REFERÊNCIAS

- Anastasi, A. (1977). *Testes psicológicos*. São Paulo: Editora Pedagógica Universitária Ltda.
- Anastasi, A., & Urbina, S. (2000). *Testagem psicológica*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Avanci, J. Q., Assis, S. G., Santos, N. C., & Oliveira, R. V. C. (2005). Escala de violência psicológica contra adolescentes. *Revista de Saúde Pública*, 39(5), 702-8.
- Borsa, J. C., Damásio, B. F., & Bandeira, D. R. (2012). Adaptação e validação de instrumentos psicológicos. *Paidéia*, 22(53), 423-432.
- Estatuto da Juventude*. (2013). Lei nº 12.852, de 5 de Agosto de 2013. Brasília: Senado.
- Finkelhor, D., & Dziuba-Leatherman, J. (1994). Victimization of children. *American Psychological Association*, 49(3), 173-183.
- Finkelhor, D., Hamby, S. L., Ormrod, R., & Turner, R. (2005). The Juvenile Victimization Questionnaire: Reliability, validity, and national norms. *Child Abuse & Neglect*, 29, 383-412.
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2007). Re-victimization patterns in a national longitudinal sample of children and youth. *Child Abuse & Neglect*, 31, 479-502.
- Habigzang, L. F., Dala Corte, F., Hatzenberger, R., Stroehrer, F. & Koller, S. H. (2008). Avaliação psicológica em casos de abuso sexual na infância e adolescência. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21(2), 338-344.
- Hamby, S. L., & Finkelhor, D. (2004). *The Comprehensive Juvenile Victimization Questionnaire*. Durham, NH: University of New Hampshire.
- Hamby, S. L., Finkelhor, D. Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2004). *The Juvenile Victimization Questionnaire (JVQ): Administration and scoring manual*. Durham, NH: Crimes Against Children Research Center.
- Mannarino, A. P., Cohen, J. A., & Berman, S. R. (1994). The children's attributions and perceptions scale: A new measure of sexual abuse-related factors. *Journal of Clinical Child Psychology*, 23(2), 204-211.
- Martins, G. A. (2006). Sobre confiabilidade e validade. *Revista Brasileira de Gestão de Negócios*, 8(20), 1-12.
- Ministério da Saúde do Brasil. (2008). Temático prevenção de violência e cultura de paz III. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. *Painel de Indicadores do SUS*.
- Pasquali, L. (2003). *Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Reichenheim, M. E., & Moraes, C. L. (2003). Adaptação transcultural do instrumento Parent-Child Conflict Tactics Scales (CTSPC) utilizado para identificar a violência contra a criança. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(6), 1701-1712.

AUTORES:

Grassyara Pinho Tolentino
Ricardo Jacó de Oliveira
Patrícia Espíndola M Venâncio
Viviane Soares
Margareth Regina G V de Faria
Guilherme Nogueira de Oliveira
Claudio Battaglini

<https://doi.org/10.5628/rpcd.17.S3A.37>

Estado de saúde e distresse psicológico em mulheres sobreviventes ao câncer de mama tratadas no sistema único de saúde

PALAVRAS CHAVE:

Neoplasias da mama. Qualidade de vida.
Doença crônica.

RESUMO

O tratamento oncológico oferecido no sistema público de saúde brasileiro representa um inegável avanço para a saúde. Contudo, são incertas as repercussões sobre o bem-estar das mulheres após este período. O objetivo deste estudo foi analisar o estado de saúde auto-referido e o distresse psicológico de mulheres submetidas ao tratamento antineoplásico oferecido pelo SUS até um ano após o seu término. Foram avaliadas 22 mulheres com câncer de mama e comparadas a um grupo de mulheres sem condições crônicas (n = 22). Os instrumentos foram o POMS e MOS SF-36. Os domínios do SF-36 foram agrupados em duas variáveis, o componente físico e componente mental da saúde. Este questionário contempla, ainda, uma escala de transição que mede variações na saúde geral, quando comparado há um ano. Os resultados indicaram que as mulheres avaliadas apresentavam valores apropriados de distresse psicológico. Entretanto, a fadiga apresentou um efeito clínico moderado provocado pela doença (es = .50). A mensuração da transição da saúde quando comparado a um ano atrás indicou que cerca de 75% das mulheres tratadas perceberam alguma melhora na saúde ao longo de um ano. Entretanto, a saúde física (p = 0,001) e mental (p = 0,001) apresentou reduções no grupo CA, apesar do tratamento bem-sucedido.

Correspondência: Grassyara Pinho Tolentino (grassyara@gmail.com)

Health status and psychological distress of women breast cancer survivor treated in the unified health system

ABSTRACT

The treatment of breast cancer available on Brazilian Public System Health represents a undeniable health improvement. However, little is known regarding the repercussion about well-being of women after this period. This study aimed to analyze the self-reported health status and psychological distress of women which were submitted to the antineoplastic treatment up to one year after its end 22 women diagnosed with breast cancer were evaluated and to compare this group to another one with has no chronic conditions ($n = 22$). The utilized tools were the POMS and MOS SF-36. The SF-36 domains were grouped into two variables, the physical component, and the health mental component. This survey also includes a health transition scale which measures variations in general health, when compared to one year ago. The results demonstrated that the women presented appropriated amounts of psychological distress. However, the fatigue presented a moderate clinical effect teased by the disease ($ES = .50$). The mensuration of health transition while compared to before state, 75% of treated women noticed some health improvement throughout one year. But, the physical health ($p = .001$) e mental ($p = .001$) results presented were reduced in the group CA, despite the well succeeded treatment.

