
Qualidade de vida de mulheres em tratamento de câncer de mama

Quality of life of women in treatment of breast cancer

Patrícia Luciene de Carvalho¹, Guanis de Barros Vilela Junior², Gustavo Celestino Martins², Túlio Brandão Xavier Rocha², Luciane Manzatto², Antonio José Grande², Edson Sydney de Campos¹

¹Curso de Saúde e Meio Ambiente da Universidade da Região de Joinville, Joinville-SC, Brasil; ²Curso de Educação Física da Universidade Metodista de Piracicaba, Piracicaba-SP, Brasil.

Resumo

Objetivo – Analisar a qualidade de vida (QV) de mulheres com câncer de mama potencialmente curável, com indicação para cirurgia e tratamento quimioterápico em diferentes períodos do tratamento. **Métodos** – Foram entrevistadas 36 mulheres com diagnóstico de câncer de mama, atendidas pelo Sistema Único de Saúde, na cidade de Joinville-SC. Foram aplicadas entrevistas em três períodos do tratamento, com instrumento *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)–BREF* (para avaliar a QV e o questionário da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) para condição econômica, e questões semiestruturadas para atividade física. **Resultados** – A idade média das pacientes foi de 52,9 anos, a maioria das pacientes era de etnia branca (89,9%), com formação escolar inferior ao primeiro grau (66,7%), donas de casa ou aposentadas (72,2%), de classe econômica baixa (83%). Duas pacientes tiveram um segundo câncer primário na mama oposta, 75% apresentavam o câncer de mama com estágio II. Em sua maioria (61,1%), as pacientes não praticavam atividade física regularmente e apresentavam IMC entre 19 e 30 (66,7%). **Conclusão** – Nas médias comparadas dos domínios do WHOQOL-BREF (físico, psicológico, social e meio ambiente), não houve alterações estatisticamente significativas em nenhum dos estágios analisados.

Descritores: Neoplasias da mama; Qualidade de vida; Atividade motora

Abstract

Objective – To assess Quality of Life (QoL) of women with potentially curable breast cancer with indication for surgery and chemotherapy in different periods of treatment. **Methods** – Were interviewed 36 women diagnosed with breast cancer attended by the *Sistema Único de Saúde (SUS)* in the city of Joinville-SC. It was carried out in three periods of treatment with *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)-BREF* for evaluating the QoL questionnaire and *Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP)* to economic conditions, and semi-structured questions for physical activity. **Results** – The mean age of patients was 52.9 years, most patients were Caucasian (89.9%), with educational attainment below the first degree (66.7%), housewives or retired (72.2%), low economic class (83%). Two patients had a second primary cancer in the opposite breast, 75% had breast cancer with stage II. The majority (61.1%), patients did not exercise regularly and had a BMI between 19 and 30 (66.7%). **Conclusion** – The domains of WHOQOL-BREF (physical, psychological, social and environment) had no statistically significant changes in any of the stages analyzed.

Descriptors: Breast neoplasms; Quality of life; Motor activity

Introdução

O constructo *qualidade de vida (QV)* tem passado por adequações que apontam para uma perspectiva multidisciplinar. Dessa forma, pensar a saúde como a mera ausência de doenças torna-se um equívoco, tanto sob o ponto de vista das intervenções, quanto dos métodos de pesquisa na área da saúde.

A Organização Mundial da Saúde¹ define qualidade de vida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto de sua cultura e no sistema de valores em que vive, em relação a suas expectativas, seus padrões e suas preocupações”; a complexidade e amplitude semântica da mesma, faz com que, não raramente, a pesquisa em QV necessite estar associada a parâmetros e/ou indicadores específicos e pontuais que possam ter um impacto importante na avaliação desta junto às diferentes populações.

Outro marco importante foi a carta de Ottawa² (1986), onde saúde passou a ser

“construída pelo cuidado de cada um consigo mesmo e com os outros, pela capacidade de tomar decisões e de ter controle sobre as circunstâncias da própria vida e pela luta para que a sociedade ofereça condições que permitam a obtenção da saúde por todos os seus membros”³.

Além disso, a saúde tem determinantes que podem ser entendidos como: fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais. Tais fatores compõem os indicadores utilizados para elencar problemas de saúde e fatores de risco na população⁴.

