

UNIVERSIDADE TIRADENTES
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO NUTRIÇÃO

GABRIEL CABRAL DE OLIVEIRA
JOÃO CÉSAR FERREIRA MELO FERNANDES

RELAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E ESTADO NUTRICIONAL DE MULHERES
PORTADORAS DE CÂNCER DE MAMA

ARACAJU

2020

GABRIEL CABRAL DE OLIVEIRA
JOÃO CÉSAR FERREIRA MELO FERNANDES

RELAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E ESTADO NUTRICIONAL DE MULHERES
PORTADORAS DE CÂNCER DE MAMA

Trabalho de conclusão de Curso apresentado
à Universidade Tiradentes – Unit, como
requisito parcial à obtenção do título de
Bacharel em Nutrição sob orientação do
Prof. Dr. Hugo José Xavier Santos.

ARACAJU

2020

RESUMO

O câncer de mama é a neoplasia de maior incidência entre as mulheres e com alto índice de mortalidade. O estado nutricional tem forte relação com a qualidade de vida em pacientes com câncer sendo um dos causadores de recidiva. O objetivo do trabalho é mensurar a qualidade de vida dessas mulheres e correlacionar com seu estado nutricional. Pesquisa de caráter delineamento transversal, exploratória, descritiva e correlacional, de cunho quanti-qualitativo. Fizeram parte da amostra 28 mulheres adultas portadoras de câncer de mama. Para o diagnóstico nutricional utilizou-se os dados antropométricos peso, altura, circunferências da cintura, do braço e pulso, bem como o questionário de comportamento alimentar. Na avaliação da qualidade de vida (QV) foi aplicado o questionário WHOQOL. A faixa etária mais acometida foi de 20 a 59 anos (68%), tem histórico de câncer na família (71%), mulheres de raça parda (71%), sem parceiro (a) conjugal (57%), com grau de escolaridade de nível fundamental (46%) e domiciliadas na zona urbana (79%). Submetidas a tratamento quimioterápico (93%) e tratamento hormonioterápico (18%). Na avaliação antropométrica predomina sobrepeso e obesidade (64%) e risco cardiovascular muito elevado através da circunferência da cintura (57%). O domínio de qualidade de vida mais comprometido foi o de limitação física associado aos efeitos do tratamento quimioterápico. Já no quesito domínio de comportamento alimentar, foi identificada ingestão externa que é o consumo de alimentos devido a estímulos externos. Tais resultados demonstram que a qualidade de vida geral se mostrou preservada quando comparada com os domínios específicos, sendo o físico o mais afetado.

Descritores: Câncer de mama; Estado nutricional; Qualidade de vida; Comportamento alimentar.

ABSTRACT

Breast cancer is the neoplasm with the highest incidence among women and with a high mortality rate. Nutritional status has a strong relationship with quality of life in cancer patients and is one of the causes of recurrence. The objective of the work is to measure the quality of life of these women and correlate with their nutritional status. Research of a cross-sectional, exploratory, descriptive and correlational design, of a quanti-qualitative nature. The sample included 28 adult women with breast cancer. For the nutritional diagnosis, anthropometric data were used: weight, height, waist circumference, arm and wrist, as well as the questionnaire on eating behavior. The WHOQOL questionnaire was applied to measure quality of life. The most affected age group was 20 to 59 years (68%), has a history of cancer in the family (71%), women of mixed race (71%), without a marital partner (57%), with a degree of primary education (46%) and domiciled in the urban area (79%). Undergo chemotherapy (93%) and hormone therapy (18%). In the anthropometric assessment, overweight and obesity predominate (64%) and very high cardiovascular risk through waist circumference (57%). The most compromised quality of life domain was physical limitation associated with the effects of chemotherapy. In the area of eating behavior, external intake was identified, which is the consumption of food due to external stimuli. Such results demonstrate that the general quality of life was preserved when compared to specific domains, with the physical being the most affected.

Descriptors: Breast câncer; Body composition, Quality of life; Eating behavior.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	5
2 OBJETIVOS.....	7
2.1 Objetivo Geral.....	7
2.2 Objetivo Específicos.....	7
3 MATERIAIS E MÉTODOS.....	7
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	10
5 CONCLUSÃO.....	17
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	18
ANEXOS.....	22
APÊNDICES.....	28

1. INTRODUÇÃO

Câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que tem comuns células normais que sofreram mutação e que invadem tecidos e órgãos. Estas células normalmente são muito agressivas e incontroláveis, o que determina a formação de tumores, que podem espalhar-se para outras regiões do corpo. Estima-se que em 2020, mais de dez milhões de pessoas no mundo sejam acometidas por câncer, superando assim as doenças cardiovasculares. Em aproximadamente 20 anos, esse crescimento poderá ser ainda maior em cerca de 100%, sendo 70% dos novos casos e mortes acontecendo em países subdesenvolvidos, em especial onde não há condições de acesso aos serviços de saúde (DATASUS, 2018). No cenário mundial, o câncer de mama é a principal causa de morte entre as mulheres. O Brasil reflete os dados mundiais dessa patologia pois ela representa o tipo mais comum na população feminina. O risco estimado é de 61,61 casos a cada 100 mil mulheres, no Brasil (INCA, 2018). É 100 vezes mais frequente em mulheres do que em homens. Apesar de ser o tumor mais comum em todas as etnias, os dados americanos sugerem uma frequência maior em mulheres brancas (ABRAMS et al., 2001).

Os principais fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de mama na mulher estão ligados a fatores endócrinos, hábitos de vida, genéticos, hereditários e ao envelhecimento (CHAIMOWICZ, 2011). Porém os fatores ambientais como o uso de tabaco, consumo de bebidas alcoólicas, sedentarismo, composição corporal, uso exacerbado de radiação, consumo de alimentos embutidos ricos em nitrosaminas como salsicha, salame e também de alimentos defumados e tostados ricos em hidrocarbonetos aromáticos e policíclicos, e o baixo consumo de frutas e vegetais, são fatores mais preocupantes para o surgimento do câncer (TANG, et al., 2016). Por isso, a amamentação, os hábitos saudáveis, como alimentação adequada e balanceada com a prática de atividade física e manutenção do peso corporal ideal, está associada a um menor risco de desenvolver câncer de mama (INCA, 2019).

Apesar do tabagismo ser o principal fator de risco para o desenvolvimento da maioria dos cânceres, atualmente há uma tendência ao sedentarismo e a gordura corporal aumentada ameaçando ultrapassar o tabagismo como principais fatores desencadeantes. A obesidade e sedentarismo criam ambiente metabólico no corpo que são propícios ao desenvolvimento de câncer.

O excesso de peso é frequentemente associado ao risco de recidiva do câncer de mama. A obesidade abdominal está correlacionada à produção de adipocitocinas, que através de diversos mecanismos são responsáveis por causar efeito estrogênico no tecido mamário normal e canceroso. Além disso, também está associado à redução da eficácia do tratamento e a pior qualidade de vida. Consequentemente o estado nutricional tem forte relação com a qualidade de vida em pacientes com câncer.