KEY-WORDS:

Breast neoplasms. Quality of life.
Chronic disease.

INTRODUÇÃO

O câncer de mama tornou-se um problema de saúde pública devido a sua elevada incidência e mortalidade (Confortini & Krong, 2015; Goss et al., 2013). Além disso, o diagnóstico tardio tem sido uma barreira à eficácia das terapias. No Brasil, 55% dos casos correspondem aos estádios II e III (Martins et al., 2009; Schwartzmann, 2001), e geralmente requerem tratamentos mais agressivos para o controle da doença. Dificuldades como, baixa cobertura mamográfica, colaboram para este quadro indesejado. Dados recentes informam que no Sistema Único de Saúde (SUS) apenas 32% das mulheres entre 50 e 59 anos, e 25% daquelas entre 60 e 69 anos conseguem realizar os exames de rastreamento (Azevedo e Silva, Bustamante-Teixeira, Aquino, Tomazelli, & dos-Santos-Silva, 2014).

O tratamento padrão oferecido pelo SUS segue orientações internacionais e oferece gratuitamente cirurgia, quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia em centros médicos de alta-complexidade em todo o país (Lee et al., 2012). No entanto, a dificuldade de acesso e a demora de atendimento, que chega a atingir até 230 dias para o início do tratamento após o diagnóstico da doença na rede pública (Barros, Uemura, & Macedo, 2013; da Rosa & Radünz, 2013) ainda representam barreiras para um manejo oncológico eficaz (Balabram, Turra, & Gobbi, 2013).

A combinação de diagnóstico tardio e a morosidade no atendimento favorecem, também, índices elevados de tratamentos mais agressivos como mastectomia (Freitas-Junior et al., 2013; Gonçalves et al., 2007) e terapias combinadas, o que pode afetar a qualidade de vida e o bem-estar das mulheres (Brito, Portela, & Vasconcellos, 2009). Além dos aspectos citados o tratamento antineoplásico por si só promove efeitos colaterais como fadiga, distresse, alteração da densidade mineral óssea, cardiotoxicidade, deficits cognitivos, medo de recorrência, infertilidade, linfedema, dentre outros (Siegel, Naishadham, & Jemal, 2013). Que podem ter repercussões físicas, como também psicossociais, e perdurar por meses e até anos após o fim do tratamento (Bower, & Lamkin, 2013; Goedendorp et al., 2012; Helgeson, 2013; Hofso, Rustoen, Cooper, Bjordal, & Miaskowski, 2013; Kim, Barsevick, Beck, & Dudley, 2012; Lai, Garcia, Salsman, Rosenbloom, & Cella, 2012).

Neste contexto, os cuidados em saúde para pessoas com câncer consistem, não somente, em tratar a doença, mas também compreender e manejar manifestações indesejadas decorrentes do processo desde o diagnóstico, finalização de tratamento, e acompanhamento no período de sobrevida.

Estudos brasileiros recentes investigaram a qualidade de vida relacionada à saúde em mulheres atendidas pelo SUS (El Rafihi-Ferreira, Pires, & Soares, 2012; Kluthcovsky & Urbanetz, 2012; Veiga et al., 2010). Entretanto, a heterogeneidade dos tratamentos, a presença de comorbidades e o tempo de diagnósticos muito amplos, dificultam o entendimento sobre o impacto das limitações do sistema de saúde, do câncer e das terapias sobre a saúde física e mental das mulheres brasileiras.

Nesse sentido, para colaborar no entendimento de algumas destas questões o presente estudo teve como propósito verificar o estado de saúde auto referido e o distresse psicológico de mulheres submetidas ao tratamento de câncer de mama oferecido pelo Sistema Público de Saúde no Distrito Federal – Brasil.

MÉTODO

Este estudo possui um delineamento analítico de corte transversal, quantitativo.

AMOSTRA

Foi conduzido uma mostra não-probabilística de 44 mulheres, sendo 22 diagnosticadas com câncer de mama (CA) selecionadas no livro de registros cirúrgicos da unidade oncológica do Hospital de Base no Distrito Federal tratadas entre janeiro de 2005 e maio de 2006. O grupo controle (CO) foi formado por 22 mulheres aparentemente saudáveis recrutadas através de cartazes, indicações de terceiros. Os critérios de inclusão para o grupo CA foram: diagnóstico de câncer de mama com estágio entre I a IIIA; idade entre 30 e 68 anos; tempo máximo de intervenção médica de 18 meses; ter sido submetida à mastectomia seguida de linfadenectomia axilar (mrm), em apenas uma das mamas, radioterapia (RT), quimioterapia (QT), e hormonioterapia. Os critérios de exclusão foram presença de metástase ou recidivas e de comorbidades. O fluxograma de recrutamento da amostra esta apresentado na Figura 1.