Encontra-se na literatura⁵⁻⁹ diversos olhares sobre o significado de QV. Assim, a proposta de mensurá-la para além dos critérios econômicos e de saúde é relevante, pois avalia a subjetividade do sujeito. Ao considerar que qualidade de vida é composta por aspectos objetivos e subjetivos, a mesma deve ser julgada também pela própria pessoa⁷. Diversos autores¹⁰⁻¹² ressaltam a importância de se observar estes aspectos na avaliação da mesma. O aspecto subjetivo é essencial porque

considera o entendimento do sujeito de sua condição de saúde/doença, sua satisfação com a vida e o seu bem estar psicológico. O componente objetivo está relacionado aos indicadores epidemiológicos e clínicos das diferentes populações. Por exemplo, um sujeito que não saiba objetivamente de uma patologia que o acometa, pode ter uma percepção (subjetiva) boa de sua QV, ao menos, que efeitos deletérios, não estejam comprometendo suas atividades cotidianas.

O grupo dos pacientes com câncer (CA) está entre os que apresentam importantes desafios na promoção da QV; de um lado, estigmatizado culturalmente como doença com elevado índice de mortalidade e de outro, o impacto que os diferentes tratamentos impõem aos mesmos.

Sendo a segunda causa de morte por doença no país, seu tratamento demanda a realização de ações de variados graus de complexidade, associados à necessidade de recursos humanos oriundos de diversas áreas do conhecimento¹³.

O câncer de mama afeta a qualidade de vida das mulheres, principalmente as que são submetidas à mastectomia total. O sentimento de perda, mutilação e o medo constante da recorrência da doença, acompanham a mulher portadora desta enfermidade¹⁴.

“O câncer de mama é provavelmente o mais temido pelas mulheres, devido à sua alta frequência e sobretudo pelos seus efeitos psicológicos, que afetam a percepção da sexualidade e a própria imagem pessoal. Ele é relativamente raro antes dos 35 anos de idade, mas acima desta faixa etária sua incidência cresce rápida e progressivamente.”¹³

A estimativa do Ministério da Saúde¹³, elaborada pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA), para o ano 2001, aponta para 117.550 óbitos e 305.330 para casos novos (incidência) de câncer. Dentre eles, o câncer de mama ocupa, na população feminina, o primeiro lugar em incidência (31.590 casos) e mortalidade (8.670 mortes) e o câncer do colo do útero, o terceiro lugar em incidência (16.270 casos) e o quarto em mortalidade (3.725 mortes).

No Brasil, o diagnóstico da doença em estágios avançados mantém as taxas de mortalidade elevadas. Em 2007, o número de mortes foi 11.194. Para 2010, são estimados 49.240 novos casos de câncer de mama¹⁵.

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS)¹ demonstram que nas décadas de 60 e 70 registrou-se um aumento de 10 vezes nas taxas de incidência ajustadas por idade nos Registros de Câncer de Base Populacional de diversos continentes, tanto nos países desenvolvidos, quanto nos em desenvolvimento.

O estudo do câncer de mama é considerado de significativa importância, devido seu elevado grau de incidência e de maior mortalidade nas mulheres ocidentais, sendo superado somente pela mortalidade masculina do câncer de pulmão¹².

Considerando que o pico de incidência do câncer situa-se entre 40 e 60 anos de idade, os diagnósticos em 70% dos casos tornam-se efetuados já na fase avan-

çada da doença, fatores esses que, somados às dificuldades de acesso aos serviços especializados, geram a progressão de lesões precursoras para formas invasivas da doença¹⁵.

A detecção precoce é baseada no conceito teórico de que quanto mais cedo em sua história natural o câncer é detectado, mais eficaz é o tratamento. O objetivo da detecção precoce é identificar o câncer quando ainda se localiza no órgão de origem, antes que ele adentre os tecidos adjacentes e órgãos à distância¹⁶.

Aproximadamente 80% dos tumores de mama são descobertos pela própria mulher, ao palpar acidentalmente suas mamas¹⁵. Sabe-se que um dos fatores que dificultam o tratamento e pioram a qualidade de vida das mulheres com câncer de mama é o avançado estágio da doença no momento em que estas são submetidas ao primeiro tratamento. Em geral, mais de 50% dos casos são diagnosticados em estágios avançados (III e IV), gerando tratamentos muitas vezes mutilantes.

