

Expectativa e realidade dos sintomas e comorbidades em mulheres submetidas à quimioterapia para câncer de mama

Facts and expectations in women on chemotherapy for breast cancer

Sabrina Rossi Perez Chagas¹, Carlos Ricardo Chagas², Hilton A. Koch³

¹Médica oncologista clínica, *staff* do Instituto Nacional do Câncer, *staff* da Hospital Universitário Pedro Ernesto (Uerj) e da Oncoclínica.

²Presidente da Sociedade Brasileira de Mastologia.

³Chefe do Serviço de Radiologia do Hospital Clementino Fraga Filho.

Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) – Hospital Clementino Fraga Filho e em clínica particular.

E-mail: sabrina_chagas@globo.com

Recebido em: 8/10/2008. Aceito após modificações em: 17/11/2008

Palavras-chaves

Câncer de mama;
Qualidade de vida;
Quimioterapia.

RESUMO

Objetivo: Este trabalho visa colaborar para o aprimoramento da qualidade de vida das pacientes em quimioterapia para câncer de mama, avaliando: o conhecimento prévio sobre os efeitos secundários da quimioterapia e após sua vivência; as repercussões em nível emocional; as informações prestadas pelo médico-assistente; a influência nas atividades laborais. **Métodos:** Foi realizado questionário com 32 mulheres em quimioterapia no Serviço de Oncologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro ou em clínica particular no período entre outubro de 2007 e setembro de 2008. A entrevista foi estratificada nos seguintes aspectos: domínio psicológico (sentimentos relacionados ao tratamento), social (familiar e preconceito), ambiental (fonte das informações prévias à quimioterapia) e físico (medicações em uso, atenção dado pelo médico-assistente e efeitos colaterais). **Resultados:** A idade média das entrevistadas foi de 46,7 anos. Do preconceito quanto aos sintomas relacionados à quimioterapia, temos que a alopecia é o fator mais conhecido e que distúrbios de humor são praticamente desconhecidos. As medicações para alívio sintomático são eficazes em 56,25% dos casos (18 pacientes). O apoio familiar, a ausência de discriminação e o afastamento das atividades laborais são constantes. A alopecia e as náuseas foram consideradas itens bem informados pelo oncologista ao início da terapia. Quando comparada à vivência da quimioterapia com a expectativa prévia, o único fator visto como pior do que o imaginado foi a alopecia. Os outros fatores abordados foram considerados iguais ou melhores do que o esperado. **Conclusão:** A qualidade de vida parece consolidar-se como uma variável clínica importante. Seu desenvolvimento poderá resultar em mudanças na prática assistencial e na consolidação de novos paradigmas do processo saúde-doença.

ABSTRACT

Objective: This studies' main goal is to help improve the quality of life of patients who go through chemotherapy treatment for breast cancer, evaluating: the prior knowledge of chemotherapy side effects and after going through it; the repercussions at the emotional level; all the informations given by the assistant doctor; the influences on work activities. **Methods:** We submitted questionnaires to 32 patients who underwent chemotherapy at the Oncology Department of the Federal University of Rio de Janeiro or in private institution between October 2007 and September 2008. The interview covered the following aspects: psychological wholeness (feelings towards treatment), social (family support and biased conducts), environmental (information available prior to chemo) and physical (medication used and side effects from drug intake). **Results:** The middle age was 46,7 years. Alopecia was the most known factor, and the disturbances of mood appear like a practically unknown one. The medications prescribed in the control of symptoms are efficient in 56,25% (18 patients) of the cases. The familiar support, the absence of discrimination and the removal of the job activities during the treatment are common.

Keywords

Breast cancer;
Quality for life;
Chemotherapy.

The alopecia and nausea were considered itens informed well by the oncologist. And when the chemotherapy was compared with the prior expectation, the only factor saw itself seen how worse of what the imagined went alopecia (14 patients – 50%). Other boarded factors were the same or better than the expected one.

Conclusion: *Quality of life tends to be consolidated like an important variable in the clinical practice. It's development will turn in changes in assistencial practice and in the consolidation of new paradigms of the process greet disease.*

Introdução

O câncer de mama é um sério problema de saúde pública em virtude de sua alta incidência e mortalidade²¹. Constitui a principal neoplasia maligna que acomete o sexo feminino no Brasil, apresentando taxa bruta de incidência, estimada para 2008, de 52,43 casos por 100 mil mulheres¹⁵. Além de muitas vezes causar limitações estéticas e funcionais às mulheres atingidas, com imediatas repercussões físicas e psíquicas, interfere em sua integração social^{1,7}. Milhares de mulheres precisam aprender a conviver com o câncer, com seu tratamento e suas adversidades.