Mulheres sobreviventes ao câncer de mama apresentavam média de idade de 48.86 ± 8.98 anos. Além disso, 47.7% eram casadas, 43,1% possuíam 12 anos de ensino formal, 79.5% das mulheres alegaram ter entre 1 a 3 filhos e 59.1% delas encontravam-se no estado pós menopausal. Sobre as características clínicas da doença, 86.4% tiveram diagnóstico de carcinoma ductal infiltrante e estágio entre IIb ou IIIa (81.8%). No grupo CO, a idade média foi de 45.55 ± 7.49 anos, sendo que 50% eram casadas, 90% tinham entre 1 a 3 filhos, 22.7% possuíam 12 anos de ensino formal e 76% encontravam-se na pré-menopausa.

FIGURA 1, Fluxograma de seleção amostral

INSTRUMENTOS

Inicialmente mensurou-se o distresse psicológico através do Perfil de Estado de Humor (POMS). Este questionário possui 65 itens distribuídos em seis componentes: tensão, raiva, fadiga, depressão, vigor e confusão mental. Para os estados de humor negativos, quanto maiores os escores, maiores os distúrbios de humor. Já para o vigor, quanto maior os valores, mais positivos são os resultados Peluso (2003). Em seguida foi aferida a saúde subjetiva a partir do *Outcomes Study 36-Item Short Form Health Questionnaire (SF-36)*, traduzido e validado para o uso em Português por Ciconelli, Ferraz e Santos (1998). Este instrumento contempla oito dimensões da saúde: funcionamento físico, função física, dor corporal, saúde geral, vitalidade, funcionamento social, função social e saúde mental. Baseado em um modelo multidimensional estes domínios foram agrupados em duas variáveis, o componente físico e componente mental da saúde. Em que os escores mais elevados representam resultados mais favoráveis. O SF-36 contempla, ainda, uma escala de transição em saúde (Pergunta 2) que mede variações na saúde geral, quando comparado a um ano atrás.

PROCEDIMENTOS

Após contato telefônico e identificação das possíveis voluntárias foram esclarecidos os objetivos do estudo. Aquelas que consentiram a participação compareceram no período da manhã ao Laboratório de Estudos em Educação Física e Saúde (LEFES) da Universidade Católica de Brasília. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal sob o número 344/2006.

ANÁLISES ESTATÍSTICAS

Para testar a normalidade dos dados, foi utilizado o teste de Kolmogorov-Smirnov. Diferenças entre os grupos para as variáveis ordinais: idade, estado menopausal, variáveis demográficas e a classificação da saúde (questão 2 do SF-36) foram examinadas através do Mann-Whitney U test. O distresse psicológico mensurado através das facetas do POMS e a saúde física e mental auto relatada através dos componentes do SF-36 foram comparadas pela MANOVA. Para testar se as medidas apresentavam uma significância a nível prático utilizou-se o Delta de Glass para calcular o efeito clínico da doença x grupos. Este foi considerado pequeno entre 0.20 e 0.49, moderado entre 0.50 e 0.79, grande acima de 0.80 e 1,29 e muito grande > 1,3 (Santo & Daniel, 2015). Foi realizada uma ANCOVA para verificar a interferência da idade e do estado menopausal nos resultados do POMS e SF-36. A correlação de Pearson testou as interações entre POMS, os componentes físicos e mentais, as doses das terapias antineoplásicas. Para verificar as correlações entre o tipo de droga, características histopatológicas do câncer, variáveis clínicas e a classificação da saúde, o POMS e o SF-36 utilizou-se o teste Spearman's-Rho. A análise dos componentes principais seguida de rotação *varimax* foi realizada para identificar quais variáveis seriam responsáveis pelo comportamento do distresse psicológico. Foi testada a esfericidade através do teste de Bartlett e verificado a adequação desta técnica pela medida de Kaiser-Meyer-Olkin. Foram extraídos os fatores que apresentaram carga fatorial superior a.7. O nível de significância considerado foi $p < .05$, em uma prova bilateral.

RESULTADOS

No que diz respeito às modalidades terapêuticas todas as 22 mulheres do presente estudo foram submetidas à mesma sequência temporal dos tratamentos. Sobre o tratamento quimioterápico 59.1% (13) das mulheres do grupo CA foram submetidas a seis sessões de quimioterapia, 22.7% (5) a sessões e 18,2% (4) realizaram sete sessões ou mais. O esquema fluorouracil, adriamicina e ciclofosfamida (FAC) foi prescrito para 50% das mulheres. A adriamicina e ciclofosfamida (AC) para 18.2% (4) das mulheres. A combinação AC + taxa-

nes foi designada a 18.2% (4) e o fluorouracil, epirrubicina e ciclofosfamida (FEC) indicado a 13.6% (3). As doses de radioterapia foram de 5.000 cGy/25 frações para cerca de metade das mulheres (45.5%) e 5.040 cGy/28 frações para 45.5%. Todas as voluntárias faziam uso de tamoxifeno no momento das avaliações.