De modo geral, o tratamento do câncer de mama afeta o funcionamento emocional da paciente. A retirada da mama resulta em reações emocionais negativas, como ansiedade, angústia e medo. O sentimento de incerteza do futuro próximo, a perda de controle sobre a própria vida e a insuficiente informação sobre a doença e os métodos de tratamento contribuem para o aumento do senso de desamparo, o que impacta na qualidade de vida (TASCA, 2018). A qualidade de vida destas mulheres sofre alterações nas diversas funções, dentre elas, a física, a mental/cognitiva, a emocional, a social e funcional, incluindo também relacionamentos, as percepções de saúde, a aptidão, a satisfação com a vida, o bem-estar, a satisfação e os resultados do paciente com o tratamento, o estado de saúde e as perspectivas futuras.

Especificamente em relação ao câncer de mama, a incidência em mulheres mais jovens, e as taxas de recorrência pós tratamento, vem aumentando consideravelmente nas últimas décadas e tais fatos podem ser modificados a partir da adoção de hábitos que gerem um estilo de vida mais saudável, principalmente por exercer um efeito menos inflamatório no organismo. É de grande importância o conhecimento sobre os fatores associados a qualidade de vida em sobreviventes do câncer de mama, assim permitem a criação de ações como orientações sobre hábitos de vida saudáveis, atividade física e peso saudável, afim de minimizar o impacto dos tratamentos e elevar a qualidade de vida. Devido aos avanços no diagnóstico, tratamento e o aumento na sobrevida dos pacientes com câncer, SEIDL et al. (2004) descreveram que “a oncologia foi a especialidade que, por excelência, se viu confrontada com a necessidade de avaliar as condições de vida dos pacientes que tinham a sua sobrevida aumentada devido aos tratamentos realizados, já que, muitas vezes, na busca de acrescentar anos à vida, era deixada de lado a necessidade de acrescentar vida aos anos”.

Consequentemente o estado nutricional desses pacientes necessitam de uma atenção redobrada para fortalecer o organismo, uma vez que o diagnóstico da doença causa um impacto, tanto emocional quanto físico e mais especificamente em se tratando do câncer de mama no sexo feminino, repercutindo negativamente na qualidade de vida dessas mulheres. Diante dos estudos sobre o câncer de mama existente na literatura, justifica-se essa pesquisa por se tratar

de uma análise longitudinal com variáveis clínico nutricionais juntas como a qualidade de vida, perfil antropométrico e comportamento alimentar.

1. OBJETIVOS

1.1 OBJETIVOS GERAIS

Analisar o estado nutricional e sua relação com a qualidade de vida de pacientes oncológicos diagnosticados com câncer de mama submetidos acompanhamento nutricional.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Avaliar o perfil antropométrico de pacientes oncológicos diagnosticados com câncer de mama;

Mensurar os níveis de qualidade de vida dessas pacientes;

Avaliar o comportamento alimentar das pacientes portadoras de câncer de mama.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Pesquisa de delineamento transversal, exploratória, descritiva e correlacional, de cunho quanti-qualitativo. A amostra foi composta de mulheres adultas e idosas portadoras de câncer de mama assistidas na Associação dos Amigos da Oncologia (AMO). A associação filantrópica exerce a função de casa de apoio para orientação e acomodação do paciente nos períodos de consultas, exames e tratamento oncológico situado na cidade de Aracaju SE, mediante autorização da diretoria da associação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Tiradentes, sob nº de protocolo 133588/2019.

A pesquisa teve como critérios de inclusão: pacientes maiores de 18 anos, ser do sexo feminino, com diagnóstico de câncer de mama, assistidas pela AMO e que concordem e assinem com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Critério de exclusão:

pacientes que não possuam capacidade física de responder os questionários aplicados. (ANEXO A)

Foram utilizados diferentes instrumentos que nortearam o diagnóstico nutricional e a investigação da qualidade de vida dos docentes participantes da pesquisa. A seguir detalhamos as etapas de execução da coleta de dados da pesquisa que foi caracterizada por etapas:

A coleta de dados foi realizada nas seguintes etapas:

1ª Etapa: Questionário de Qualidade de Vida WHOQOL-Bref. (ANEXO B)

Para investigar a qualidade de vida existe a necessidade de observação de diversos fatores que estão diretas ou indiretamente associados ao bem estar, à saúde e às relações sociais. Uma das formas utilizadas para determinar a qualidade de vida é o questionário padronizado pelo grupo que estuda qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde, o WHOQOL. O WHOQOL-Bref que consta de 26 questões sendo duas gerais de qualidade de vida e as demais 24 representam cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original WHOQOL-100. O WHOQOL-Bref possui 04 domínios:

O domínio físico que compreende questões referentes a dor, desconforto, energia, fadiga, sono, repouso, mobilidade, atividade de vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamento e capacidade de trabalho.

O domínio psicológico com questões sobre sentimentos positivos, pensar, aprender, memória e concentração, autoestima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos, espiritualidade, religião e crenças pessoais.

O domínio de relações sociais possui questões sobre relações pessoais, suporte (apoio) social e atividade sexual.

O domínio de meio ambiente contém questões que sobre segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade, oportunidades de adquirir informações e habilidades, e transporte.

Para a tabulação das respostas utilizou-se uma escala Likert graduada em níveis de 1 a 5. Os domínios são pontuados de forma independente, considerando a premissa de que QV é um construto multidimensional; dessa forma, o escore pode variar de um a cinco, sendo que quanto maior o valor, melhor é o domínio de Qualidade de Vida (QV). (WHOQOL, 2009).

2ª Etapa: Antropométrica. (APÊNCICE A)

A antropometria estuda as medidas de tamanho e proporções do corpo humano. Para avaliar o estado nutricional foram coletados dados: peso, altura, índice de massa corporal, circunferência do braço (CB), circunferência da cintura (CC)

Para classificação do IMC (Quadro 1 e 2), foi realizada a coleta do peso e altura utilizando equipamentos disponibilizados pela própria AMO, sendo eles: balança digital convencional e estadiômetro de balança mecânica, respectivamente.

Quadro 1: Classificação do estado nutricional do indivíduo adulto segundo o IMC:

IMC(Kg/m ²)	Classificação
< 16	Baixo Peso Severo
16,0 – 16,9	Baixo Peso Moderado
17,0 – 18,4	Baixo Peso Leve
18,5 – 24,9	Eutrofia
25,0 – 29,9	Pré Obeso
30,0 – 34,9	Obesidade Grau I
35,0 – 39,9	Obesidade Grau II
≥ 40,0	Obesidade Grau III

Fonte: OMS, 1997.

Quadro 2: Classificação do estado nutricional do indivíduo idoso segundo o IMC:

IMC(Kg/m ²)	Classificação
< 22	Magreza
22,0 – 27,0	Eutrofia
> 27,0	Obesidade

Fonte: Lipschitz, 1994.

A medida do perímetro braquial é reflexo principalmente do status atual ou recente da nutrição calórica e proteica espelhada nas reservas de gordura e de proteínas do braço (músculo). É de importância a sensibilidade e a especificidade de um indicador baseado exclusivamente na medida da CB para a detecção da desnutrição diagnosticada, afim de relacionar com as classificações tradicionais que se baseiam no conhecimento do peso, altura e idade. Para a medição da CB, utilizou-se fita antropométrica, com medição exclusiva apenas do braço contrário à mama afetada. Foi encontrado o ponto médio entre o olecrano e o acrômio, marcando este ponto com uma caneta, contornando o braço com a fita métrica registrando o valor em centímetros e este mesmo valor utilizado na fórmula de adequação de CB (%) para chegar a classificação (Quadro 3).