Em particular, o tratamento quimioterápico costuma causar comorbidades que se relacionam, como é relatado na literatura, com efeitos negativos significantes na qualidade de vida (QV)¹⁶ – que consistiria no bem-estar físico, psicológico e social^{2,10,18}. As manifestações clínicas causadas pela quimioterapia, mais relatadas na literatura, são: medo, depressão, fadiga, sintomas da menopausa, desconforto sexual e disfunção cognitiva^{6,14}.

O especialista trabalha na busca do controle dos tumores. Em sua perspectiva, a indicação da quimioterapia deve se basear na relação entre riscos e benefícios. No entanto, é direito das pacientes serem bem informadas. Mais ainda, considera-se que a percepção das orientações por parte das pacientes pode interferir definitivamente na QV^{8,9,13}.

Do ponto de vista da paciente, em nosso meio, há poucos dados disponíveis acerca de suas opiniões sobre o tratamento que lhe é proposto. Como conhecimentos sobre QV podem beneficiar de fato as pacientes? Da mesma forma, é importante saber quais são seus principais sentimentos em relação à doença e como permanece sua rotina, adiante da família e da sociedade, após o início do tratamento. Tais preocupações surgiram do convívio com os profissionais de saúde e com as portadoras de câncer de mama, no dia a dia de um Serviço de Oncologia Clínica. Este trabalho procura, de alguma forma, colaborar para o aprimoramento à QV da pacientes submetidas à quimioterapia para câncer de mama.

Objetivos

Este estudo visa avaliar o impacto da quimioterapia sobre a QV das portadoras de câncer de mama com base na análise dos seguintes parâmetros:

- conhecimento prévio das pacientes portadoras de câncer de mama sobre os efeitos secundários da quimioterapia e a imagem que fica após sua vivência;
- repercussões da quimioterapia em nível emocional;
- nível de informações prestadas pelo médico-assistente;
- influência do tratamento na vida laborativa das pacientes.

Pacientes, material e métodos

Após esclarecido o estudo das pacientes entrevistadas e assinado o consentimento livre e informado, efetuou-se a coleta de dados sob a forma de questionário com 32 mulheres que realizaram ao menos dois ciclos de quimioterapia no Serviço de Oncologia da UFRJ e em clínica particular no período entre 6/10/2007 e 19/9/2008. De cada mulher, obtivemos as seguintes informações: identificação, idade, profissão, número de ciclos realizados e cirurgia realizada.

A entrevista foi separada nas seguintes categorias: domínio psicológico (sentimentos em relação ao tratamento), domínio social (suporte familiar e preconceito), domínio ambiental (fonte das informações prévias à quimioterapia) e domínio físico (medicações em uso, atenção dada pelo médico-assistente e efeitos colaterais das drogas). Essas quatro categorias preenchem os quatro domínios presentes do questionário WHOQOL-bref. Além disso, o tratamento oncológico foi analisado em três perspectivas: ideias pré-diagnóstico, pré-quimioterapia e após pelo menos dois ciclos realizados^{3,4,20}.

O critério de seleção das questões para a entrevista baseou-se na divisão de domínios que compõem o instrumento de avaliação de QV desenvolvido pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (OMS), o WHOQOL-100. O caráter abrangente do instrumento original foi preservado e deu-se maior ênfase às questões relacionadas à quimioterapia^{11,12,17,19}.

Crítérios de inclusão

Participaram pacientes que, por encaminhamento, chegaram ao Serviço de Oncologia do Hospital Universitário Clementino

Fraga Filho da UFRJ para realização de tratamento quimioterápico adjuvante ou neoadjuvante, ou pacientes em acompanhamento com mastologista em clínica privada, tendo ao menos realizado dois ciclos.

Os protocolos empregados utilizaram os seguintes fármacos: FEC (5-fluorouracil, epirrubicina e ciclofosfamida), AC (doxorubicina e ciclofosfamida), seguidos ou não de docetaxel ou paclitaxel. Além desses, encontramos também o uso de capecitabina e gencitabina como terceira linha.