Os resultados não indicaram distinção estatisticamente significativa entre os escores médios das facetas do POMS na comparação entre os grupos (QUADRO 1). Entretanto, a fadiga apresentou um efeito clínico moderado no grupo acometido pela doença (ES =.50).

As análises dos componentes principais indicaram que a depressão (58.93%), a tensão (16.42%) e a fadiga (11.99%), explicavam aproximadamente 87% da variância do POMS. Além do mais, a faceta depressão estava significativamente correlacionada a todos os outros estados de humor negativos: tensão ($r = .613$, $p = .002$), raiva ($r = .469$, $p = .028$), fadiga ($r = .548$, $p = .008$), confusão mental ($r = .649$, $p = .001$).

QUADRO 1. Comparação das facetas do POMS entre os grupos Câncer (CA) e Controle (CO).

FACETAS POMS	CA	CO	P	E.S.
	M ± DP	M ± DP		
Tensão	14.68 ± 5.16	12.68 ± 7.38	.304	.27
Depressão	8.08 ± 3.64	7.55 ± 5.47	.705	.09
Raiva	8.82 ± 6.25	8.27 ± 5.89	.767	.09
Vigor	18.00 ± 4.73	19.03 ± 3.56	.418	.29
Fadiga	8.41 ± 4.94	6.30 ± 4.39	.142	.50*
Confusão	8.55 ± 3.62	7.00 ± 4.36	.208	.35

M = média; dp = desvio padrão; p = nível de significância; e.s. = effect size (efeito clínico); * es tamanho moderado.

A medida da transição da saúde quando comparado há um ano (Pergunta 2) indicou que cerca de 75% das mulheres tratadas de câncer perceberam alguma melhora na saúde ao longo de um ano, sendo que 52.4% indicaram uma saúde muito melhor e 23.8% um pouco melhor. No grupo CO, 72.7% assumiram que sua saúde permaneceu quase a mesma. A comparação entre os grupos mostrou-se estatisticamente significativa ($p = .002$).

As análises da saúde física e mental auto percebidas revelaram redução significativa destes componentes no grupo CA, quando comparado ao grupo CO (QUADRO 2). Além disso, numa avaliação intra grupo, os escores da saúde física foram significativamente superiores aos da saúde mental nos dois grupos. Não foram identificadas correlações entre os tratamentos antineoplásicos e o distresse psicológico ou a avaliação subjetiva da saúde.

QUADRO 2. Comparação dos componentes físico e mental entre e dentre os grupos Câncer (CA) e Controle (CO)

	COMPONENTE FÍSICO DA SAÚDE PCS	COMPONENTE MENTAL DA SAÚDE MCS		
	M ± DP	M ± DP	P	E.S
CA (n=22)	42.9 ± 5.48	35.99 ± 1.77	.001	3.9
CO (n=22)	49.48 ± 6.26	38.68 ± 3.78	.005	2.85
P	.001*	.001*	-	-
es	1.05 ^a	.71	-	-

M = média; dp = desvio padrão; p = nível de significância; e.s. = effect size; * es tamanho moderado.

DISCUSSÃO

O distresse psicológico nas mulheres do grupo CA apresentou valores similares ao do grupo CO. Este era um dado esperado seguindo a tendência de estudos prospectivos em mulheres tratadas de câncer de mama onde foram evidenciados maiores prejuízos psicológicos nos 6 primeiros meses após o diagnóstico, tendendo a reduzir com o tempo (Ancoli-Israel et al., 2014; Roth, Jeffe, Margenthaler, & Aft, 2009). Conjectura-se, que a finalização do tratamento curativo bem sucedido, a ausência de comorbidades e o afastamento da rotina hospitalar favoreceram os estados de humor nas mulheres do presente estudo.

Segundo a teoria de Strauss e Corbin e (1998) sobre a trajetória das doenças crônicas, estas se encontravam na fase de retorno, ou seja, o período de finalização do tratamento hospitalar contínuo, e estariam buscando um regresso gradual às atividades diárias e a sua vida de modo geral. As mulheres neste período apresentariam melhores estados de humor do que mulheres recentemente diagnosticadas, com recorrência da doença ou estando sob o tratamento (Frost et al., 2000). Esta suposição apoia-se, ainda, no incremento auto referido à saúde quando comparada ao ano anterior. A maioria das mulheres com câncer informaram progressos à saúde quando comparado ao período ativo do tratamento.

