológica e aspectos de mastologia**. 4a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007.

NICOLUSSI, A. C. et al. Qualidade de vida e reabilitação dos pacientes oncológicos. **Revista Cultura e Extensão USP**. v. 8, p. 153-165, 2014.

NICOLUSSI, A. C.; SAWADA, N. O. Qualidade de vida de pacientes com câncer de mama em terapia adjuvante. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre. v. 32, n. 4, p. 759-766. 2011.

PEREIRA, S.G. et al. Vivências de cuidados da mulher mastectomizada: uma pesquisa bibliográfica. **Rev Bras Enferm**. 2006;59(6):791-95.

PIATO, S. **Diagnóstico e terapêutica em mastologia**. 2a ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2004).

PIMENTEL, F. **Qualidade de vida e oncologia**. Coimbra: Almedina; 2006

PINOTTI, M.; CARDOSO, E. B.; BORATTO, M. G.; TEIXEIRA, L. C.; PINOTTI, J. A. Neoplasias da mulher. In: BIFULCARO, V. A.; FERNANDES JR., H. J.; BARBOZA, A. B. (orgs). **Câncer: uma visão multiprofissional**. Barueri: Minha Editora. 2010. Cap. 3, p 41-70.

RAMIREZ, A. J. Factors predicting delayd presenattion of syntomatic breast câncer: a systematic review. **Lancet**, v. 353, n. 9159, p. 1119-1126, abr. 2006.

REZENDE, V. L. et al. **Avaliação psicológica dos cuidadores de mulheres com câncer pelo General Comfort Questionnaire**. Paidéia (Ribeirão Preto). v. 20, n. 46, p. 229-237, maio/ago. 2010.

ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003.

SANTOS, M.C.L. et al. Comunicação terapêutica no cuidado pré-operatório de mastectomia. **Rev Bras Enferm**. 2010;63(4):675-78.

SAWADA, N. O.; NICOLUSSI, A. C.; OKINO, L.; CARDOSO, F. M. C.; ZAGO, M. M. F. Avaliação da qualidade de vida de pacientes com câncer submetidos a quimioterapia. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. 2009; 43(3) 581-7

SEIXAS, R. J.; FRISON, V. B. Atividade física e qualidade de vida em pacientes oncológicos durante o período de tratamento quimioterápico. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v. 56, n. 3, p. 321-330, 2012.

SILVA, C. B.; ALBUQUERQUE, V.; LEITE, L. Qualidade de vida em pacientes portadoras de neoplasia mamária submetidas a tratamentos quimioterápicos. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v. 56, n. 2, p. 227-236. 2010.

SILVA, R. C. F.; HORTALE, V. Cuidados paliativos oncológicos: elementos para o debate de diretrizes nesta área. **Cadernos de Saúde Pública**, 2006; 22(10):2055-2006.

SILVA, P. A.; RIUL, S. S. Câncer de mama: fatores de risco e detecção precoce. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 64, n. 6, p. 1016-1021, nov-dez, 2011.

SIO, T. T. et al. Patient age is related to decision-making, treatment selection and perceived quality of life in breast cancer survivors. **World Journal of Surgery (Online)**. v. 12, n. 230, 2014.

SNIECIKOSKI, M. T.; XAVIER, P. R. H. **Exercendo a cidadania**: manual de direitos. Curitiba: Hospital de Clínicas. 2015.

SOARES, P. B. M. et al. Características das mulheres com câncer de mama assistidas em serviços de referência do Norte de Minas Gerais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v. 15, n. 3, p. 595-604. 2012.

VENDRUSCULO, L. M. **Capacidade Funcional e Qualidade de Vida de mulheres com câncer de mama após o tratamento oncológico**. Dissertação (Mestrado em

Enfermagem em Saúde Pública). 2011. 104 f. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP. Ribeirão Preto – SP. 2011.

WANG, Q. et al. Breast cancer stage at diagnosis and area-based socioeconomic status: a multicenter 10-year retrospective clinical epidemiological study in China. **BioMed Central Cancer**, v. 12, n. 1, p. 122. 2012. ISSN: 1471-2407 (versão eletrônica).

OLIVEIRA, S.L. **Tratado de Metodologia Científica. Projetos de pesquisas, TGI, TCC, monografias, dissertações e teses**. 2a ed. São Paulo: Editora Pioneira Thomson; 1999.