O tratamento para pacientes com câncer de mama é direcionado conforme o estágio em que se encontra a doença, aumentando assim, as possibilidades de cura ou sobrevivência. Após o tratamento do tumor primário (cirurgia e/ou radioterapia), a paciente poderá ser encaminhada para o tratamento sistêmico (hormonioterapia, quimioterapia ou imunoterapia), procedimentos que poderão afetar significativamente a sua qualidade de vida¹⁷.

No planejamento de programas de apoio e atendimento para as mulheres com câncer de mama é necessário conhecer como as relações pessoais, o meio ambiente e as atividades cotidianas influenciam na sua relação com o mundo.

Neste estudo prospectivo, o entendimento de qualidade de vida das mulheres com câncer de mama, contrasta vários enfoques: sociais, econômicos, psicológicos, condição física, a situação de enfrentamento da doença e a prática de exercícios físicos, completados com os dados coletados e analisados pelo WHOQOL-BREF¹⁸.

O objetivo desta pesquisa foi analisar a qualidade de vida (QV) de mulheres com câncer de mama potencialmente curável, atendidas na cidade de Joinville, com indicação para cirurgia e tratamento quimioterápico adjuvante em diferentes períodos do tratamento.

Métodos

Ética

Segundo a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que determina as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, este projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Universidade da Região de Joinville (UNIVILLE) e aprovado em novembro de 2005, protocolo nº 46.

Houve o consentimento livre e esclarecido das pacientes. O termo foi elaborado segundo as normas UNIVILLE, e foi assegurada a total preservação de imagem e dados das pacientes.

Caracterização do estudo

Este estudo é analítico de coorte concorrente, baseado em acontecimentos prospectivos segundo Rouquayrol⁴ (2003), com abordagem quanti-qualitativa, em forma de entrevista, com aplicação de questionários fechados e entrevista semiestruturada.

Amostra e local de estudo

A população da amostra foi constituída por 36 mulheres com diagnóstico de câncer de mama, com indicação a cirurgia de mama e quimioterapia atendidas no ambulatório de mastologia da rede Municipal de Saúde de Joinville-SC, conveniado ao SUS (Sistema Único de Saúde), localizado no Posto de Saúde Boa Vista.

Os critérios de inclusão neste estudo foram: o diagnóstico de câncer de mama; possuir indicação para cirurgia de mama (mastectomia ou quadrantectomia); ser mulher e ter mais de 18 anos (por ser considerada a fase adulta da mulher) e estar em atendimento pelo SUS.

Como critério de exclusão: pacientes que iniciaram o tratamento quimioterápico antes da cirurgia ou que tinham sido encaminhadas para outro tipo de tratamento.

Instrumentos de coleta de dados

Realizou-se quatro coletas de dados, sendo: três entrevistas denominadas fase-1 (diagnóstico), fase-2 (pós-cirurgia) e fase-3 (pós-quimioterapia), além de um questionário de avaliação socioeconômica. A exclusão ocorreu porque duas pacientes tiveram óbito, sete não foram encaminhadas para o tratamento com quimioterapia e uma paciente não iniciou a aplicação de quimioterapia.

Nas três fases foi analisada a qualidade de vida através do instrumento WHOQOL-BREF¹⁸, além dos dados da massa corporal, estatura, principais queixas do tratamento e informações da equipe médica que fazia o acompanhamento da doença. Além destes dados, na fase-1 aplicou-se o questionário de avaliação socioeconômica pelo Critério de Classificação Econômica no Brasil (CCEB), o consentimento esclarecido da paciente e uma questão recordatória da prática de atividade física. Como prática de atividade física foi perguntada se a paciente realizava (sim ou não) pelo menos três vezes na semana e qual tipo: caminhada, ciclismo, natação, etc... Na fase-3 aplicou-se uma entrevista semiestruturada, com o relato das pacientes.

Análise dos dados

Ao término das entrevistas, os dados coletados com WHOQOL-BREF¹⁸ na fase-1, fase-2 e fase-3 foram tabulados e analisados no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) 10.5, utilizando-se a sintaxe australiana do programa WHOQOL-BREF, estimando-se a média por domínios (físico, psicológico, social e meio ambiente). A comparação entre os resultados dos domínios nas três fases do tratamento foi realizada através da análise de variância (ANOVA), com níveis de significância de $p < 0,059$.