Armazenamento de dados

Iniciou-se um banco de dados utilizando o sistema Excel 2003 para registro informatizado das mulheres entrevistadas. As informações colhidas em questionário foram transportadas para esse banco de dados e analisadas.

Resultados

Quanto ao perfil das mulheres do estudo

Das 32 mulheres participantes, 19 pertenciam ao Serviço de Oncologia Clínica do Hospital Clementino Fraga Filho da UFRJ e 13 vieram de clínica particular. A idade média das entrevistadas foi de 46,7 anos, sendo a idade mínima de 28 e a máxima de 72 anos. Em relação ao estadiamento da doença, três pacientes estavam no estágio I (11,53%); seis (23,07%), no estágio IIa; quatro, no IIb (15,38%); duas (7,69%), no IIIa; cinco (19,23%), no estágio IIb e seis (23,07%), no estágio IV. Em seis não foi possível determinar o estágio inicial. Podemos observar essa distribuição no gráfico 1.

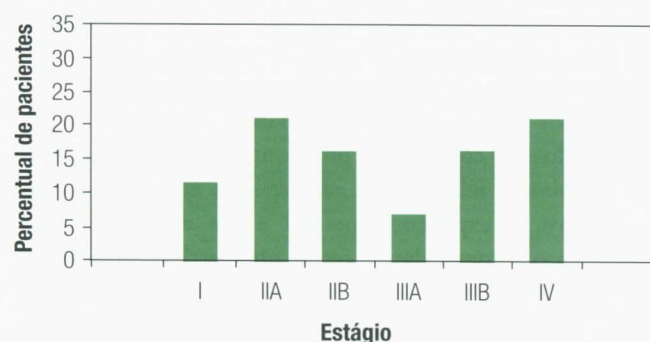


Gráfico 1. Percentual de pacientes em cada estágio tumoral.

Dezessete pacientes (53,12%) haviam sido submetidas à mastectomia radical. A segmentectomia foi realizada em 13 mulheres (40,62%). Uma (3,12%) havia realizado mastectomia bilateral e apenas quatro estavam realizando neoadjuvância (12,5%), por isso ainda não haviam feito nenhum tipo de abordagem cirúrgica.

Quanto aos esquemas de quimioterapia, apenas uma paciente não havia realizado um esquema que incluísse o fármaco antraciclina, já que era cardiopata. Duas delas (6,25%) estavam em quimioterapia de segunda linha com taxano e uma em terceira linha com gencitabina. Entre os esquemas utilizados na primeira linha, encontramos AC-T, FAC, FEC e TAC e três pacientes (9,37%) estavam em uso do trastuzumab.

Quanto aos sintomas e às comorbidades

Sobre a ideia preconcebida das pacientes quanto aos sinais e sintomas relacionados à quimioterapia, podemos observar, de acordo com a tabela a seguir, que a alopecia era o fator mais conhecido com 24 pacientes (75%) e, em segundo, as náuseas e os vômitos com 18 pacientes (56,25%). Os distúrbios de humor eram pouco conhecidos com 4 pacientes (12,5%) (Tabela 1).

Tabela 1. Percentual de conhecimento prévio à quimioterapia a cada um dos sinais e sintomas interrogados.

	Sim N/%	Não N/%
Náusea/vômitos	18/56,25	14/43,75
Alopecia	24/75	8/25
Mialgia	12/37,5	20/62,5
Leucopenia (diminuição da imunidade)	14/43,75	18/56,25
Fadiga	11/34,37	21/65,62
Unhas escurecidas	8/25	24/75
Alteração de humor	4/12,5	28/87,5

%: percentual de pacientes; N: número de pacientes.

Nove pacientes (28,12%) obtiveram os conhecimentos sobre a quimioterapia pelos meios de comunicação, seis pacientes (18,75%) por intermédio de amigos, cinco pacientes (15,62%) por meio da família, quatro (12,5%) por vizinhos e oito (25%) deram respostas diferentes, como o desconhecimento total sobre o tratamento.