OMS. World Health Organization. **Breast cancer: prevention and control**. Disponível em: <<http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/>>. Acesso em: 27 jun. 2017.

YUSUF, et al. Quality of life in Malay and Chinese women newly diagnosed with breast cancer in Kelantan, Malaysia. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**. v. 14, p. 435-440. 2013.

TIEZZI, D.G. Cirurgia conservadora no câncer de mama. **Rev Bras Ginecol Obstet**. 2007;29(8):428-34.

APÊNDICES

APENDICE A - QUESTIONÁRIO PARA DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Nome: _____

Data do preenchimento ___/___/___ nº _____

1. Qual a sua idade (em anos)? _____
2. Qual a sua raça/cor? () 1. Branca 2. Preta 3. Amarela 4. Parda 5. Indígena 6. Não registrada
3. Estado civil? (1) Casado/ união estável (2.) Solteiro (3) Separado/ Divorciado (4) Viúvo
4. Tem filhos? (1) Sim (2) Não
5. Qual a sua procedência? (1) São Luís (2) Interior do MA (3) Outro
6. Quem é o cuidador da senhora em casa?
7. Qual o seu grau de escolaridade? () (1) Analfabeto (2) 1ª a 9º ano do Ensino Fundamental completo (antiga 1ª a 8ª série) (3) 1ª a 9º ano do Ensino Fundamental incompleto (antiga 1ª a 8ª série) (4) Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) (5) Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) (6) Educação superior incompleta (7) Educação superior completa
8. Qual a sua profissão?
9. Qual a sua renda mensal? () 1. 0 a 2 salários mínimos 2. 3 a 4 salários mínimos 3. 5 ou mais salários mínimos 4. Outro: _____
10. Recebe ajuda financeira de alguém? (1) familiar (4) amigos (2) prefeitura (5) não (3) vizinhos

APÊNDICE B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos Você para participar da pesquisa **“Qualidade de vida de mulheres com câncer de mama”**, sob a responsabilidade da pesquisadora Carla Janny Nunes de Abreu acadêmica do curso de Enfermagem da UFMA e da Professora Dra Ana Hélia de Lima Sardinha. Os objetivos deste estudo são avaliar a qualidade de vida de mulheres com Câncer de mama e descrever os dados sociodemográficos das participantes.

Você irá colaborar respondendo questões sobre seus dados pessoais, como nome, idade, estado civil dentre outros.

Esclarecemos que manteremos em anonimato e sob sigilo absoluto todos os dados que possam identificar você, usando apenas, para divulgação, os dados inerentes ao desenvolvimento do estudo.

Quanto aos riscos e desconfortos, estes referem-se a quebra de sigilo das informações coletadas. Porém, tomaremos todas as providências para evitá-las, mantendo os dados em local seguro e somente sob o poder das pesquisadoras, sendo todo o material destruído após a análise dos dados. Caso você venha a sentir-se lesado, comunique o pesquisador responsável para que sejam resguardados os seus direitos.

Você terá os seguintes direitos: a garantia de esclarecimento e resposta a qualquer pergunta; a liberdade de abandonar a pesquisa a qualquer momento sem prejuízo para si.

Nos casos de dúvidas e esclarecimentos procurar as pesquisadoras responsáveis nos endereços abaixo:

Carla janny Nunes De Abreu

Telefone: (98) 981874016

Email: carlajanny@live.com

Dr^a Ana Hélia de Lima Sardinha

Telefones: Cel: (98) 98159-9161 /Comercial (98) 32729706

Email: anahsardinha@ibest.com.br

Termo Pós-esclarecido

Eu, _____
_____, após ter recebido todos os esclarecimentos e ciente dos meus direitos, concordo em participar desta pesquisa, bem como autorizo a divulgação e a publicação de toda informação por mim transmitida, exceto dados pessoais, em publicações e eventos de caráter científico. Desta forma, assino e rubrico este termo, juntamente com o pesquisador responsável, em duas vias de igual teor, ficando uma sob o meu poder e a outra em poder do pesquisador.