Resultados

No período de cinco meses foram encaminhadas 48 mulheres com indicação para o tratamento cirúrgico, com diagnóstico de câncer de mama. Destas, 40 foram mastectomizadas (remoção completa) e oito quadrantectomizadas (remoção de 1/4 da mama). Três pacientes foram excluídas, devido ausência de malignidade na biópsia; cinco por terem iniciado o tratamento quimioterápico antes da cirurgia e quatro pacientes não foram entrevistadas em tempo hábil.

A idade média das mulheres no estudo inicial foi de $52,9 \pm 14,2$ anos, sendo que 36,1% estavam na faixa etária de 40 a 49 anos. Na fase-3, a idade média das 26 pacientes encaminhadas à quimioterapia foi de $49,3 \pm 11,8$.

A Tabela 1 apresenta as características gerais da amostra.

Tabela 1. Características gerais da amostra

Etnia	n	%
Branca	32	88,9
Outros	4	11,1
Escolaridade		
Primeiro grau completo	24	66,7
Segundo grau completo	7	19,4
Superior completo	5	13,9
Profissão		
Do lar ou aposentadas	26	72,2
Serviços gerais	5	13,9
Costureira	3	8,3
Agente administrativa	2	5,6
Estádios da doença		
Estádio 0	2	5,6
Estádio I	6	16,7
Estádio II	25	69,4
Estádio III	3	8,3
Hemisfério corporal com câncer		
Direito	20	55,5
Esquerdo	16	44,5

O grupo étnico de mulheres entrevistadas foi de 32 (88,9%) mulheres de cor branca e quatro (11,1%) de outras etnias. Esta característica corresponde à média populacional da região Sul do Brasil, que possui uma população 83,9% de cor branca⁷.

A Tabela 2 apresenta a prática de atividade física.

Tabela 2. Prática de atividade física

Prática de atividade física pré-cirurgia	n	%
Sim	14	39,9
Não	22	61,1
Prática de atividade física três meses pós-cirurgia		
Sim	9	25
Não	27	75

A Tabela 3 mostra os resultados da estatística descritiva (média, DP e mediana) obtidos nas análises das respostas do WHOQOL-BREF¹⁸ durante as três fases de coleta de dados.

Na análise das médias, pode-se observar que a maior alteração entre os períodos ocorreu no domínio do

Tabela 3. Média, desvio padrão e mediana dos valores obtidos no WHOQOL-BREF nas três fases da coleta de dados

	Antes da cirurgia (N=36) Média (DP) mediana	Após a cirurgia (N=36) (Média DP) mediana	Durante a quimioterapia (N=26) Média (DP) mediana
Domínio físico	66,07 (±16,05) 67,86	65,57 (±14,10) 67,85	66,85 (±11,86) 67,85
Domínio psicológico	69,67 (±13,38) 70,83	69,44 (±12,67) 70,83	68,27 (±13,07) 68,75
Domínio social	76,85 (±12,13) 75,00	76,38 (±12,36) 75,00	74,03 (±16,38) 75,00
Domínio ambiental	63,02 (±11,72) 60,93	64,58 (±11,15) 64,06	65,26 (±11,46) 67,18

P<0,05. (ANOVA). Não houve diferença estatística significativa.

meio ambiente e de forma positiva, ou seja, a satisfação das pacientes com suas condições de moradia, transporte e assistência médica melhoraram.

As maiores diferenças negativas, ou seja, da primeira entrevista para a última, foram no domínio social (-2,82) e no domínio psicológico (-1,41), que decaiu a cada entrevista, concordando com os estudos²²⁻²³ que afirmam que durante uma doença crônica os domínios que sofrem maiores alterações são o social e o psicológico.

No domínio físico, houve uma queda da média na fase-2 com elevação na fase-3, acredita-se que esta alteração ocorreu pelo fato da fase-2 ser um período pós-cirúrgico, alterando negativamente devido ao processo de recuperação fisiológica. Estes valores se justificam mais ainda com a queda nos valores do desvio padrão, sendo a queda mais significativa dos quatro domínios.