Apesar disso, a fadiga apresentou valores clinicamente relevantes no grupo CA, dados similares foram detectados em outro estudo na população brasileira (Kluthcovsky & Urbanetz, 2015). Lamentavelmente a fadiga é um dos mais frequentes e incapacitantes sintomas das terapias antineoplásicas (Marshall et al., 2015). Havendo risco aumentado de ocorrência àquelas que são submetidas isoladamente quimioterapia seguida de radioterapia e hormonioterapia (Jones et al., 2016), sendo obscuro qual o risco da combinação destas terapias. Há indícios que níveis elevados de fadiga podem não reduzir com o passar do tempo, principalmente em mulheres que receberam quimioterapia perdurando por até seis anos após o final do tratamento, associando-se, ainda, a elevados níveis de incapacidade físicas (Goedendorp et al., 2012). E, ainda, pode ser um

fator de risco a curto e longo prazo para o desenvolvimento de depressão e ansiedade em mulheres com câncer de mama (Vahdaninia, Omidvari, & Montazeri, 2010). A manifestação da fadiga, tensão e depressão podem estar associados ainda, ao abandono do tratamento, hábitos de vida nocivos, elevação dos custos com tratamento (Fox et al., 2013), redução da qualidade de vida (Galiano-Castillo et al., 2012) e mortalidade (Vodermaier et al., 2014). No presente estudo, além da fadiga, a tensão e os estados depressivos foram os estados de humor que mostraram inter-relações. Do ponto de vista social, a fadiga é um aspecto que pode influenciar negativamente na adoção de hábitos de vida saudáveis como a prática de exercícios físico (Aycinena et al., 2013) e reduzir atividades laborais e da vida diária, possibilitando o aparecimento de doenças hipocinéticas, comorbidades e sobrecarregando o sistema de saúde e previdenciário público.

Adicionalmente, a saúde física e mental apresentou-se reduzidas no grupo CA, apesar do tratamento oncológico bem-sucedido. Uma variação nos escores brutos de até 4 pontos na escala do SF-36 representaria um impacto clínico pequeno da condição, entre 4 e 10 um efeito moderado, e acima de 10 pontos severo (Contopoulos-Ioannidis, Karvouni, Kouri, & Ioannidis, 2009). Seguindo este critério e observando os resultados do tamanho do efeito da PCS e MCS, percebe-se que o componente físico da saúde na amostra avaliada, sofreu um impacto significativamente maior do que o componente mental, entretanto, ambos significativamente relevantes. Este é um aspecto desfavorável, uma vez que a deterioração da função física estaria fortemente associado a mortalidade geral e a mortalidade por câncer em mulheres sobreviventes (Marina, Patterson, Villasenor, Flatt, & Pierce, 2014). Outro estudo também detectou redução na QVRL em sobreviventes de câncer quando comparados à população geral (Kluthcovsky & Urbanetz, 2012; Lee et al., 2012).

Uma possível justificativa para o declínio dos componentes físicos da saúde ser mais proeminentes do que os componentes mentais seria o maior número de sintomas físicos resultantes das terapias combinadas; à retirada total da mama, seguida do período de alopecia, queimaduras da pele, alteração de peso, indução da menopausa, dentre outros, são sinais persistente, que podem conferir a sensação que fisicamente a mulher apresenta-se limitada, debilitada ou menos hábil do que no período anterior ao diagnóstico da doença. Um estudo com larga amostra de sobreviventes ao câncer de mama ($n = 1072$) indicou que manter a independência física e ser capaz a realizar atividades normalmente seria os fatores mais relevantes para manutenção da qualidade de vida⁴⁶. Não foram identificadas correlações entre o distresse psicológico e os estados de saúde.

Este estudo aponta uma luz inicial sobre a realidade das mulheres tratadas pelo SUS. Ao optar por um grupo de mulheres com controle da idade, submetidas às mesmas terapias, na mesma sequencia temporal, sem comorbidades ou metástase, sem a intervenção de tratamento concomitante, pôde-se descrever o impacto da terapia antineoplásica isoladamente sobre as mulheres. Aproximadamente um ano após o diagnóstico e a finalização do tratamento curativo do câncer de mama as mulheres apresentavam repercussões clínicas significativas.

Na prática, essas informações indicam a necessidade de cuidados complementares ao tratamento antineoplásico, como orientação psicológica (Vella & Budd, 2011), exercícios físicos (Marina et al., 2014) e apoio social. Além disso, os dados do SF-36 poderiam ser utilizados como indicador de resultados em saúde em longo prazo (Marina et al., 2014); e como um indicador de eficácia das terapias utilizadas, favorecendo a individualização do tratamento, tornando-o mais profícuo e menos danoso ao cliente (Anota et al., 2015; Kluthcovsky & Urbanetz, 2015).

Nesta perspectiva sugere-se que os instrumentos de qualidade de vida sejam adotados como parâmetros de acompanhamento da saúde em clientes oncológicos. Não somente para mensurar a efetividade das terapias antineoplásicas, como também, detectar e prevenir prejuízos a outras funções orgânicas, avaliar a necessidade de novas intervenções, reduzindo a chance do surgimento de comorbidades e colaborando com o bem-estar dos sobreviventes.

Este seria um avanço importante no sistema público de saúde, pois o monitoramento poderia dar-se tanto nos centros de alta-complexidade na fase ativa do tratamento, quanto nas estratégias de atenção da família, na fase de sobrevida, produzindo dados padronizados, intercambiáveis entre os profissionais de saúde, e que indicariam a eficiência ou não dos serviços a partir da visão do cliente.