Quadro 3: Classificação do estado nutricional do indivíduo adulto segundo o IMC:

Desnutrição Grave	Desnutrição moderada	Desnutrição leve	Eutrofia	Sobrepeso	Obesidade
< 70%	70 – 80%	80 – 90%	90 – 110%	110 – 120%	>120%

Fonte: Frisancho, 1990.

Para identificar e classificar a existência de risco cardiovascular, foram feitas as circunferências da cintura, utilizando fita antropométrica no nível natural da cintura, ponto médio entre a crista ilíaca anterior superior e a última costela. Os valores estabelecidos para risco cardiovascular em mulheres são de: $\geq 80\text{cm}$ (risco aumentado), $\geq 88\text{cm}$ risco muito aumentado. Já em homens, os valores são de $\geq 94\text{cm}$ (risco aumentado), $\geq 102\text{cm}$ risco muito aumentado (OMS, 1998).

3ª Etapa: Questionário Holandês do Comportamento Alimentar (DEBQ). (ANEXO C)

O comportamento corresponde às atitudes relacionadas às práticas alimentares em associação a atributos socioculturais, como os aspectos subjetivos intrínsecos do indivíduo ou próprios de uma coletividade, que estejam envolvidos com o ato de se alimentar ou com o alimento.

O questionário (DEBQ) (Van Strien, et al., 1986) adaptado e validado é composto por 33 itens, avaliados numa escala de 5 pontos (nunca/raramente/às vezes/frequentemente/muito frequentemente), distribuídos por três escalas: a escala de Restrição inclui 10 itens, a escala de Ingestão Externa é também composta por 10 itens, e a escala de Ingestão Emocional composta por 13 itens. Esta última subdivide-se ainda, no questionário original, em Emoções Precisas, com 9 itens e Emoções Difusas com 4 itens (VIANA & SINDE, 2003).

4ª Etapa: Aplicação do questionário socioeconômico. (APÊNDICE B)

Para avaliar a situação socioeconômica do paciente foi aplicado instrumento de coleta de dados como: Nome, idade, sexo, nível de escolaridade, ocupação, renda familiar, quantas pessoas dependem da renda familiar, tempo de diagnóstico e uso de medicamentos.

5ª Etapa: Aplicação de questionário do perfil clínico (APÊNDICE C) para coletar dados como: histórico de câncer familiar, quais tratamentos foram realizados, tabagismo, etilismo, idade da primeira gestação.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra da pesquisa foi composta por 28 mulheres, adultas e idosas, com idade média de 53 anos, diagnosticadas com câncer de mama, assistidas na associação filantrópica de apoio a pacientes com câncer. Predomina faixa etária de 40 a 59 anos (57%), cor parda (71%),

escolaridade ensino fundamental incompleto (36%) e não trabalham (89%). Ao serem abordadas sobre o estado civil, verificou-se que a maioria está sem parceiro (a) conjugal (57%). A maioria possui casa própria em zona urbana e dividem domicílio com 4 a 7 pessoas (57%) que partilham as rendas e despesas. Com relação à renda familiar mensal, verificou-se que quatorze (50%) tinham uma renda entre 1 e 3 salários mínimos, com base no período de coleta o valor de R\$998,00¹. Todas as características sócio demográficas estão demonstradas no Quadro 3.

Quanto aos dados clínicos, verificou-se que 93% fizeram tratamento quimioterápico, 18% fizeram tratamento hormonioterápico e 71% tem história de câncer na família. Das pacientes 93% possui filhos, 71% tiveram de uma a três gestações, apenas uma paciente afirmou consumir bebida alcoólica e todas as participantes afirmaram não fumar.

Quadro 3: Dados sociodemográficos de mulheres diagnosticadas com câncer (n = 28).

Variáveis	n	%
Idade		
20 a 39	3	11%
40 a 59	16	57%
>60	9	32%
Cor/Raça		
Branca	4	14%
Parda	20	71%
Negra	4	14%
Escolaridade		
Fundamental incompleto	10	36%
Fundamental completo	3	11%
Médio incompleto	3	11%
Médio completo	7	25%
Superior incompleto	1	4%
Superior completo	2	7%
Não estudou	2	7%
Estado Civil		
Casada	11	39%
União estável	1	4%
Separada	2	7%
Viúva	4	14%
Solteira	10	36%

¹(Governo Federal, Decreto 9.661/2019)

Variáveis	n	%
Trabalha atualmente?		
Sim	3	11%
Não	25	89%
Pessoas no mesmo domicílio		
Sozinha	4	14%
Uma a três	16	57%
Quatro a sete	7	25%
Oito a dez	1	4%
Soma da renda dos moradores		
Nenhuma renda	1	4%
Até um salário mínimo	12	43%
1 a 3 salários mínimos	14	50%
3 a 6 salários mínimos	1	4%
Localização do domicílio		
Zona rural	6	21%
Zona urbana	22	79%

Fonte: Autores, 2019.

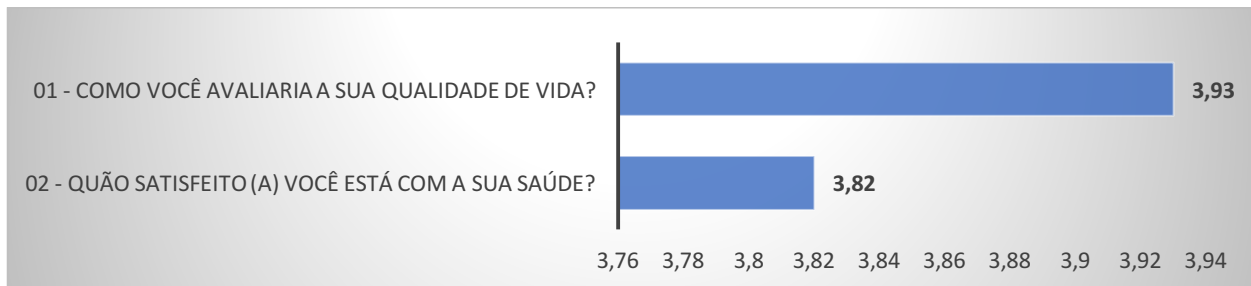
De acordo com os resultados antropométricos, verificou-se que predominam sobrepeso e obesidade (64%), com risco cardiovascular elevado (21%) e risco cardiovascular muito elevado (57%). Diversos estudos fazem relação da hormonioterapia ao desenvolvimento da obesidade, mas no presente estudo 82% da população não realizou este tratamento.

O aumento da sobrevida e a diminuição do risco de recidivas são confrontados com a experiência de efeitos como náusea, vômitos e alterações no padrão alimentar, que podem comprometer a qualidade de vida. A presença de aversões alimentares em função dos efeitos colaterais do tratamento quimioterápico pode ter implicações nutricionais importantes, como redução na ingestão alimentar e perda de peso, associado ao quadro de caquexia. (MATTES et al., 1987). Apesar dessas observações o ganho de peso pós tratamento tem sido comprovado e é um fenômeno amplamente estudado. Segundo COSTA et al. (2002) e MICHELLE et al. (2004), mulheres com câncer de mama, em tratamento quimioterápico adjuvante, apresentam tendência progressiva ao ganho de peso.