Ao avaliar o que mais as pacientes temiam em relação ao tratamento, oito (25%) afirmaram ser os efeitos colaterais. O restante se dividiu entre: morrer (9,37%), alopecia (9,37%), medo da agulha (6,25%), ficar restrita ao leito (6,25%). Seis pacientes (18,75%) não relataram nenhum tipo de medo, cinco não sabiam explicar o que sentiam e três pacientes (9,37%) acharam que não tolerariam o tratamento completo.

A discriminação foi outro fator social abordado e apenas duas (6,25%) responderam se sentir discriminadas por estarem realizando esse tipo de tratamento.

Embora neste trabalho não tenham sido avaliados os efeitos do tratamento cirúrgico sobre a capacidade funcional das pacientes, principalmente no que diz respeito às

repercussões das cirurgias nas axilas, quanto às atividades laborais, observou-se que a maioria (18 pacientes, 56,25%) parou de trabalhar enquanto realizava quimioterapia. Apenas nove pacientes (28,12%) continuaram a trabalhar e cinco (15,62%) não trabalhavam antes.

O apoio da família se fez presente em 29 pacientes (90,6%) – apenas três responderam que não tiveram apoio – e todas o julgaram fundamental.

A última pergunta procurou avaliar os sentimentos predominantes das pacientes quando receberam o diagnóstico de câncer de mama. Dezesesseis pacientes (50%) responderam ter sido o medo, nove pacientes (28,12%), a ansiedade e cinco (12,62%) não tiveram nenhum sentimento dos citados no questionário. A opinião das duas pacientes restantes (6,25%) se dividiu entre raiva e depressão.

Quanto às informações prestadas pelos médicos-assistentes

Quando perguntadas se haviam sido informadas sobre a doença como achariam ideal, apenas duas (6,25%) responderam que não – 26 pacientes (81,25%) se consideravam adequadamente orientadas. As quatro pacientes restantes não lembravam, não sabiam informar ou se consideraram razoavelmente informadas nesse sentido.

A pergunta seis do questionário procurou avaliar o sucesso no controle sintomático das medicações prescritas para os efeitos colaterais da quimioterapia: 19 pacientes (59,37%) responderam que os sintomas foram adequadamente controlados, 12 pacientes (37,5%) disseram que não e uma disse que essas drogas tiveram um efeito razoável.

Interrogadas se haviam sido devidamente informadas pelo médico-assistente dos efeitos colaterais possíveis com a quimioterapia (Tabela 2), observamos que a alopecia (29 pacientes, 78,12%), as náuseas e os vômitos (25 pacientes, 78,12%) e a leucopenia (25 pacientes, 78,12%) foram os itens mais bem abordados pelos oncologistas. E, por outro lado, obtivemos que a fadiga, a alteração de humor e o escurecimento ungueal foram menos informados às pacientes.

Tabela 2. Avaliação da qualidade da informação recebida pelas pacientes antes do início do tratamento.

	Sim (N/%)	Não (N/%)
Náuseas e vômitos	25/78,12	7/21,87
Alopecia	29/90,62	3/9,37
Mialgia	22/68,75	10/31,25
Leucopenia	25/78,12	7/21,87
Fadiga	17/53,12	15/46,87
Escurecimento ungueal	16/50	16/50
Alteração de humor	14/43,75	18/56,25

%; percentual de pacientes; N: número de pacientes.

Ao perguntarmos como foi a realidade, isto é, como foram os efeitos colaterais e os sintomas após ao menos três ciclos de tratamento em comparação à expectativa da quimioterapia, obtivemos a tabela 3. O efeito colateral considerado pior do que suposto foi a alopecia (53,12% pacientes). Já a leucopenia foi bem tolerada, visto que 46,87% (15 pacientes) acharam ter sido melhor do que a expectativa – talvez por esse item ser bem informado pelo médico-assistente pelo risco de neutropenia febril. Alterações de humor e escurecimento ungueal também foram considerados sintomas bem tolerados (15 pacientes [46,87%] o primeiro e 13 pacientes (40,62%) o segundo) pela maioria das pacientes. A fadiga ficou dividida entre as opções de resposta. Importante ressaltar que, em quatro pacientes (12,5%), as náuseas e os vômitos foram considerados pior do que o imaginado.

Tabela 3. Avaliação dos sintomas relacionados à quimioterapia após o início do tratamento.