No domínio do meio ambiente, apesar de se apresentar com os menores valores médios quando comparado aos outros domínios, foi o que apresentou maior elevação na média dos valores, o que não seria esperado já que neste período devido ao afastamento do trabalho remunerado as mulheres tendem a ter uma queda na receita financeira familiar, entretanto levando em consideração a alta porcentagem de mulheres que não tinham trabalho remunerado, pode-se deduzir que o processo de enfrentamento da doença leve as pacientes a uma maior aceitação de sua condição econômica.

Discussão

O estudo de Chen *et al.*¹⁷ (2009), sugere que a prática regular de exercícios físicos após o diagnóstico do câncer de mama demonstra uma melhor qualidade de vida. Apesar de estudos comprovarem a associação do câncer com a obesidade¹⁹⁻²⁰ o baixo número de mulheres obesas não permite fazer uma correlação entre o câncer de mama e a obesidade, mesmo sabendo que são fatores que interferem na recuperação cirúrgica, do tratamento quimioterápico e na prevenção de linfedemas²⁰.

Acredita-se que a fadiga seja um importante componente para as pacientes se recusarem a participar, porém, somente cinco (19,2%) pacientes alteraram sua rotina de atividades físicas, não sendo possível a associação do tratamento quimioterápico com a indisposição para esta prática, já que existem outros fatores como o psicológico e o social que interferem na rotina de vida da paciente.

Todos estes componentes: atividade física, condições sociais, físicas, psicológicas e sociais, expressam a qua-

lidade de vida de uma pessoa, que neste estudo, foram avaliados especificamente com a utilização do questionário WHOQOL-BREF¹⁸ com a análise em quatro domínios (físico, psicológico, social e do meio ambiente) isoladamente e comparados com a aplicação do mesmo questionário em diferentes períodos.

Comparando uma revisão com o impacto do diagnóstico de câncer de mama²⁵, observa-se que o processo de recuperação pós-cirúrgica representa alterações psicológicas e sociais na vida da mulher que afetam a sua autoimagem e o seu bem-estar físico, fatores estes que podem justificar as alterações na frequência das respostas entre os períodos das entrevistas. Além disso, segundo Moreira *et al.*²⁴ (2009), após o diagnóstico, as mulheres que apresentaram maior cuidado com a aparência física apresentaram alterações positivamente nos escores psicológicos.

Questionou-se a respeito de como a paciente sentia-se durante o tratamento, o maior número de comentários foram relacionados às queixas sobre os efeitos da quimioterapia. As queixas foram náuseas e enjoos (11), boca seca (2), fraqueza (3), dificuldade para dormir (2), dor de cabeça (2), mau humor (2), depressão (2), cansaço (2), pele seca (1) e sete pacientes relataram sentirem-se bem, sem efeitos colaterais. É importante ressaltar que a questão era aberta para o paciente falar sobre o que era mais significativo.

No que diz respeito ao sentimento pelo diagnóstico, observou-se que durante o discurso dez (38,5%) das pacientes relataram sentirem-se deprimidas durante este período, além disso, relataram sentimentos de choro (6), tristeza (4), nervosismo (2), desespero (2), pensaram em suicídio (3) e três pacientes disseram que não sentiram nada, aceitaram a situação sem desespero. Os dados confirmam que o impacto da notícia do câncer, vem acompanhado de muitas dúvidas, incertezas e sentimentos negativos, como o de morte, entre outras emoções²¹.

Quando as 26 pacientes que estavam em tratamento de quimioterapia foram questionadas qual seriam suas maiores preocupações, treze (50%) pacientes disseram ser com a família, oito (30,8%) com o tratamento e com a reincidência da doença, cinco (19,2%) não ter preocupação nenhuma, duas (7,7%) com a morte e somente duas (3,8%) disseram se preocupar com a condição financeira e ter condições de retornar ao trabalho. Poucas pacientes relataram preocupações com sua condição financeira, sendo a prioridade no momento desfrutar de boa saúde e poder amparar filhos e familiares em geral.

Quando questionadas pelos planos para o futuro, sete (26,9%) disseram que querem voltar a trabalhar ou estudar, seis (23,1%) disseram que não tem planos para o futuro, seis (23,3%) desejam poder estar mais tempo com a família, quatro (15,4%) somente gozar de boa saúde, três (11,5%) desejam viajar e três (11,5%) mudar de casa ou reformar a casa que moram. As que disseram desejarem voltar ao trabalho, não se referiram no sentido financeiro, e sim na busca da relação social e a sensação de sentirem-se produtivas.