Local: Data: ___/___/___

Participante da pesquisa

Assinatura do pesquisador

ANEXOS

ANEXO A - QUESTIONÁRIO EORTC QLQ C-30

	Não	Um pouco	Moderadamente	Muito
1- Você tem qualquer dificuldade quando faz grandes esforços, por exemplo, carregar uma bolsa de compras pesada ou uma mala?	1	2	3	4
2- Você tem qualquer dificuldade quando faz uma longa caminhada?	1	2	3	4
3- Você tem qualquer dificuldade quando faz uma curta caminhada fora de casa?	1	2	3	4
4- Você tem que ficar numa cama ou na cadeira durante o dia?	1	2	3	4
5- Você precisa de ajuda para se alimentar, se vestir, se lavar ou usar o banheiro?	1	2	3	4
Durante a última semana	Não	Um pouco	Moderadamente	Muito
6- Tem sido difícil fazer suas atividades diárias?	1	2	3	4
7- Tem sido difícil ter atividades de divertimento ou lazer?	1	2	3	4
8- Teve falta de ar?	1	2	3	4
9- Tem tido dor?	1	2	3	4
10- Precisou repousar?	1	2	3	4
11- Tem tido problemas para dormir?	1	2	3	4
12- Tem se sentido fraco/a?	1	2	3	4
13- Tem tido falta de apetite?	1	2	3	4
14- Teve se sentido enjoado/a?	1	2	3	4
15- Tem vomitado?	1	2	3	4
16- Tem tido prisão de ventre?	1	2	3	4
17- Tem tido diarreia?	1	2	3	4
18- Esteve cansado?	1	2	3	4
19- A dor interferiu em suas atividades diárias?	1	2	3	4
20- Tem tido dificuldade para se concentrar em coisas, como ler jornal ou ver televisão?	1	2	3	4
21- Se sentiu nervoso/a?	1	2	3	4
22- Esteve preocupado/a?	1	2	3	4
23- Se sentiu irritado/a facilmente?	1	2	3	4
24- Se sentiu deprimido/a?	1	2	3	4
25- Tem tido dificuldade de se lembrar das coisas?	1	2	3	4
26- A sua condição física ou o tratamento medico tem interferido em sua vida familiar?	1	2	3	4
27- A sua condição física ou o tratamento medico tem interferido em suas atividades sociais?	1	2	3	4
28- A sua condição física ou o tratamento medico tem	1	2	3	4

Ihe trazido dificuldades financeiras?

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

29- Como você classificaria a sua saúde em geral durante a última semana?						
Péssimo Ótimo						
1	2	3	4	5	6	7
30- Como você classificaria a sua qualidade de vida geral durante a última semana?						
Péssimo Ótimo						
1	2	3	4	5	6	7

ANEXO B - FÓRMULAS PARA CÁLCULO DOS ESCORES DOS QUESTIONÁRIOS
EORTC QLQ C-30

Quadro 1- Fórmulas para cálculo dos escores do questionário EORTC-QLQ C 30

Escala s	Questões	Fórmulas	Valores da soma dos escores		
			mínimo	máximo	amplitude
Saúde Global/ QV	29 e 30	$\{[(Q29+Q30) / 2]-1\}/6\} * 100$	1	7	6
Funcional	1 a 7, 20 a 27	$\{1- [((Q1+Q2+Q3+...+Q7+Q20+Q21+Q22+...+Q27) / 15)-1] / 3\} * 100$	1	4	3
Sintomas	8 a 19, 28	$\{[(Q8+Q9+Q10+...+Q16+Q17+Q18+Q19+Q28)/13]-1\} / 3\} * 100$	1	4	3

(Evangelista, 2012).

ANEXO C - INTERPRETAÇÃO DOS ESCORES DO EORTC QLQ C-30 VERSÃO 3.0

Quadro 1: Interpretação dos escores do EORTC QLQ C-30 versão 3.0.

Escala	Questão	Item	Nível*	Escore mínimo	Escore máximo
Escala: Medida global de saúde/Qualidade de vida (QV)					
Domínio: MGS/QV	29 e 30	2	6	Condição física e QV ruim	Condição física e QV excelente
Escala Funcional					
Domínio: Função Física	1 a 5	5	3	Confinado à cama, necessita de ajuda para tomar banho, vestir-se e comer	Pode realizar atividades físicas pesadas sem dificuldade
Domínio: Desempenho de Papéis	6 e 7	2	3	Impedido de trabalhar ou realizar atividades de lazer	Não apresenta limitações no trabalho ou no lazer
Domínio: Função Emocional	21 a 24	4	3	Sente-se muito irritado, tenso, deprimido e preocupado	Não se sente irritado, tenso, deprimido e preocupado
Domínio: Função Cognitiva	20 e 25	2	3	Apresenta muita dificuldade em concentrar-se e recordar informações	Não apresenta dificuldade de concentração e memória