	Melhor N/%	Pior N/%	Igual N/%
Náuseas e vômitos	13/40,62	4/12,5	15/46,87
Alopecia	6/18,75	17/53,12	9/28,12
Mialgia	7/21,87	11/34,37	14/43,75
Leucopenia	15/46,87	11/34,37	6/18,75
Fadiga	10/31,25	10/31,25	12/37,5
Escurecimento ungueal	13/40,62	10/31,25	9/28,12
Alteração de humor	15/46,87	6/18,75	11/34,37

%; percentual de pacientes; N: número de pacientes.

Discussão

Na área da saúde, o interesse pelo conceito QV é relativamente recente e decorre, em parte, dos novos paradigmas que têm influenciado as políticas e as práticas do setor nas últimas décadas. Os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença são multifatoriais e complexos. Assim, saúde e doença configuram processos compreendidos como um *continuum*, relacionados aos aspectos econômicos e socioculturais, à experiência pessoal e aos estilos de vida⁶. A QV parece consolidar-se como uma variável importante na prática clínica e na produção de conhecimento na área de saúde. Seu desenvolvimento poderá resultar em mudanças na prática assistencial e na consolidação de novos paradigmas do processo saúde-doença.

Levando em conta que o câncer de mama é o mais frequente entre as mulheres brasileiras e é considerado um problema de saúde pública, esse trabalho procurou correlacionar a QV e os efeitos da quimioterapia sobre as pacientes.

Realizou-se uma comparação entre os conceitos de cada paciente antes do diagnóstico de câncer de mama e após a vivência do tratamento quimioterápico. Para isso,

avaliou-se também a percepção que tiveram das informações prestadas pelo médico-assistente ao início da quimioterapia. Assim, fez-se a relação entre a qualidade dessas orientações e a ocorrência dos principais efeitos adversos ocorridos. Por fim, aspectos como inclusão social e participação da família foram interrogados.

Ao analisar as drogas quimioterápicas utilizadas, observou-se uma considerável variedade de esquemas utilizados, visto que havia mulheres em tratamento adjuvante, neoadjuvante e paliativo. A maioria já havia sido tratada com antraciclina, sendo a doxorrubicina e o antracíclico mais comuns. Das pacientes, 6,25% realizavam segunda linha e, nesse momento, o taxano apareceu como a mais empregada. Apenas uma paciente realizava terceira linha e o medicamento utilizado foi a gencitabina. Em relação aos efeitos colaterais questionados, notou-se que a alopecia foi o fator mais conhecido previamente: 75% das entrevistadas, isto é, 22 pacientes sabiam que a quimioterapia pode levar à queda de cabelo. E isso se deveria, predominantemente, pelas informações veiculadas na mídia. Por outro lado, a alteração de humor apareceu como um item desconhecido para as pacientes – apenas 12,5% (quatro pacientes) relacionavam-no ao tratamento.

Perguntou-se também qual o maior temor antes de iniciar a terapia. Nesse critério, pode ser observada uma variedade entre os sentimentos individuais – oito pacientes (25%) afirmaram ser os possíveis efeitos colaterais. O restante se dividiu entre o medo de morrer da doença, o medo da agulha utilizada para aplicação dos medicamentos, o medo de a doença progredir apesar da quimioterapia e não tolerar o tratamento completo, enquanto outras afirmaram que não tinham temores.

Apenas 6,25% (duas pacientes) relataram ter percebido algum tipo de discriminação social por estar realizando quimioterapia. Porém, vale ressaltar que, apesar de o restante não ter sido discriminado, a maioria relatou ser constante a intromissão de terceiros quanto à alimentação e a outros fatores como exposição ao sol, repouso, uso de produtos de limpeza, por exemplo. É comum a desconfiança de alimentos como o camarão, a carne suína e a suposição de benefícios com o uso da soja e da babosa.

Seguindo a avaliação, notou-se que as atividades laborais foram suspensas na maioria das vezes (56,25%). Assim, constatamos que o tratamento quimioterápico restringiu as atividades diárias, não só naquelas cuja profissão exigia grande esforço físico (como faxineiras e empregadas domésticas) como também nas que realizavam suas atividades sentadas na maior parte de suas jornadas (como costureiras e pintoras), o que talvez minimize as repercussões do viés consequente a não se averiguar os efeitos do tratamento cirúrgico.