Ao concluir o tratamento e normalizar a sensibilidade das células sensoriais do paladar, uma resposta de recompensa da sensação de bem-estar ao alimentar-se é instaurada, gerando aumento da sensibilidade face aos estímulos externos, tornando-se assim, um dos fatores responsáveis pelo desenvolvimento da obesidade, sendo ela considerada um elemento importante no prognóstico negativo e está relacionada a recidiva da doença (INCA, 2019; MICHELS et al., 2007). Estudos mostram que o ganho de peso após o diagnóstico está relacionado com a recidiva e o aumento da mortalidade (KROENKE et al., 2005; BARNETT

et al., 2008), além disso, também está associado à redução da eficácia do tratamento e a pior qualidade de vida.

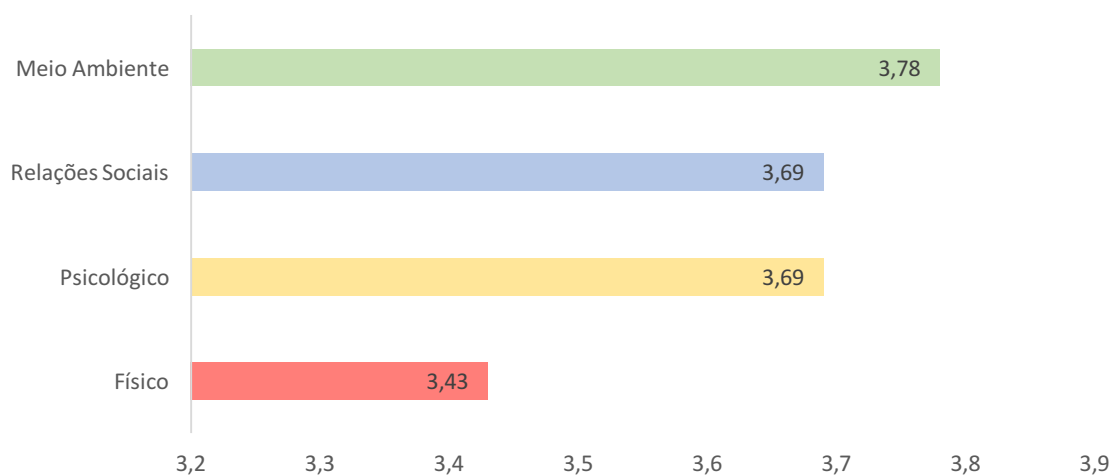
Gráfico 1: Escore Médio das facetas da qualidade de vida geral do instrumento WHOQOL-bref (n=28).



Fonte: Autores, 2020.

Estas duas primeiras questões avaliam a qualidade de vida geral, e, calculadas em conjunto, geram um escore independente dos domínios. Na avaliação da “Qualidade de Vida Geral”, no Gráfico 1 o escore médio da faceta 01 foi de 3,93; assim as pacientes avaliaram sua QV como “boa” e quanto à satisfação com a saúde (faceta 02), as pacientes apresentaram um escore de 3,82, sendo classificado “satisfeito”. Os resultados dos testes revelaram diferenças significativas relativamente à Faceta Geral e ao domínio Físico da QV. De uma forma geral, os resultados confirmam que, apesar do câncer de mama ser um acontecimento adverso que coloca em risco a QV, as mulheres tendem a revelar um padrão de avaliação e funcionamento da sua qualidade de vida geral e satisfação normal.

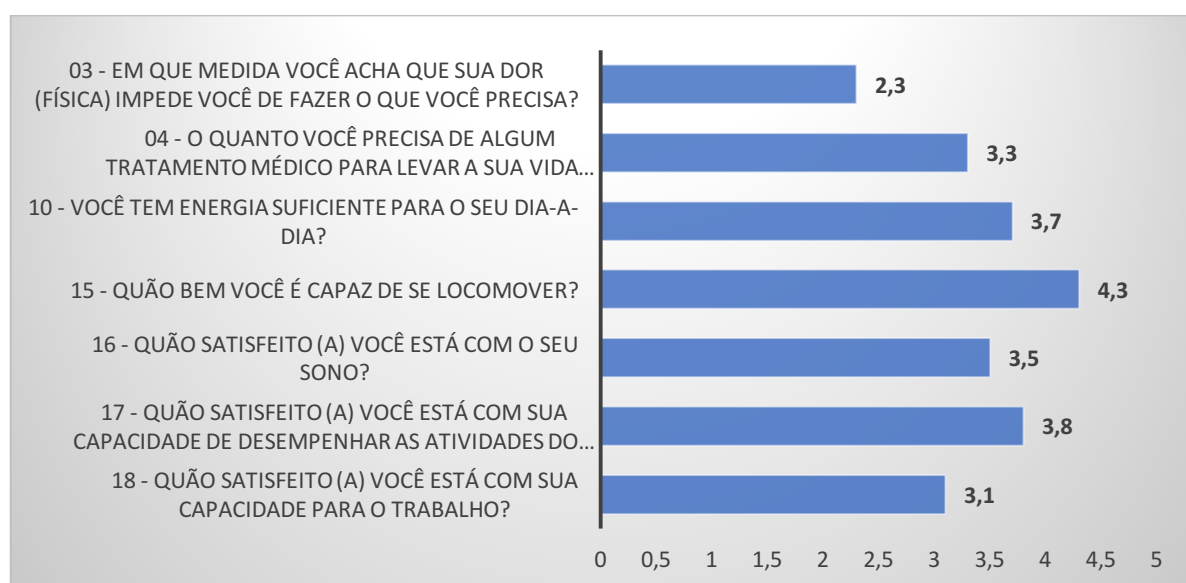
Gráfico 2. Escore Médio dos domínios do instrumento WHOQOL-bref 2010.



Fonte: Autores (2020).

O impacto do diagnóstico e do tratamento do câncer de mama pode ser profundo e comprometer o funcionamento físico, social e emocional das mulheres, reduzindo os escores de qualidade de vida. Alguns estudos também observaram achados semelhantes aos aqui apresentados (TANG Z et al., 2016). Considerando as diversas variáveis utilizadas, as prováveis interações entre parâmetros antropométricos, comportamento alimentar e qualidade de vida foram investigadas visando confirmar prévias observações citadas na literatura. Del RIO et al. (2002) afirmaram que o ganho de peso tem impacto psicológico negativo em mulheres que já sofrem de imagem corporal. Entretanto, em nosso estudo, apesar do aumento de peso em 64% da população não verificamos correlação entre essas variáveis e a qualidade de vida das pacientes. Foi possível observar que as pacientes avaliadas relataram uma boa qualidade de vida quando retratada de modo geral.

Gráfico 3: Escore Médio das facetas do domínio Físico do instrumento WHOQOL-bref. 2010.