Domínio: Função Social	26 e 27	2	3	A condição física e o tratamento interferem muito na vida familiar e em atividades sociais	A condição física e o tratamento não interferem na vida familiar e em atividades sociais
Escala de sintomas					
Domínio: Fadiga	10,12 e 18	3	3	Não se sente cansado ou fraco e não necessita descansar	Sente-se muito fraco e cansado e necessita descansar a maior parte do tempo
Domínio: Náusea e vômito	14 e 15	2	3	Não apresenta náusea ou vômito	Sente-se muito nauseado e vomita muito
Domínio: Dor	9 e 19	2	3	Não sente dor	Apresenta muita dor que interfere em todas as atividades
Domínio: Dispneia	8	1	3	Não apresenta dispneia	Apresenta dispneia severa
Domínio: Insônia	11	1	3	Não apresenta dificuldades para dormir	Não consegue dormir
Domínio: Perda de apetite	13	1	3	Apetite conservado	Anorexia severa
Domínio: Constipação	16	1	3	Sem constipação	Constipação severa
Domínio: Diarreia	17	1	2	Sem diarreia	Diarreia severa
Dificuldade Financeira					

Domínio: Dificuldade Financeira	28	1	3	A condição física e o tratamento não provocam dificuldades financeiras	A condição física e o tratamento provocam dificuldades financeiras
---------------------------------------	----	---	---	--	--

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

(Vendrusculo, 2011).

ANEXO D- PARECER DO COLEGIADO DO CURSO



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CCBS – CURSO DE ENFERMAGEM

PARECER DO COLEGIADO DE CURSO -PROJETO DE TCC

1. **TÍTULO:** CACER DE MAMA EM MULHERES EM QUIMIOTERAPIA: Avaliação da qualidade de vida

2. **ALUNO(A):** CARLA JANNY NUNES DE ABREU

3. **ORIENTADOR(A):** Prof^ª. Dr^ª. ANA HELIA DE LIMA SARDINHA

4. **INTRODUÇÃO:** O câncer de mama é o segundo tipo mais frequente na população mundial porém tem bom prognóstico se diagnosticado precocemente. Os tratamentos incluem cirurgia, radioterapia, hormonioterapia, imunoterapia e quimioterapia. O impacto do câncer de mama e do tratamento ocasiona alterações no cotidiano de mulheres impactando sua qualidade de vida- *Capítulo redigido de forma clara e sucinta, utilizando referências atuais.*

5. **JUSTIFICATIVA:** O estudo justifica-se pelos crescentes casos de câncer de mama no estado do Maranhão e se propõe a uma investigação mais profunda da qualidade de vida desses pacientes. - *Apresenta Justificativa coerente com a proposta.*

6. **OBJETIVOS:** -Avaliar a qualidade de vida de mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico -*Passível de alcance.*

7. **PROCESSO METODOLÓGICO:**

Estudo analítico, transversal e com abordagem quantitativa. Será realizado no Hospital do Câncer Aldenora Belo com mulheres com diagnóstico de câncer de mama e em tratamento quimioterápico (amostragem por conveniência) e o período de coleta de dados dar-se-á entre dezembro de 2016 e fevereiro de 2017. Aplicar-se-ão o formulário de identificação de dados sociodemográficos e clínicos e o questionário EORTIC QLQ-C30.

8. **CRONOGRAMA:** *Contempla todas as etapas de um projeto de pesquisa com início em julho de 2016 e término registrado em julho de 2017.*

9. **TERMO DE CONSENTIMENTO:** Contempla a Resolução 466/12 do CNS.

10. **NORMATIZAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA:** -*Adequada*

11. **CONCLUSÃO DO PARECER**

Em face à análise realizada no projeto apresentado ao Colegiado do Curso de Enfermagem, este parecerista decide pela APROVAÇÃO.

São Luís, 09 de dezembro de 2016.