Para obter a relevância estatística obtidos realizou-se uma comparação das médias utilizando-se o teste ANOVA *one way* cruzando os dados por domínios da primeira (antes da cirurgia), com os dados da segunda (depois da cirurgia) e os dados da terceira fase (durante o tratamento de quimioterapia) com um intervalo de 95% de confiança. Os valores não demonstraram relevância estatística em nenhum domínio, concluindo-se que no período antes da cirurgia, após a cirurgia e durante o tratamento com quimioterapia, as alterações ocorridas, não apresentaram relevância estatística na qualidade de vida das pacientes entrevistadas.

Concordando com este estudo, as pacientes analisadas por Steeg²⁶ (2007), que tiveram seus resultados de nódulo negativo, tiveram valores médios inferiores inclusive ao grupo com câncer de mama positivo, no mesmo estudo. Porém, este avaliou outros fatores como a ansiedade e condições gerais de saúde, afirmando que no geral a mulher com câncer de mama apresenta alterações significativas em sua vida, porém as relações estatísticas também não foram significativas. O domínio meio ambiente na pesquisa, comparado com este estudo, as mulheres com câncer de mama demonstram valores acima do grupo de mulheres da Holanda.

Vários estudos¹⁹⁻²² se referem à depressão como um fator que interfere negativamente na qualidade de vida das pacientes com câncer. Apesar do relato das pacientes de sentimentos depressivos, este estudo apresentou a limitação de não aplicar um instrumento de avaliação dos sintomas da depressão, podendo ser um dos fatores que diminuem os valores no domínio psicológico.

A amostra do estudo foi limitada, dessa forma, o poder estatístico acabou sendo diminuído. Esse estudo contribui com a literatura da área levantando novas perguntas de pesquisa que necessitam ser investigadas com outros delineamentos, já que este permite somente gerar novas hipóteses e testar associações.

Conclusão

Na tentativa de investigar o impacto do câncer na qualidade de vida das mulheres com diagnóstico de câncer de mama, na relação consigo mesmo, com o meio, e com os outros, este estudo pretende, também, contribuir para a prática de profissionais que cuidam de mulheres com câncer de mama.

As médias comparadas dos domínios do WHOQOL-BREF¹⁸ (físico, psicológico, social e meio ambiente) entre o período do diagnóstico, pós-cirurgia e durante o tratamento quimioterápico, não apresentaram dife-

renças significativas, entretanto, no depoimento das pacientes e na análise dos dados, observou-se que neste período de tratamento houve alterações em suas vidas.

Analisando os valores médios obtidos em cada domínio nos diferentes períodos, foram encontrados menores médias em relação ao meio ambiente na fase-1 (diagnóstico), no domínio físico na fase-2 (pós-cirurgia), e nos domínios psicológico e social na fase-3 (tratamento quimioterápico). Os maiores valores nos domínios meio ambiente e físico na fase-3 em relação às outras fases podem estar associados à mudança de perspectiva com que essas mulheres abordavam esses fatores.

Os resultados deste estudo fazem entender que o diagnóstico de câncer de mama, devido à velocidade das mudanças que devem ocorrer no período imediato (exames, cirurgia e tratamentos) causam um grande impacto na vida da mulher, alterando sua relação com a família e os ambientes nos quais vivem; fator este que necessita de maior atenção por parte das pessoas e instituições que assistem a mulher.

O período de cirurgia e tratamento com quimioterápicos provocam transformações na vida da mulher, acarretam um longo período de assimilação que alteraram o significado de ser mulher, de estar inserida em seu próprio meio demonstrando a necessidade de acompanhamento e orientação constantes de profissionais da saúde desde o diagnóstico, até o período que procede ao término do tratamento.

Os números estatísticos podem não ser significativos, porém é perceptível no depoimento das pacientes o período de transformação pessoal, a angústia e a capacidade de superação pessoal pelo qual todas passaram.