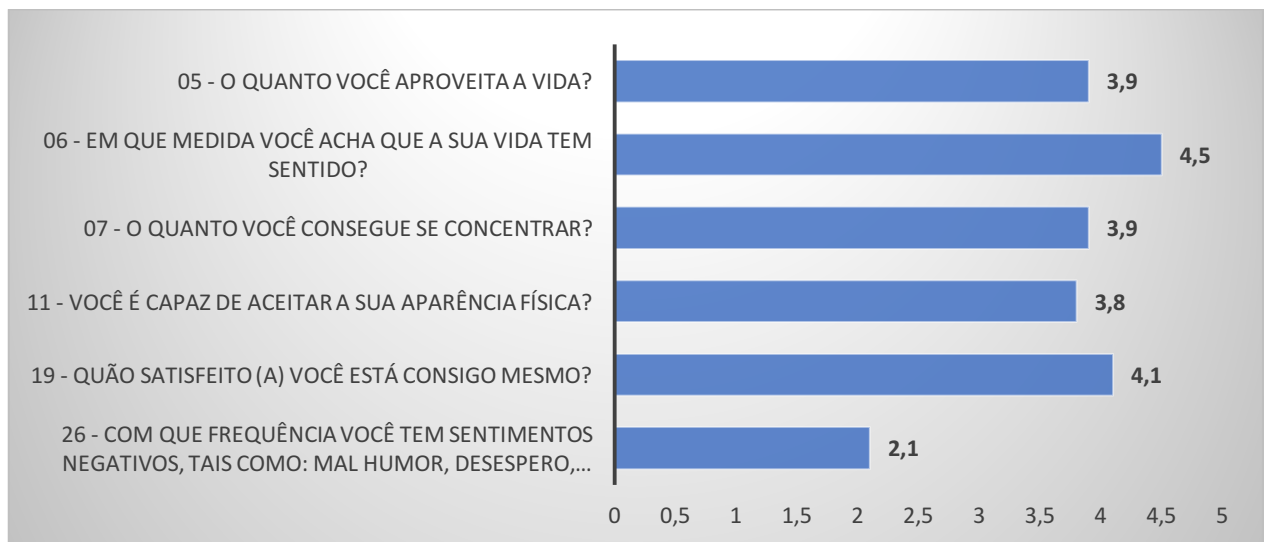


Fonte: Autores (2020).

Já no tocante à qualidade de vida física destas pacientes (locomoção, energia, sono e desempenho de atividades diárias) foi relatado um alto desconforto e queda de QV neste domínio com escore 3,43. Este relato de baixa Qualidade de Vida neste domínio é explicado e justificado na literatura, onde estudos afirmam que pacientes com câncer de mama apresentam baixa qualidade de vida em função dos efeitos do tratamento antineoplásico (BAUCOM et al., 2006). Embora os domínios Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente apresentem dados menos alarmantes comparados ao domínio Físico, há a necessidade de avaliação de uma melhor intervenção e cuidados afins de melhorar ainda mais a QV destas e futuras pacientes já que

todos apresentaram uma média de 3,6 dos escores. Um exemplo disso está na faceta 26 (gráfico 4): “Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?”, que obteve média 2,1. Acredita-se que com estes dados de baixa incidência de pensamentos negativos frequentes, seja possível confirmar o que Domínio Físico possui maior relevância no quesito “lidar com o tratamento”, do que comparado com o Domínio Psicológico.

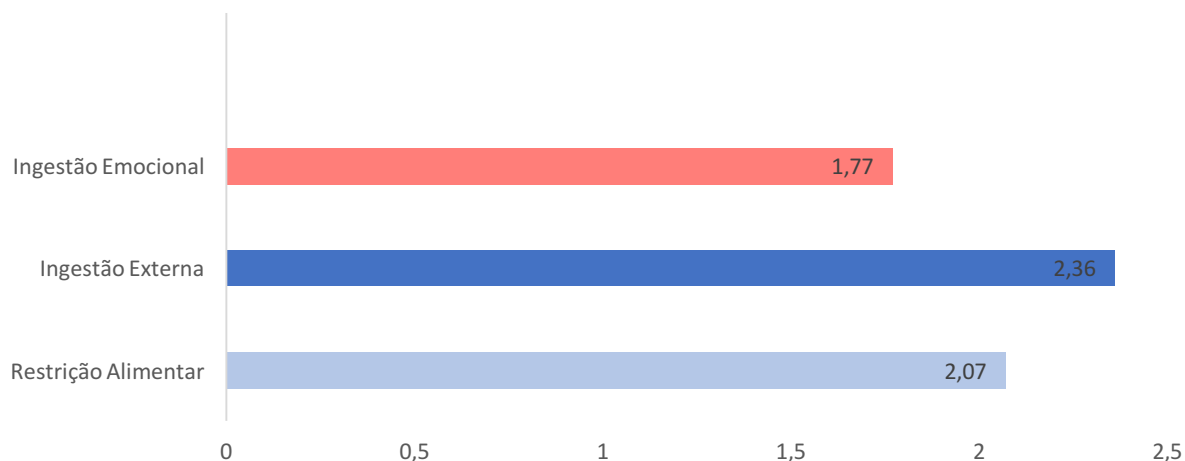
Gráfico 4: Escore Médio das facetas do domínio Psicológico do instrumento WHOQOL-bref. 2010.



Fonte: Autores (2020).

Para enfatizar ainda mais esta hipótese, ao serem questionadas a respeito da medida em que acham que a vida delas tem sentido (faceta 06), obteve-se escore 4,5, sendo este o maior escore avaliado, ou seja, há a confirmação de que o fator psicológico possui melhor Qualidade de Vida, porém o fator físico dificulta, podendo até impedir uma melhor QV destas mulheres. Nos restantes domínios da QV não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas

Gráfico 5: Escore Médio dos domínios do instrumento DEBQ.



Fonte: Autores (2020).

Na mensuração do comportamento alimentar verificou-se maior nível na ingestão externa a média de 2,36 (Gráfico 5) nas mulheres, o que sugere a perda do controle que ocorre devido a fatores externos intrínsecos aos alimentos, ou seja, é aquela em que as características do alimento ou do ambiente se sobrepõem à percepção da fome/saciedade. Considera-se que, quanto maior a pontuação, menor a capacidade de controle alimentar; e, quanto menor a pontuação, maior a capacidade de controle.

As escolhas alimentares de pacientes com neoplasia mamária podem ser alteradas quando, em função dos efeitos colaterais resultantes do tratamento quimioterápico, ocorre rejeição a determinados alimentos ou bebidas. Este fenômeno é conhecido como aversão alimentar adquirida (MATTES et al., 1992). Seguindo esta mesma linha de pensamento, Berteretche (2004) explica que o tratamento quimioterápico acarreta em uma relação de mal-estar com o alimento consumido. A hipótese é que durante o tratamento com a droga antineoplásica, as células sensoriais do paladar ficam afetadas, possibilitando a diminuição da sensibilidade dos sabores. Náuseas e vômitos constituem efeitos colaterais comuns em pacientes em tratamento quimioterápico, também são responsáveis pelo aparecimento das alterações nos hábitos alimentares, ocasionando assim, a aversão alimentar citada por MATTES et al. (1992). Acredita-se que a maior sensibilidade aos estímulos do ambiente (ingestão externa), em comparação com os internos, é resultante da restrição alimentar e do desejo ampliado pela carência não satisfeita devido aos efeitos do tratamento quimioterápico.

4. CONCLUSÃO.

O diagnóstico de uma doença ameaçadora da vida, do futuro e do bem-estar da mulher requer adaptações em todas as áreas da vida, assim como recursos para lidar o mais eficazmente com os seus desafios (SILVA, 2011). Recorrendo a uma metodologia baseada em critérios clínicos, respondendo assim a uma importante limitação das investigações anteriores, na sua maioria sustentadas em critérios temporais, este estudo representa um contributo importante para um conhecimento mais aprofundado da QV das mulheres diagnosticadas com câncer da mama.