As limitações do presente estudo encontram-se no tamanho amostral e na apresentação transversal dos dados. Os pontos fortes seriam a homogeneidade da amostra, a ausência de comorbidades (a qual permitiu observar o impacto exclusivo da terapia antineoplásica), a presença do grupo controle que contextualizou os resultados, a utilização de instrumentos auto referidos de avaliação e o controle estatístico de variáveis intervenientes, como idade e estado menopausal.

Em estudos futuros sugere-se a avaliação da QVRS de forma longitudinal, em mulheres com idade elevadas ou muito jovens, com comorbidades, em estádios avançados, com estratificação por subtipos moleculares e pessoas com metástases, para melhor entendimento destas realidades. Sugere-se também a aplicação de instrumentos que mensurem o apoio social e os efeitos colaterais em mulheres brasileiras.

CONCLUSÕES

Nossos achados identificaram que mulheres tratadas de câncer de mama pelo SUS, livres da doença, apresentavam níveis de distresse psicológico similares ao de mulheres sem a doença. Entretanto, com elevado níveis de fadiga e perdas significativas nos aspectos físicos e mentais do estado de saúde auto referido. Sugerindo que necessidade de acompanhamento contínuo, não apenas oncológico, mas também de outros profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

- Ancoli-Israel, S., Liu, L., Rissling, M., Natarajan, L., Neikrug, A. B., Palmer, B. W., ... Maglione, J. (2014). Sleep, fatigue, depression, and circadian activity rhythms in women with breast cancer before and after treatment, a 1-year longitudinal study. *Support Care Cancer*, 22(9), 2535–2545. doi:10.1007/s00520-014-2204-5.
- Anota, A., Hamidou, Z., Paget-Bailly, S., Chibaudel, B., Bascoul-Molle, C., Auquier, P., ... Bonnetain, F. (2015). Time to health-related quality of life score deterioration as a modality of longitudinal analysis for health-related quality of life studies in oncology, do we need RECIST for quality of life to achieve standardization? *Quality of Life Research*, 24(1), 5-18. doi:10.1007/s11136-013-0583-6
- Avis, N. E., Levine, B., Naughton, M. J., Case, L. D., Nafatalis, E., & Van Zee, K. J. (2013). Age-related longitudinal changes in depressive symptoms following breast cancer diagnosis and treatment. *Breast Cancer Research and Treatment*, 139(1), 199–206. doi:10.1007/s10549-013-2513-2
- Aycinena, A. C., Valdovinos, C., Crew, K. D., Tsai, W. Y., Mata, J. M., Sandoval, R., ... Greenlee, H. (2016). Barriers to recruitment and adherence in a randomized controlled diet and exercise weight loss intervention among minority breast cancer survivors. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 19(1), 120-129. doi:10.1007/s10903-015-0310-1.
- Azevedo e Silva, G., Bustamante-Teixeira, M. T., Aquino, E. M. L., Tomazelli, J. G., & dos-Santos-Silva, I. (2014). Access to early breast cancer diagnosis in the Brazilian unified national health system: An analysis of data from the Health Information System. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(7), 1537–1550. doi:10.1590/0102-311X00156513.
- Balabram, D., Turra, C. M., & Gobbi, H. (2013). Survival of patients with operable breast cancer (Stages I-III) at a Brazilian public hospital-a closer look into cause-specific mortality. *BMC Cancer*, 13(1), 434. doi:10.1186/1471-2407-13-434
- Barros, A. F., Uemura, G., & Macedo, J. L. S. (2013). Tempo para acesso ao tratamento do câncer de mama no Distrito Federal, Brasil Central. *Revista Brasileira de Ginecologia Obstétrica*, 35(10), 458-463. doi:10.1590/S0100-72032013001000006.
- Bower, J. E., & Lamkin, D. M. (2013). Inflammation and cancer-related fatigue, mechanisms, contributing factors, and treatment implications. *Brain, Behavior, and Immunity*, 30, s48–s57. doi:10.1016/j.bbi.2012.06.011
- Brito, C., Portela, M. C., & Vasconcellos, M. T. L. (2009). Survival of breast cancer women in the state of Rio de Janeiro, Southeastern Brazil. *Revista de Saúde Pública*, 43(3), 481–489. doi:10.1590/S0034-89102009000300012
- Ciconelli, R. M., Ferraz, M. B., & Santos, W. (1998). Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Revista Brasileira de Reumatologia*, 39(3), 143–150.
- Confortini, C. C., & Krong, B. (2015). Breast cancer in the global south and the limitations of a biomedical framing: A critical review of the literature. *Health Policy and Planning*, 30(10), 1350-1361. doi:10.1093/heapol/czu134
- Contopoulos-Ioannidis, D. G., Karvouni, A., Kouri, I., & Ioannidis, J. P. A. (2009). Reporting and interpretation of SF-36 outcomes in randomized trials, systematic review. *BMJ*, 338(7687), 152-155.
- El Rafihi-Ferreira, R., Pires, M. L. N., & Soares, M. R. Z. (2012). Sono, qualidade de vida e depressão em mulheres no pós-tratamento de câncer de mama. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25(3), 506–513. doi:10.1590/S0102-79722012000300010
- Fox, J. P., Philip, E. J., Gross, C. P., Desai, R. A., Killelea, B., & Desai, M. M. (2013). Associations between mental health and surgical outcomes among women undergoing mastectomy for cancer. *The Breast Journal*, 19(3), 276–284. doi:10.1111/tbj.12096
- Freitas-Junior, R., Siqueira, L. B., Carrijo, E. N. A., Lacerda, R. P., Paulinelli, R. R., Rahal, R. M. S., ... Oliveira, L. F. (2013). Temporal variation of breast cancer surgical treatment in a university hospital in Brazil's Central West region. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 40(3), 180–185. doi:10.1590/S0100-69912013000300003
- Frost, H. M., Suman, V., Rummans, T. A., Dose, A. D., Taylor, M., Novotny, P., ... Evasn, R. E. (2000). Physical, psychological and social well-being of women with breast cancer: The influence of disease phase. *Psychooncology*, 9(3), 221-231. doi:10.1002/1099-1611(200005/06)9:3<221::AID-PON456>3.0.CO;2-T
- Galiano-Castillo, N., Ariza-García, A., Cantarero-Villanueva, I., Fernández-Lao, C., Díaz-Rodríguez, L., & Arroyo-Morales, M. (2014). Depressed mood in breast cancer survivors, Associations with physical activity, cancer-related fatigue, quality of life, and fitness level. *European Journal of Oncology Nursing*, 18(2), 206–210. doi:10.1016/j.ejon.2013.10.008