Adriana R. Rabito

Professor(a) Relator(a)

- Aprovado pelo Colegiado de Curso em reunião do dia ___/___/___.
- Aprovado "ad referendum" do Colegiado de Curso em 13/12/2016.
- Referendado pelo Colegiado de Curso em reunião do dia ___/___/___.

Lena Maria Barros Fonseca

Prof^ª Dr^ª Lena Maria Barros Fonseca
Coordenadora do Curso de Enfermagem

ANEXO E- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: HOMENS E MULHERES COM CÂNCER: SIGNIFICADOS, PERCEPÇÕES E IMPLICAÇÕES

Pesquisador: Ana Hélia de Lima Sardinha

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 58484616.3.0000.5086

Instituição Proponente: Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/HU/UFMA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.749.940

Apresentação do Projeto:

O câncer é uma doença crônico-degenerativa multicausal e atualmente é um grande problema de saúde pública mundial tanto nos países desenvolvidos quanto nos países em desenvolvimento. Existem fatores determinantes de vários tipos de câncer, muitos deles são hereditários, entretanto, a interação com fatores como, os hábitos de vida dos indivíduos e suas condições socioeconômicas, demográficas e ambientais determina um risco aumentado do adoecimento. No ano 2030, podem-se esperar 27 milhões de casos

incidentes de câncer, 17 milhões de mortes por câncer e 75 milhões de pessoas vivas, anualmente, com câncer. O objetivo consistirá em avaliar os significados, percepções e implicações dos homens e mulheres com câncer, atendidas em hospital de referência em tratamento do câncer no Maranhão. Trata-se de um estudo descritivo de abordagem mista baseado nos pressupostos de pesquisas qualitativa e quantitativa. A pesquisa será desenvolvida no Hospital do Câncer Aldenora Bello (HCAB), localizado em São Luís do Maranhão, atualmente o único Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) do estado do Maranhão. Serão utilizados questionários validados com perguntas fechadas para a obtenção de dados quantitativos e um roteiro de entrevista para os dados qualitativos. Os dados quantitativos serão importados para o software de tratamento estatístico STATA 14, onde serão gerados

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

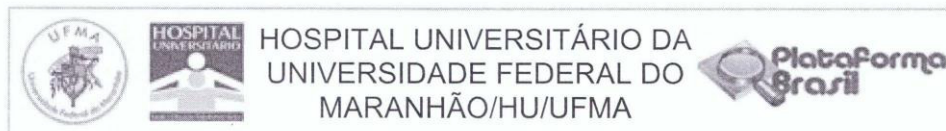
CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 1.749.940

mesmos."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pesquisa relevante que pretende avaliar os significados, percepções e implicações dos homens e mulheres com câncer e poderá contribuir para o entendimento dos significados, percepções e implicações que acometem os homens e mulheres com câncer, visando à melhoria da assistência dos mesmos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo apresenta documentos referente aos "Termos de Apresentação Obrigatória": Folha de rosto, Declaração de compromisso em anexar os resultados na plataforma Brasil garantindo o sigilo, Orçamento financeiro detalhado, Cronograma com etapas detalhada, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), Autorização do Gestor responsável do local para a realização da coleta de dados e Projeto de Pesquisa Original na íntegra em Word. Atende à Norma Operacional no 001/2013(item 3/ 3.3).

O protocolo apresenta ainda as declarações de anuência, declaração de responsabilidade financeira e termo de compromisso com a utilização dos dados resguardando o sigilo e a confidencialidade.

Recomendações:

Após o término da pesquisa o CEP-HUUFMA solicita que se possível os resultados do estudo sejam devolvidos aos participantes da pesquisa ou a instituição que autorizou a coleta de dados de forma anonimizada.

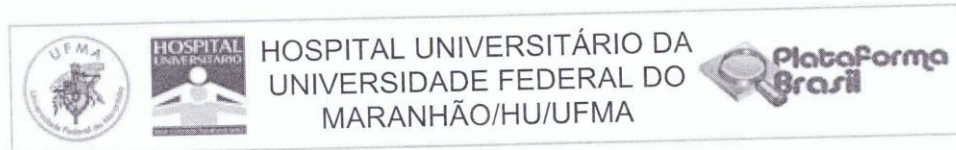
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O PROTOCOLO atende aos requisitos fundamentais da Resolução CNS/MS nº 466/12 e suas complementares.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa—CEP-HUUFMA, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº.466/2012 e Norma Operacional nº. 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do projeto de pesquisa proposto.