A melhora da assistência aos pacientes oncológicos submetidos a quimioterapia, é um aspecto importante a ser avaliado. Mensurar nutricionalmente juntamente com a estimativa da qualidade de vida e comportamento alimentar, proporcionam um melhor monitoramento das pacientes, pois são avaliações rápidas e de fácil aplicação periódica. Faz-se necessário que nutricionistas envolvidos com pacientes oncológicos propiciem um relacionamento saudável, no decorrer do tratamento e após, com intuito de auxiliar na melhora da qualidade de vida e evitar possível recidiva. Por fim, acredita-se que com estudos e esforços, seja possível melhorar este e outros fatores que implicam no bem-estar destas mulheres, uma vez que todo o conjunto de fatores é primordial, capaz de gerar melhor satisfação pessoal e maior capacidade para enfrentamento do câncer.

O impacto do diagnóstico e do tratamento do câncer de mama pode ser intenso no funcionamento físico, social e emocional, reduzindo os escores de qualidade de vida. O resultado deste estudo pode indicar que ainda há prejuízos quanto a diversos aspectos da qualidade de vida. Dado o aumento no número de sobreviventes de câncer de mama nas próximas décadas, a compreensão do impacto do diagnóstico e tratamento na qualidade de vida destas pacientes, após o tratamento, tem um alto significado clínico e de saúde pública.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS. **Informações de Saúde, Epidemiológicas e Morbidade: banco de dados**. Ministério da saúde: DATASUS, 2018. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203>> Acesso em 14 de fevereiro de 2020.

OLIVEIRA, Helena Simões Dutra; Boneti, Rochele da Silva; Pizzato, Alessandra Campani. **Imunonutrição e o tratamento do câncer**. Revista Ciência & Saúde, Edição 2. Porto Alegre, 2010. p. 59-64, v. 3.

FLORES, Priscila da Trindade. **Qualidade de vida e estado nutricional de mulheres sobreviventes do câncer de mama em terapia hormonal adjuvante**. 2018. 102f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde e da Vida) - Universidade Franciscana, Santa Maria – RS, 2018.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Ministério da Saúde. **Estimativa 2018: Incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2018. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/estimativa-2018.pdf>>. Acesso em 24 de março de 2020.

ABRAMS Js. **Adjuvant therapy for breast cancer: results from the USA consensus conference**. Breast Cancer, 2001; p. 298-304. V.8. <https://doi.org/10.1007/BF02967528>.

FLECK, Marcelo PA et al. **Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref"**. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 178-183, Apr. 2000.

BRENNER, D. R et al. **Breast cancer survival among young women: a review of the role of modifiable lifestyle factors**. Cancer Causes Control, V. 27, n. 4, 459-472, 2016.

GRAY, J. M et al. **An update on the connection between breast cancer and the environment: State of the evidence 2017**. Environmental Health, 2017, v.16, n. 94, p. 1-61.

VIEIRA, Sabas Carlos. **Câncer de mama: Consenso da Sociedade Brasileira de Mastologia - Regional do Piauí**. Teresina: EDUFPI, 2017, p. 328.

KIM Y, Je Y. **Vitamin D intake, blood 25(OH)D levels, and breast cancer risk or mortality: a meta-analysis**. Br J Cancer, V. 110, p. 84, Mar. 2014.

NIEMAN, K. M. Romero et al., **Adipose tissue and adipocytes support tumorigenesis and metastasis**. Biochimica et Biophysica Acta, v. 1831, n. 10, p. 1533-1541, oct. 2013.

VAN STRIEN, T. **The Dutch Eating Behaviour Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional and external eating behaviour**. International Journal of Eating Disorders, v. 5, n. 2, p. 295-315, Feb. 1986

VIANA, Victor; Sinde, Suzana. **Estilo Alimentar: adaptação e validação do Questionário Holandês do Comportamento Alimentar**. Psicologia: Teoria, Investigação e Prática, V. 8, p. 59-71, 2003.

CHAIMOWICZ, F. **Epidemiologia e o envelhecimento no Brasil. Tratado de geriatria e gerontologia**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Kooga, v., p. 106- 130, 2011.

MICHELS KB, Mohllajee APet al. **A review of the prospective observational studies: Diet and breast cancer**. Cancer, v. 109, n. S12, p. 2712-2749, jun. 2007.

KROENKE CH et al. **Weight, weight gain, and survival after Breast Cancer Diagnosis**. J Clin Oncol, Boston, MA; v. 23, n. 7, p. 1370-78, 2005.

BARNETT GC, Shah M. **Risk factors for the incidence of breast cancer: do they affect survival from the disease?** J Clin Oncol, v. 26, n. 20, p. 3310- 3316, jul. 2008.

Zick S. M et al. **Pros and Cons of Dietary Strategies Popular Among Cancer Patients**. Oncology. Williston Park, v. 32, n. 11, p. 542-547, Oct. 2018.

LIS CG, Rodeghier M et al. **Distribution and determinants of patient satisfaction in oncology with a focus on health related quality of life**. BMC Health Serv Res, v. 9, n. 190,

p.190, 2009.

ROBERTS BM, Ahn B, Smuder AJ, Al-Rajhi M, Gill LC, Beharry AW, et al. **Diaphragm and ventilatory dysfunction during cancer cachexia.** FASEB J, v. 27, n. 7, p. 2600-2610, jul. 2013

NICOLUSSI, Adriana Cristina; Sawada, Namie Okino. **Qualidade de vida de pacientes com câncer de mama em terapia adjuvante.** Revista Gaúcha de Enfermagem. FapUNIFESP (SciELO). São Paulo, v. 22, n. 2, p.759-766, 2009.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA) **Fatores de Risco para o câncer de mama.** Rio de Janeiro: INCA, 2019. Disponível em <<https://www.inca.gov.br/controlado-cancer-de-mama/fatores-de-risco>>. Acesso em: 26 jun. 2019.

FERRINI, Krizia. Lifestyle et al., **Nutrition and breast cancer: facts and presumptions for consideration.** Ecancermedicalsecience, [s.l.]. Ecancer Global Foundation, v. 9, p. 557, jul. 2015.

MATTES RD, Curran Jr WJ et al. **Clinical implications of learned food aversions in patients with cancer treated with chemotherapy or radiation therapy.** Cancer, v. 70, n. 1, p. 192-200, jul. 1992.

MICHELLE NH, Campbell IT et al. **Energy balance in early câncer patients receiving adjuvante chemotherapy, breast Cancer Res Treat.** v. 83, p. 201-210, feb. 2004.

COSTA, Luciano José Megale; Varella, Paulo César Spotti; Giglio, Auro del. **Weigth changes during chemotherapy for breast câncer.** Med J, São Paulo, v. 120, n. 4, p.113-117, aug. 2002.

The Whoqol Group. **Development of the World Health Organization WHOQOL-bref Quality of Life Assesment.** Psychol Med, v. 28, n. 3, p. 551-558, may. 1998.

TASCA, Sabrina. **Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer de mama:** um estudo de caso-controlado aninhado em uma coorte. 2018. 87f. Tese (mestrado) – Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Porto Alegre, 2018.

TANG Z, Wang J et al. **Associations between diabetes and quality of life among breast cancer survivors**. China: Chu P-Y, v. 11, n. 6, p. e0157791, jun. 2016.

