



MINISTÉRIO DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE ENSINO
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ONCOLOGIA

Rachel Marini Figueira Chiotte Alves de Oliveira

**PREVALÊNCIA DE FADIGA ONCOLÓGICA EM MULHERES JOVENS COM
DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE MAMA MATRICULADAS EM UMA UNIDADE
DE REFERÊNCIA DO RIO DE JANEIRO**

Rio de Janeiro

2018

RACHEL MARINI FIGUEIRA CHIOTE ALVES DE OLIVEIRA

**PREVALÊNCIA DE FADIGA ONCOLÓGICA EM MULHERES JOVENS COM
DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE MAMA MATRICULADAS EM UMA UNIDADE
DE REFERÊNCIA DO RIO DE JANEIRO**

Trabalho de Conclusão de Residência
apresentado ao Instituto Nacional de Câncer
José Alencar Gomes da Silva como requisito
parcial para a conclusão do Programa de
Residência Multiprofissional em Oncologia.

Orientadora: Dra. Anke Bergmann

Rio de Janeiro

2018

RACHEL MARINI FIGUEIRA CHIOTE ALVES DE OLIVEIRA

**PREVALÊNCIA DE FADIGA ONCOLÓGICA EM MULHERES JOVENS
COM DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE MAMA MATRICULADAS EM
UMA UNIDADE DE REFERÊNCIA DO RIO DE JANEIRO**

Trabalho de Conclusão de Residência
apresentado ao Instituto Nacional de
Câncer José Alencar Gomes da Silva como
requisito parcial para a conclusão do
Programa de Residência Multiprofissional
em Oncologia.

Aprovada em ____ de _____ de 2018.

Conceito: _____

Banca Examinadora

Dra. Anke Bergmann (Orientadora/ INCA)

MSc. Erica Alves Nogueira Fabro

Dra. Mônica Maria Pena Quintão

PREVALÊNCIA DE FADIGA ONCOLÓGICA EM MULHERES JOVENS COM DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE MAMA MATRICULADAS EM UMA UNIDADE DE REFERÊNCIA DO RIO DE JANEIRO

RESUMO

Introdução: O câncer de mama é a neoplasia mais incidente na população feminina mundial. A doença tem causa multifatorial, porém a idade é um dos principais fatores de risco. Pacientes jovens podem ser acometidas de forma mais grave. As alterações nos sistemas corporais podem ter como desfecho a fadiga oncológica, que ocorre em 50% a 90% dos pacientes. **Objetivo:** Analisar a prevalência de fadiga oncológica em mulheres jovens após o diagnóstico de câncer de mama, de acordo com o grupo etário. **Metodologia:** Trata-se de um estudo observacional, do tipo transversal, no qual foram incluídas 88 mulheres com idades de 18 a 40 anos, diagnosticadas com câncer de mama, matriculadas no INCA entre abril de 2016 e novembro de 2017. A fadiga oncológica foi o desfecho estudado, sendo mensurada pelo questionário FACIT-Fatigue. Além disso, foram realizados os testes da marcha estacionária de dois minutos, e de sentar e levantar, para mensurar capacidade física. Informações sociodemográficas e clínicas foram coletadas. A análise descritiva das variáveis foi realizada por meio das medidas de tendência central e de dispersão para as variáveis contínuas, e frequências relativa e absoluta para variáveis categóricas. A diferença entre os grupos foi avaliada por meio do teste Qui-Quadrado (χ^2) para as variáveis categóricas e ANOVA para as variáveis contínuas. As análises foram realizadas por meio do pacote estatístico SPSS. **Resultados:** As participantes tiveram uma média de idade de 35,58 anos (DP=3,64). A maioria tinha escolaridade superior a oito anos (79,5%), não era branca (64,8%), trabalhava fora do lar (51,1%), possuía renda per capita \leq 1 salário mínimo (75%), vivia com um companheiro (58%), nunca havia fumado (81,8%), tinha sobrepeso (35,2%) e estadiamento avançado ao diagnóstico (67%). O carcinoma ductal invasivo foi o tipo histológico mais frequente, estando presente em 86,6% das pacientes. As mulheres mais jovens apresentaram prevalência de fadiga ligeiramente menor que pacientes jovens, porém sem diferença estatisticamente significativa. **Conclusão:** A prevalência de fadiga oncológica em mulheres jovens, após o diagnóstico de câncer de mama, foi baixa. Não houve diferença estatisticamente significativa ao compararmos a prevalência do sintoma em questão entre mulheres muito jovens e jovens. Apesar de suas limitações, este trabalho contribuiu para um melhor entendimento do perfil de fadiga oncológica (domínio físico) em mulheres na faixa etária de 18 a 40 anos matriculadas no HCIII/INCA.