O apoio familiar pareceu influenciar, e muito, na evolução e na tolerabilidade ao tratamento. Os familiares pa-

recem corresponder a peças fundamentais, além de ajudar de forma prática (acompanhando ou até mesmo levando os pacientes à consulta), também pelo que se pode observar, pois contribuem para a diminuição dos transtornos. Todas as respostas obtidas confirmaram o apoio da família. Diante desse fato, a QV pode ser aperfeiçoada se o médico-assistente também orientar adequadamente os familiares. Nas pacientes que foram às consultas sem acompanhante, foi verificada uma sintomatologia maior.

Em relação ao sentimento predominante ao diagnóstico da doença, independentemente da quimioterapia, verificamos que 50% (16 pacientes) responderam ser o medo e 28,12% (9), a ansiedade. O restante se dividiu entre raiva e depressão. Cinco pacientes (12,62%) não souberam se definir. Essa variação de reações era a esperada, já que o medo costuma ser a primeira reação ao se deparar com o diagnóstico de câncer. Medo se relaciona a diversos fatores: medo de perder a mama, do tratamento, da própria doença e da morte, do abandono, entre outros. Muitas vezes ele não chega a ser verbalizado pelo paciente e em várias situações uma palavra de tranquilização é suficiente para permitir que aquele confie na equipe e na sua melhora clínica.

Entrando na avaliação da quimioterapia propriamente dita, foi interrogado se haviam sido passadas informações adequadas sobre os possíveis efeitos colaterais. Das pacientes, 75% (24) haviam sido bem orientadas quanto à alopecia, 56,25% (18) quanto às náuseas e 43,75% (14) quanto à leucopenia. Provavelmente, esses valores se relacionam primeiro à preocupação nítida que as mulheres apresentam diante da perda dos cabelos (todas perguntam se a alopecia ocorrerá) e segundo porque a quimioterapia apresenta como toxicidades mais comuns a êmese e a leucopenia. Esta última pode evoluir à neutropenia febril, oferecendo riscos claros de infecções. Assim, constitui uma preocupação primária do médico-assistente. Notou-se também uma má informação a respeito das alterações de humor, pois 87,5% das pacientes referiram não ter sido informadas.

A seguir, abordou-se a questão de alívio dos sintomas principais com as medicações prescritas pelo médico-assistente. Das pacientes questionadas, 59,37% (19) relataram alívio satisfatório, o que leva à necessidade de otimizar o uso dessas drogas, objetivando uma melhoria da QV nesse período.

Por fim, confrontou-se o preconceito existente com a realização da quimioterapia e os sintomas apresentados. As respostas variaram bastante: 46,87% (15 pacientes) alegaram que as náuseas foram iguais ao imaginado. A alopecia foi mal tolerada, já que 53,12% (17) disseram ter sido pior do que esperavam e 28,12% (9) afirmaram ter sido igual. Quanto à mialgia, notou-se que muitas (34,37% ou 11 pacientes) relataram ser pior do que a expectativa. Nesse aspecto, houve certa surpresa, visto que apenas duas pacientes (6,25%) estavam sendo submetidas a taxanos.

Ressalta-se que a mialgia pode ser relacionada à tensão muscular advinda da vivência da situação. A leucopenia apareceu como bem tolerada: 46,87% (15 pacientes) disseram ter lidado melhor do que o imaginado e 34,37% (11) relataram ter sido pior. E foi justamente nessas que houve atraso do tratamento pela leucopenia ou ainda a neutropenia febril.

Quanto à fadiga e ao escurecimento ungueal, os resultados foram semelhantes. A maioria das pacientes afirmou ter sido melhor do que o imaginado.

Já a alteração do humor foi ressaltada como pior em 18,75% das pacientes. Por outro lado, 46,87% acharam ter sido melhor do que o imaginado. Esse critério é de difícil avaliação já que o humor pode ter sido pior caso e tenha ocorrido alguma complicação durante o tratamento, mas ainda é um critério que varia muito individualmente.

Com base no estado da arte da definição de QV, é possível concluir que esta parece consolidar-se como uma variável importante na prática clínica e na produção de conhecimento na área de saúde. Seu desenvolvimento poderá resultar em mudanças na prática assistencial e na consolidação de novos paradigmas do processo saúde-doença. A QV deve ser tratada como prioridade à prática clínica, principalmente na oncologia, em que a cura nem sempre é certa. O conforto, seja ele promovido por meio de medicações, gestos ou palavras, deve ser o alvo.