SEIDL, Eliane Maria Fleury; Zannon, Célia Maria Lana da Costa. **Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos**. Cadernos de Saúde Pública, 2004. p. 580-588.

SILVA, Sónia et al . **Qualidade de vida de mulheres com cancro da mama nas diversas fases da doença. O papel de variáveis sociodemográficas, clínicas e das estratégias de coping enquanto factores de risco/protecção**. Lisboa, v. 29, n. 1, p. 64-76, jan. 2011.

FRISANCHO, A. R. **Anthropometric Standards for the Assessment of Growth and Nutritional Status**. Ann Arbor, Michigan: University of Michigan Press, 1990.

ANEXOS

ANEXO A – Representação gráfica – Termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, abaixo assinado, autorizo a Universidade Tiradentes por intermédio do (a) s aluno (a) s, João Cesar Ferreira Melo Fernandes devidamente assistid(o)as pela seu(ua) orientador(a) Prof. Dr. Hugo José Xavier Santos, a desenvolver a pesquisa abaixo descrita:

1-Título da pesquisa: Acurácia dos parâmetros clínico nutricional na qualidade de vida de mulheres portadoras de câncer de mama.

2-Objetivos Primários: Analisar o estado nutricional e sua relação com a qualidade de vida de pacientes oncológicos diagnosticados com câncer de mama submetidos acompanhamento nutricional.

3-Descrição de procedimentos: Avaliação antropométrica; aplicação de questionários sociodemográfico, qualidade de vida, comportamento alimentar, análise de exames bioquímicos.

4-Justificativa para a realização da pesquisa: Melhoria da qualidade e vida e nutricional das pacientes.

5-Desconfortos e riscos esperados: Constrangimentos na coleta dos dados antropométricos; informações sociais. Para atenuar a situação teremos um local reservado e exclusivo para a coleta antropométrica, sendo realizada por pessoas do mesmo sexo e garantimos o sigilo das informações coletadas. Fui devidamente informado dos riscos acima descritos e de qualquer risco não descrito, não previsível, porém que possa ocorrer em decorrência da pesquisa será de inteira responsabilidade dos pesquisadores.

6-Benefícios esperados: espera-se coletar dados significantes para o desenvolvimento de terapias que beneficiem os pacientes de câncer de mama melhorando à qualidade de vida

7-Informações: Os participantes têm a garantia que receberão respostas a qualquer pergunta e esclarecimento de qualquer dúvida quanto aos assuntos relacionados à pesquisa. Também os pesquisadores supracitados assumem o compromisso de proporcionar informações atualizadas obtidas durante a realização do estudo.

8-Retirada do consentimento: O voluntário tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, não acarretando nenhum dano ao voluntário.

9-Aspecto Legal: Elaborado de acordo com as diretrizes e normas regulamentadas de pesquisa envolvendo seres humanos atende à Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde - Brasília – DF.

10-Confabilidade: Os voluntários terão direito à privacidade. A identidade (nomes e sobrenomes) do participante não será divulgada. Porém os voluntários assinarão o termo de consentimento para que os resultados obtidos possam ser apresentados em congressos e publicações.

11-Quanto à indenização: Não há danos previsíveis decorrentes da pesquisa, mesmo assim fica prevista indenização, caso se faça necessário.

12-Os participantes receberão uma via deste Termo assinada por todos os envolvidos (participantes e pesquisadores).

13-Dados do pesquisador responsável:

Nome: Prof. Dr. Hugo José Xavier Santos

Endereço profissional/telefone/e-mail: Av. Murilo Dantas, 300 Bloco C Farolândia. Fone (79) 3218 2683 Aracaju SE. nutricao@unit.br

ATENÇÃO: A participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Em casos de dúvida quanto aos seus direitos, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Tiradentes.

CEP/Unit - DPE

Av. Murilo Dantas, 300 bloco F – Farolândia – CEP 49032-490, Aracaju-SE.

Telefone: (79) 32182206 – e-mail: cep@unit.br.

Aracaju, ____ de _____ de 2019.

ASSINATURA DO VOLUNTÁRIO



ASSINATURA DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

ANEXO B – Representação Gráfica – WHOQOL-Bref

Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida
The World Health Organization Quality of Life – WHOQOL-bref
Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada.

Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas.

1 se você não recebeu "nada" de apoio. Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5

9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5
---	--	---	---	---	---	---

As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5

20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a com que frequência você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	Algumas vezes	freqüentemente	muito freqüentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

ANEXO C – Representação gráfica – Questionário Holandês de Comportamento Alimentar

Questionário Holandês do Comportamento Alimentar - QHCA
Translations of the Dutch Eating Behaviour Questionnaire (DEBQ)

Escreva seu nome, sexo, idade e data. Complete as questões a seguir da forma mais precisa possível.

Data: ___/___/_____

Idade: _____.

A. Peso atual: _____ kg

B. Altura: _____ centímetros

C. Seu peso corporal tem estado constante nos últimos seis meses?

- Sim, meu peso não mudou muito nos últimos seis meses.
 Não, eu perdi peso, perdi especificamente ____ Kg nos últimos 6 meses.
 Não, eu ganhei peso, ganhei especificamente ____ Kg nos últimos 6 meses.
 Não, algumas vezes eu ganhei peso e outras vezes eu perdi peso.

D. Seu maior peso até hoje, excluindo gestação: _____ kg

E. Seu menor peso depois de adulto: _____ kg

F. Você já teve algum episódio de comer um montante de comida que outras pessoas considerariam muito grande? sim não

Instruções. Para cada pergunta, você deve decidir se ela é verdadeira sobre você: nunca, raramente, às vezes, frequentemente ou muito frequentemente. Faça um X na coluna que corresponde à avaliação sobre você referente a cada pergunta. Por favor, responda a todas as perguntas, com a certeza de que você marcou na coluna certa a avaliação verdadeira sobre você. Se precisar alterar alguma resposta, faça um X grande sobre a coluna incorreta, e marque com uma seta o X na coluna certa.	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito
1. Você sente vontade de comer quando está irritado(a)?					
2. Se a comida está gostosa, você come mais do que o costume?					
3. Você sente vontade de comer quando não tem nada pra fazer?					
4. Quando você engorda, passa a comer menos do que o costume?					
5. Você tem vontade de comer quando está deprimido(a) ou desanimado(a)?					
6. Se a comida está com cheiro bom e aparência boa, você come mais do que o de costume?					
7. Com que frequência você recusa comida ou bebida oferecidas a você porque está preocupado com seu peso?					
8. Você sente vontade de comer quando se sente sozinho?					
9. Se você vê ou sente o cheiro de algo gostoso, você fica com vontade de comê-lo?					
10. Você sente vontade de comer quando alguém o “deixa para baixo”?					
11. Você tenta comer menos do que gostaria, nas refeições?					
12. Se você tem algo gostoso para comer, você come imediatamente?					
13. Você tem vontade de comer quando está contrariado(a)?					