Referências

1. World Health Organization. Quality of life assessment: annotated bibliography. Geneva; 1994.
2. Carta de Ottawa. Primeira Conferência Internacional sobre promoção da saúde; novembro de 1986; Ottawa; Ca. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Declaração de Alma-Ata; Carta de Ottawa; Declaração de Adelaide; Declaração de Sundsvall; Declaração de Santafé de Bogotá; Declaração de Jacarta; Rede de Megapaíses; Declaração do México. Brasília (DF); 2001.
3. Buss PN, Pellegrini Filho A. Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(9):27-32.
4. Heidmann ITSB, Almeida MCP, Boehs AE, Wosny AM, Montidelli M. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. *Texto & Contexto Enferm*. 2010;15(2):352-8.
5. Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. *Epidemiologia & saúde*. 6.ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2003.
6. Richarson RJ. *Pesquisa social: métodos e técnicas*. São Paulo: Atlas; 1999.
7. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de classificação econômica no Brasil, base 2006 e 2007 [acesso 3 nov 2009]. Disponível em: <http://www.abep.org/codigosguias/CCEB2008-Base2006e 2007.pdf>

8. World Health Organization. BMI classification. Global database on Body Mass Index [acesso 3 mar 2008]. Disponível em: http://www.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html
9. Thomas JR, Nelson JK. Métodos de pesquisa em atividade física. 3.ed. Porto Alegre: Artmed; 2007.
10. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. TNM: classificação de tumores malignos. 6.ed. Rio de Janeiro: INCA; 2004.
11. Prado MAS. Aderência à atividade física em mulheres submetidas à cirurgia de câncer de mama [dissertação de mestrado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2001.
12. Tosello C, Winckler PR, Guimarães JR. Manual de oncologia. São Paulo: BBS Editora; 2004.
13. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer. Conhecendo o Viva Mulher. Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama. Rio de Janeiro; 2001.
14. Silva AF, Orsi A. Fisiopatologia e tratamento do câncer de mama [trabalho de conclusão de curso]. Londrina: Faculdade Integrado INESUL, Instituto de Ensino Superior de Londrina; 2009.
15. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer. Falando sobre doenças da mama. Coordenação de Programas de Controle de Câncer (Pro-Onco). Rio de Janeiro; 1996.
16. Strein AT. Rastreamento do câncer de mama: recomendações baseadas em evidências. Rev AMRIGS 2009;53(4):438-46.
17. Chen X, Zheng W, Gu K, Chen Z, Lu W *et al*. The effect of regular exercise on quality of life among breast cancer survivors. Am J Epidemiol. 2009;170(7):854-62.
18. Australian WHOQOL Field Center. Quality of life instruments [acesso 1 maio 2007]. Disponível em: <http://www.psychiatry.unimelb.edu.au/qol/whoqol/index.html>
19. Dâmaso A. Nutrição e exercício na prevenção de doenças. Rio de Janeiro: Medsi; 2002.
20. Bergmann A. Incidência e fatores de risco do linfedema após tratamento cirúrgico para câncer de mama: um estudo de uma coorte hospitalar. [tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2005.
21. Bergamasco RB, Angelo M. O sofrimento de descobrir-se com câncer de mama: como o diagnóstico é experimentado pela mulher. Rev Bras Cancerol. 2001;47(3):277-82.
22. Arnold R, Ranchor AV, Sanderman R, Kempen GI, Ormel J, Suurmeijer TP. The relative contribution of domains of quality of life to overall quality of life for different chronic diseases. Qual Life Res. 2004;13(5):883-96.
23. Huguet PR, Morais SS, Osis MJD, Pinto-Neto AM, Gurgel MSC. Qualidade de vida e sexualidade de mulheres tratadas de câncer de mama. Rev Bras Ginecol Obstet. 2009;31(2):30-8.
24. Moreira H, Silva S, Canavarro MC. The role of appearance investment in the adjustment of women with breast cancer. Psychooncology. 2009;19(9):959-66.
25. Maluf MFM, Mori LJ, Barros ASD. O impacto psicológico do câncer de mama. Rev Bras Cancerol. 2005;51(2):149-54.
26. Van der Steeg AF, De Vries J, Van der Ent FW, Roukema JA. Personality predicts quality of life six months after the diagnosis and treatment of breast disease. Ann Surg Oncol. 2007;14(2):678-85.

Endereço para correspondência:

Antonio José Grande
Rua Camilo José Cury, 169 - apto 31
Sorocaba-SP, CEP 18075-030
Brasil

E-mail: grandeto@gmail.com

Recebido em 11 de maio de 2012
Aceito em 2 de julho de 2012