- Ganz, P. A., Kwan, L., Stanton, A. L., Bower, J. E., & Berlin, T. R. (2011). Physical and psychosocial recovery in the year after primary treatment of breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 29(9), 1101-1109. doi:10.1200/JCO.2010.28.8043
- Goedendorp, M. M., Andrykowski, M. A., Donovan, K. A., Jim, H. S., Phillips, K. M., Small, B. J.,... Jacobsen, P. B. (2012). Prolonged impact of chemotherapy on fatigue in breast cancer survivors: A longitudinal comparison with radiotherapy-treated breast cancer survivors and noncancer controls. *Cancer*, 18(15), 3833-3841. doi:10.1002/cncr.26226
- Gonçalves, A. T. C., Jobim, P. F. C., Vanacor, R., Nunes, L. N., Albuquerque, I. M., & Bozzetti, M. C. (2007). Câncer de mama: Mortalidade crescente na Região Sul do Brasil entre 1980 e 2002. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(8), 1785-1790. doi:10.1590/S0102-311X2007000800005
- Goss, P. E., Lee, B. L., Badovinac-Crnjevic, T., Strasser-Weippl, K., Chavarri-Guerra, Y., St Louis, J.,... Azenha, G. (2013). Planning cancer control in Latin America and the Caribbean. *The Lancet Oncology*, 14(5), 391-436. doi:10.1016/S1470-2045(13)70048-2
- Helgeson, V. S. (2013). Survivor centrality among breast cancer survivors, implications for well-being. *Psychology of Women Quarterly*, 20(5), 517-24. doi:10.1002/pon.1750.
- Henselmans, I., Helgeson, V. S., Seltman, H., de Vries, J., Sanderman, R., & Ranchor, A. V. (2010). Identification and prediction of distress trajectories in the first year after a breast cancer diagnosis. *Health Psychology*, 29(2), 160.
- Ho, S. S., So, W. K., Leung, D. Y., Lai, E. T., & Chan, C. W. (2013). Anxiety, depression and quality of life in Chinese women with breast cancer during and after treatment, a comparative evaluation. *European Journal of Oncology Nursing*, 17(6), 877-882. doi:10.1016/j.ejon.2013.04.005.
- Hofsø, K., Rustøen, T., Cooper, B. A., Bjordal, K., & Miaskowski, C. (2013). Changes over time in occurrence, severity, and distress of common symptoms during and after radiation therapy for breast cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 45(6), 980-1006. doi:10.1016/j.jpainsymman.2012.06.003
- Hollen, P. J., Msaouel, P., & Gralla, R. J. (2015). Determining issues of importance for the evaluation of quality of life and patient-reported outcomes in breast cancer, results of a survey of 1072 patients. *Breast Cancer Research and Treatment*, 151(3), 679-686. doi:10.1007/s10549-015-3420-5
- Jones, J. M., Olson, K., Catton, P., Catton, C. N., Fleschner, N. E., Krzyzanowska, M. K., ... Howell, D. (2016). Cancer-related fatigue and associated disability in post-treatment cancer survivors. *Journal of Cancer Survivorship*, 10(1), 51-61. doi:10.1007/s11764-015-0450-2.
- Kim, H. J., Barsevick, A. M., Beck, S. L., & Dudley, W. (2012). Clinical subgroups of a psychoneurologic symptom cluster in women receiving treatment for breast cancer: A secondary analysis. *Oncology Nursing Forum*, 39(1), 52. doi:10.1188/12.ONF.E20-E30
- Kluthcovsky, A. C. G. C., & Urbanetz, A. A. L. (2015). Fatigue and quality of life in breast cancer survivors: A comparative study. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 37(3), 119-126. doi:10.1590/S0100-720320150005247
- Kluthcovsky, A. C. G. C., & Urbanetz, A. A. L. (2012). Qualidade de vida em pacientes sobreviventes de câncer de mama comparada à de mulheres saudáveis. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 34(10), 453-458. doi:10.1590/S0100-7203201200100000
- Lai, J. S., Garcia, S. F., Salsman, J. M., Rosenbloom, S., & Cella, D. (2012). The psychosocial impact of cancer, evidence in support of independent general positive and negative components. *Quality of Life Research*, 21(2), 195-207. doi:10.1007/s11136-011-9935-2