14.Você presta atenção exatamente no que come?					
15.Se você passa em frente à padaria, você tem vontade de comprar algo gostoso?					
16.Você sente vontade de comer quando você sabe que algo desagradável está para acontecer?					
17.Você evita comer alimentos que engordam?					
	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito
18.Quando você vê outras pessoas comendo, sente vontade de comer também?					
19.Quando você come demais, você come menos do que o costume nos dias seguintes?					
20.Você sente vontade de comer quando está ansioso(a), preocupado(a) ou tenso(a)?					
21.Você acha difícil resistir a comidas gostosas?					
22.Você intencionalmente come menos para não ganhar peso?					
23.Você sente vontade de comer quando as coisas não estão indo do seu jeito ou quando estão dando errado?					
24.Se você passa em frente a uma lanchonete ou café, você tem vontade de comprar algo gostoso?					
25.Você sente vontade de comer quando está emocionalmente abalado(a)?					
26.Com que frequência você tenta não comer entre as refeições porque está controlando seu peso?					
27.Você come mais que o de costume ao ver outras pessoas comendo?					
28.Você sente vontade de comer quando você está entediado(a) ou agitado(a)?					
29.Com que frequência você tenta não comer à noite porque está controlando o seu peso?					
30.Você sente vontade de comer quando está com medo?					
31.Você leva em consideração seu peso ao escolher o que come?					
32.Você sente vontade de comer quando está desapontado(a)?					
33.Quando você está preparando uma refeição, costuma comer alguma coisa?					

APÊNDICES

APÊNDICE A – Dados antropométricos

AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA

DATA: ___/___/____.

1ª ETAPA – Avaliação inicial

Altura	
Peso	
IMC	
Idade	
*CB (lado não afetado). ()Dir ()Esq	
Circunferência da Panturrilha	
Circunferência da cintura	
Circunferência do Quadril	
Circunferência Pulso	
Circunferência Pescoço	

*CB - Circunferência Braquial

APÊNDICE B – Questionário Socioeconômico

QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO

ESTE QUESTIONÁRIO TEM POR OBJETIVO COLETAR DADOS E IDENTIFICAR A REALIDADE SOCIOECONÔMICA DE PACIENTES COM CÂNCER DE MAMA

Data: ___/___/___

<p>Data de Nascimento: ____/____/____</p> <p>Idade: _____.</p> <p>Cidade _____.</p> <p>Estado _____.</p>	<p>1-Estado Civil.</p> <p>(A) Solteira</p> <p>(B) Casada</p> <p>(C) Divorciada</p> <p>(D) Separada</p> <p>(E) União Estável</p> <p>(F) Viúva</p>	<p>2-Raça/Cor da pele, você se considera? (marcar o que a paciente responder).</p> <p>(A) Branca.</p> <p>(B) Parda.</p> <p>(C) Negra.</p> <p>(D) Amarela(oriental).</p> <p>(E) Vermelha(Indígena).</p>
--	--	--

<p>3-Quantas pessoas moram com você? (incluindo filhos, irmãos, parentes e amigos (Marque apenas uma resposta)</p> <p>(A) Moro sozinho</p> <p>(B) Uma a três</p> <p>(C) Quatro a sete</p> <p>(D) Oito a dez</p> <p>(E) Mais de dez</p>	<p>4- A casa onde você mora é? (Marque apenas uma resposta)</p> <p>(A) Própria</p> <p>(B) Alugada</p> <p>(C) Cedida</p>	<p>5- Sua casa está localizada em? (Marque apenas uma resposta)</p> <p>(A) Zona rural.</p> <p>(B) Zona urbana</p> <p>(C) Comunidade indígena.</p> <p>(D) Comunidade quilombola.</p>
--	---	---

<p>6. Qual é o seu nível de escolaridade? (Marque apenas uma resposta)</p> <p>(A) Ensino Fundamental incompleto.</p> <p>(B) Ensino Fundamental completo.</p> <p>(C) Ensino Médio Incompleto</p>	<p>7-Qual a sua renda mensal, aproximadamente? (Marque apenas uma resposta)</p> <p>(A) Nenhuma renda.</p> <p>(B) Até 1 salário mínimo.</p>
---	--

<p>(D) Ensino Médio completo (E) Ensino Superior completo. (F) Ensino Superior incompleto. (G) Não estudou</p>	<p>(C) De 1 a 3 salários mínimos. (D) De 3 a 6 salários mínimos. (E) De 6 a 9 salários mínimos. (F) De 9 a 12 salários mínimos.</p>
<p>8-Somando a sua renda com a renda das pessoas que moram com você, quanto é, aproximadamente, a renda familiar mensal? (Marque apenas uma resposta)</p> <p>(A) Nenhuma renda. (B) Até 1 salário mínimo. (C) De 1 a 3 salários mínimos. (D) De 3 a 6 salários mínimos. (E) De 6 a 9 salários mínimos. (F) De 9 a 12 salários mínimos.</p>	<p>9-Você trabalha atualmente? (Marque apenas uma resposta)</p> <p>(A) Sim (B) Não</p>
<p>10-Ocupação atual ou qual era a ocupação antes do tratamento? (Marque apenas uma resposta)</p> <p>(A) Aposentada. (B) Trabalha fora. (C) Do lar (sem remuneração). (D) Pensionista. (E) Trabalho doméstico em casa de outras pessoas. (F) Trabalho informal (costura, aulas particulares, cozinha, artesanato etc.). (G) Não trabalho.</p>	<p>11-Quantas horas semanais você trabalha/trabalhava? (Marque apenas uma resposta)</p> <p>(A) Sem jornada fixa, até 10 horas semanais. (B) De 11 a 20 horas semanais. (C) De 21 a 30 horas semanais. (D) De 31 a 40 horas semanais. (E) Mais de 40 horas semanais</p>

APÊNDICE C – Perfil clínico

PERFIL CLÍNICO

<p>1-História de câncer na família.</p> <p>(A) Sim</p> <p>(B) Não</p>	<p>2-Como descobriu o nódulo na mama?</p> <p>(A) Autoexame.</p> <p>(B) Mamografia.</p> <p>(A) Ultrassonografia.</p>
<p>3-Tempo de diagnóstico.</p> <p>(A) Menos de 1 ano</p> <p>(B) Mais de 1 e menos de 2 anos</p> <p>(C) Entre 2 e menos de 3 anos</p> <p>(D) Entre 3 e 5 anos</p>	<p>4-Tratamentos realizados. (marque 1 ou mais)</p> <p>(A) Radioterapia.</p> <p>(B) Quimioterapia.</p> <p>(C) Cirurgia.</p> <p>(D) Hormonioterapia</p>
<p>5- Em tratamento hormonioterapico atual?</p> <p>(A) Sim.</p> <p>(B) Não.</p>	<p>6- Já engravidou?</p> <p>(A) Sim.</p> <p>(B) Não. (direcione para a questão 9)</p>
<p>7-Número de gestações?</p> <p>(A) 1 - 3.</p> <p>(B) \geq 4.</p> <p>(C) Nenhuma</p>	<p>8-Idade em que teve a primeira gestação?</p> <p>(A) 15 a 18 anos.</p> <p>(B) 19 a 29 anos.</p> <p>(C) 30 a 38 anos.</p> <p>(D) Nunca engravidou.</p>
<p>9-Etilismo.</p> <p>(A) Sim.</p> <p>(B) Não.</p>	<p>10-Tabagismo.</p> <p>(A) Sim. Há quanto tempo? _____.</p> <p>(B) Não.</p>
<p>Possui acompanhamento nutricional? (Antes do diagnóstico)</p> <p>(A) Sim.</p> <p>(B) Não.</p>	<p>Utiliza medicamentos? Quais?</p> <p>_____</p>