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227
 Bairro: CENTRO CEP: 65.020-070
 UF: MA Município: SAO LUIS
 Telefone: (98)2109-1250 E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 1.757.188

social a partir do momento em que a discussão sobre o tema trará reflexões aos profissionais de saúde oportunizando os participantes a discutirem sobre avaliação da atenção a saúde dos idosos no Maranhão, visando à melhoria da assistência dos mesmos

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de importância, pois possibilitara conhecer o perfil populacional de idosos contribuindo dessa forma com atendimento, ações e políticas voltadas para esse público que é cada vez crescente.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo cumpre com as exigências da Resolução CNS/MS nº466/12 em relação aos "Termos de Apresentação Obrigatória": Folha de rosto, Projeto de pesquisa original na íntegra, Declaração de compromisso em anexar os resultados na Plataforma Brasil garantindo o sigilo, Orçamento financeiro detalhado e Autorização do Gestor responsável do local para a realização da coleta de dados.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Parecer elaborado de acordo com a Resolução CNS/MS nº 466/12 e suas complementares. Apreciado e APROVADO em Assembléia do CEP.

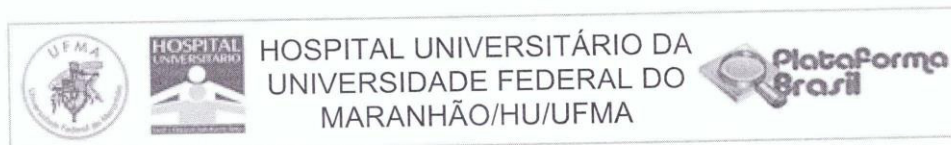
Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser inseridas à plataforma encaminhada ao CEPHUUFMA de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Relatórios parciais e finais devem ser apresentados ao CEP, inicialmente após a coleta de dados e ao término do estudo.

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer elaborado de acordo com a Resolução CNS/MS nº 466/12 e suas complementares. Apreciado e APROVADO em Assembléia do CEP.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser inseridas à plataforma encaminhada ao CEPHUUFMA de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Relatórios parciais e finais devem ser apresentados ao CEP, inicialmente após a coleta de dados e ao término do estudo.

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227
 Bairro: CENTRO CEP: 65.020-070
 UF: MA Município: SAO LUIS
 Telefone: (98)2109-1250 E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 1.749.940

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser inseridas à plataforma encaminhada ao CEP-HUUFMA de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. O pesquisador deve: desenvolver o projeto conforme delineado; elaborar e apresentar relatórios parciais e final; apresentar dados solicitados pelo CEP quando solicitado; e encaminhar os resultados para publicação sejam eles favoráveis ou não e justificar ao CEP caso haja interrupção do projeto.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_765097.pdf	02/09/2016 08:34:09		Aceito
Outros	Carta_resposta.pdf	02/09/2016 08:33:21	Ana Hélia de Lima Sardinha	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_cancer2.docx	02/09/2016 08:32:47	Ana Hélia de Lima Sardinha	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Cancer_usuario2.pdf	02/09/2016 08:32:16	Ana Hélia de Lima Sardinha	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_cancer_profissionais2.pdf	02/09/2016 08:31:55	Ana Hélia de Lima Sardinha	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_cancer_cuidador2.pdf	02/09/2016 08:31:34	Ana Hélia de Lima Sardinha	Aceito
Outros	questionario3.pdf	28/07/2016 12:35:58	Ana Hélia de Lima Sardinha	Aceito
Outros	questionario1.pdf	28/07/2016 12:35:06	Ana Hélia de Lima Sardinha	Aceito
Outros	questionario2.pdf	28/07/2016 12:34:23	Ana Hélia de Lima Sardinha	Aceito
Outros	termo_de_autorizacao.pdf	28/07/2016 12:31:47	Ana Hélia de Lima Sardinha	Aceito
Outros	termo_de_compromisso.PDF	28/07/2016 12:20:16	Ana Hélia de Lima Sardinha	Aceito
Outros	termo_de_anuencia.PDF	28/07/2016 12:19:38	Ana Hélia de Lima Sardinha	Aceito

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227
Bairro: CENTRO
UF: MA Município: SAO LUIS
Telefone: (98)2109-1250

CEP: 65.020-070

E-mail: cep@huufma.br