- Lee, B. L., Liedke, P. E. R., Barrios, C. H., Simon, S. D., Finkelstein, D. M., & Goss, P. E. (2012). Breast cancer in Brazil: Present status and future goals. *The Lancet Oncology*, 13(3), e95-e102. doi:10.1016/S1470-2045(11)70323-0
- Marina, C., Patterson, R. E., Villasenor, A., Flatt, S. W., & Pierce, J. P. (2014). Mechanisms of association between physical functioning and breast cancer mortality, evidence from the Women's Healthy Eating and Living Study. *Journal of Cancer Survivorship*, 8(3), 402-409. doi:10.1007/s11764-013-0334-2
- Marshall, S. A., Yang, C. C., Ping, Q., Zhao, M., Avis, N. E., & Ip, E. H. (2015). Symptom clusters in women with breast cancer: An analysis of data from social media and a research study. *Quality of Life Research*, 25(3), 547-557. doi:10.1007/s11136-015-1156-7
- Martins, E., Freitas-Junior, R., Curado, M. P., Freitas, N. M. A., Oliveira, J. C., & Silva, C. M. B. (2009). Evolução temporal dos estádios do câncer de mama ao diagnóstico em um registro de base populacional no Brasil Central. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 31(5), 219-223. doi:10.1590/S0100-72032009000500003
- Peluso, M. A. M. (2003). *Alterações de humor associadas a atividade física intensa*. Tese de doutorado, Universidade de São Paulo, Brasil.
- Rosa, L. M., & Radünz, V. (2013). Do sintoma ao tratamento adjuvante da mulher com câncer de mama. *Texto & Contexto Enfermagem*, 22(3), 713-721. doi:10.1590/S010407072013000300018
- Roth, E. B., Jeffe, D. B., Margenthaler, J. A., & Aft, R. L. (2009). Method of breast cancer presentation and depressed mood 1 year after diagnosis in women with locally advanced disease. *Annals of Surgical Oncology*, 16(6), 1637-1641. doi:10.1245/s10434-009-0445-1
- Santo, H. E., & Daniel, F. B. (2015). Calcular e apresentar tamanhos do efeito em trabalhos científicos, As limitações do $p < .05$ na análise de diferenças de médias de dois grupos. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, 1(1), 3-16.
- Schwartzmann, G. (2001). Breast cancer in South America: Challenges to improve early detection and medical management of a public health problem. *Journal of Clinical Oncology*, 9(supl.1), 118s-124s.
- Siegel, R., Naishadham, D., & Jemal, A. (2013). Cancer statistics, 2013. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 63(1), 11-30. doi:10.3322/caac.21166
- Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research: Procedures and techniques for developing grounded theory*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Vahdaninia, M., Omidvari, S., & Montazeri, A. (2010). What do predict anxiety and depression in breast cancer patients? A follow-up study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(3), 355-361. doi:10.1007/s00127-009-0068-7.
- van Amstel, F. K. P., van den Berg, S. W., van Laarhoven, H. W., Gielissen, M. F., Prins, J. B., & Ottevanger, P. B. (2013). Distress screening remains important during follow-up after primary breast cancer treatment. *Supportive Care in Cancer*, 21(8), 2107-2115. doi:10.1037/a0017806
- Veiga, D. F., Campos, F. S. M., Ribeiro, L. M., Junior Archangelo, I., Filho Veiga, J., Juliano, Y.,... Ferreira, L. M. (2010). Mastectomy versus conservative surgical treatment: The impact on the quality of life of women with breast cancer. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 10(1), 51-57. doi:10.1590/S1519-38292010000100005
- Vella, E. J., & Budd, M. (2011). Pilot study, Retreat intervention predicts improved quality of life and reduced psychological distress among breast cancer patients. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 17(4), 209-214. doi:10.1016/j.ctcp.2011.01.005
- Vodermaier, A., Linden, W., Rnic, K., Young, S. N., Ng, A., Ditsch, N., & Osion, R. (2014). Prospective associations of depression with survival, a population-based cohort study in patients with newly diagnosed breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment*, 143(2), 373-84. doi:10.1007/s10549-013-2795-4