Conclusões

Em relação aos efeitos secundários da quimioterapia, apenas a alopecia, as náuseas e os vômitos eram os mais conhecidos e informados pelos médicos-assistentes, enquanto outros não menos importantes, como as alterações do humor, eram mais ignorados preliminarmente e pouco informados.

O sentimento predominante ao receber o diagnóstico da doença foi o medo da morte e dos prováveis efeitos colaterais da quimioterapia.

O impedimento para o exercício das atividades laborais durante o tratamento parece justificar maior amparo pelas leis trabalhistas.

Intui-se que, visando a uma melhor QV, sejam otimizadas as informações médicas e de toda a equipe assistencial.

Foi gratificante observar que as mulheres não se consideraram discriminadas e relataram receber apoio integral de seus familiares.

Referências

- Amichetti M, Caffo O. Pain after quadrantectomy and radiotherapy for early-stage breast cancer: incidence, characteristic and influence on quality of life. Results from a retrospective study. *Oncology*. 2003;65(1):23-8.
- Bottino RB. Avaliação do perfil das mulheres submetidas à mamografia no Serviço de Radiologia da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro. Tese de doutorado. Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2005.
- Bowling A, Brazier J. Quality of life in social science and medicine introduction. *Soc Sci Med*. 1995;41:1337-8.
- Broeckel JA, Jacobsen PB, Balducci L, Horton J, Lyman GH. Quality of life after adjuvant chemotherapy for breast cancer. *Breast Cancer Res Treat*. 2000;62(2):141-50.
- Buzaid AC, Barros AC. Câncer de mama: tratamento multidisciplinar. São Paulo; 2007. p. 36.
- Bensi CG, Campos AS, Harada RM, Olini KR, Ranzatti RP, Samano EST, et al. Aceitação de quimioterapia por brasileiras com câncer de mama. *Rev Assoc Med Bras*. 2006;52(1):17-22.
- Cohen L, Hack TF, de Moor C, Katz J, Goss PE. The effects of type of surgery and time on psychological adjustment in women after breast cancer treatment. *Ann Surg Oncol*. 2000;7(6):427-34.
- Conde DM, Pinto-Neto AM, Cabello C, Santos-Sa D, Costa-Paiva L, Martinez EZ. Quality of life in Brazilian breast cancer survivors age 4565 years: associated factors. *Breast J*. 2005;11(6):425-32.
- Conde DM, Pinto-Neto AM, Freitas Jr R, Aldrighi JM. Qualidade de vida de mulheres com câncer de mama. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2006;28(3):195-204.
- Engel J, Kerr J, Schlesinger-Raab A, Sauer H, Holzel D. Quality of life following breast-conserving therapy or mastectomy: results of a 5-year prospective study. *Breast J*. 2004;10(3):223-31.
- Fleck MP, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Cachamovich E, Vieira G, et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Rev Bras Psiquiatr*. 1999;21:21-8.
- Fleck MPA, Louzada S. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação de qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Rev Saúde Pública*. 2002;34(2):9.
- Godinho ER. Rastreamento do câncer de mama. Aspectos relacionados ao médico. Tese de doutorado. Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2003.
- Lotti RCB, Barra AA, Dias RC, Makluf ASD. Qualidade de vida nas mulheres submetidas ao tratamento de câncer de mama. *Rev Bras Cancerologia*. 2008;54(4):367-71.
- Ministério da Saúde. Secretária Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer [Inca]. Estimativas de incidência e mortalidade por câncer no Brasil. Rio de Janeiro; 2007.
- Rogerson RJ. Environmental and health-related quality of life: conceptual and methodological similarities. *Soc Sci Med*. 1995;41:1373-82.
- Schuttinga JA. Quality of life from a federal regulatory perspective. I: Dimsdale JE, Baum A, editors. *Quality of life in behavioral medicine research*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 1995. p. 31-42.
- Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(2):580-8.
- Shapiro CL, Recht A. Side effects of adjuvant treatment of breast cancer. *N Engl J Med*. 2001;344(26):1997-2008.
- The Whoqol Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties 1998. *Soc Sci Med*. 1998;46:1569-85.
- World Health Organization [WHO], International Agency for Cancer Research [IARC]. *Globocan 2000: Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide*. Gleeve; 2001.