Palavras-chave: câncer de mama, fadiga, prevalência, pacientes jovens.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	6
1.1.O câncer da mama.....	6
1.2. Fatores associados à ocorrência do câncer de mama.....	7
1.3. Fadiga oncológica.....	8
2. JUSTIFICATIVA.....	11
3. OBJETIVOS.....	12
3.1. Objetivo geral.....	12
3.2. Objetivos específicos.....	12
4. MATERIAIS E MÉTODOS.....	13
4.1. Delineamento e população de estudo.....	13
4.2. Recrutamento e questões éticas.....	13
4.3. Coleta de dados e Medidas.....	14
5. RESULTADOS.....	17
6. DISCUSSÃO.....	21
7. CONCLUSÃO.....	25
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	26
Anexo I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	30
Anexo II - Instrumento de coleta de dados.....	35

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Características sociodemográficas da amostra de mulheres jovens com câncer de mama.....	18
Tabela 2. Características clínicas de mulheres jovens com câncer de mama.....	19
Tabela 3. Análise de capacidade física e fadiga em mulheres jovens com câncer de mama.....	20

LISTA DE FIGURAS

Figura 1A. Teste de sentar e levantar.....	16
Figura 1B. Teste de sentar e levantar.....	16
Figura 2. Teste da marcha estacionária de 2 minutos.....	16

1. INTRODUÇÃO

1.1. O câncer da mama

Câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças caracterizadas por crescimento celular desordenado em tecidos e órgãos, e que possui grande capacidade de disseminação. Uma dessas doenças é o câncer de mama, caracterizado pela invasão do tecido mamário por células neoplásicas, decorrentes de alterações genéticas que podem ser hereditárias ou adquiridas (RODRIGUES *et al.*, 2015).

O câncer de mama é a neoplasia com maior incidência na população feminina no mundo, representando cerca de 1,67 milhões de casos novos em 2012, sendo a primeira causa de morte por câncer nos países menos desenvolvidos e a segunda nas nações mais desenvolvidas (GLOBOCAN, 2012). A maioria das regiões do mundo apresentou um aumento na incidência de câncer de mama, porém nações com maior nível de desenvolvimento experimentaram na última década uma estabilidade na incidência da doença e taxas de mortalidade em declínio, resultados diretos de uma melhor política de detecção precoce associada a tratamentos mais eficazes. Nos países menos desenvolvidos, o diagnóstico ainda ocorre tardiamente, o que contribui para uma menor sobrevivência dos pacientes (INCA, 2017).

No Brasil, são esperados 59.700 casos novos de câncer de mama e um risco estimado de 56,33 casos a cada 100 mil mulheres, para cada ano do biênio 2018-2019. O câncer de mama ainda é a primeira causa de morte em mulheres brasileiras, com 15.403 óbitos em 2015 (INCA, 2017). A sobrevivência em cinco anos aumentou nas últimas estimativas brasileiras, porém a taxa de mortalidade ainda é alta com 14 óbitos a cada 100 mil mulheres em 2013 (INCA, 2015).

Os principais sinais e sintomas relacionados ao câncer de mama são presença de nódulo mamário endurecido, não doloroso, fixo e que apresenta aumento de tamanho; dor e edema na mama; alteração do aspecto da pele como descamação e ulcerações; deformidades, retração da pele/mamilo, linfonodomegalia axilar e secreção mamilar (CRUZ *et al.*, 2015).

Para Santos e Chubaci (2011), a detecção precoce do câncer de mama pode ser realizada por meio do exame clínico das mamas e da mamografia (mais eficaz, uma vez que

detecta 80-90% dos casos da doença em indivíduos assintomáticos). Para as mesmas autoras, a realização de mamografia permite antecipar o diagnóstico em cerca de dois anos e, assim, favorece a detecção precoce, maior eficácia do tratamento, menor dano estético e redução da morbidade. Segundo orientações do INCA (2017), a mamografia deve ser realizada a cada dois anos em mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos como estratégia de rastreamento.

O tratamento do câncer de mama pode ser realizado por meio de realização de cirurgia, radioterapia, quimioterapia e hormonioterapia, geralmente com associação de duas ou mais abordagens terapêuticas (FABRO *et al.*, 2016).

1.2. Fatores associados à ocorrência do câncer de mama

Vários fatores podem estar envolvidos na etiologia do câncer de mama, destacando-se a idade, aspectos endócrinos e genéticos. Menarca precoce (idade menor que 12 anos), menopausa após os 55 anos, primeira gravidez após os 30 anos, nuliparidade, uso de alguns anticoncepcionais e terapia de reposição hormonal pós-menopausa estão associados ao aumento do risco de desenvolvimento da doença. A hereditariedade está envolvida em 5-10% do total de casos, sendo associada principalmente à mutações nos genes BRCA1 e BRCA2. Outros fatores como exposição a radiações ionizantes, consumo regular de bebida alcoólica, obesidade (principalmente após a menopausa) e sedentarismo também podem contribuir para a gênese da doença (OHL *et al.*, 2016; INCA, 2017).

O desenvolvimento do câncer de mama tem causa multifatorial, porém a idade ainda é um dos principais fatores de risco. A incidência aumenta rapidamente até os 50 anos, com um aumento mais lento acima desta idade, o que evidencia a relação da oncogênese com a atividade hormonal feminina. Mulheres mais jovens são acometidas de forma mais agressiva em virtude de altas taxas de mutação e expressão genéticas (INCA, 2015).

Apesar de não existir consenso quanto à classificação etária de pacientes jovens, um estudo aponta que indivíduos com até 50 anos de idade são considerados jovens com câncer de mama (AXELROD *et al.*, 2008). A ocorrência da doença é incomum nesta população, com apenas 4% de todos os casos de câncer de mama sendo diagnosticados em mulheres com

menos de 35 anos. O prognóstico geralmente é pior em virtude do diagnóstico tardio e do estadiamento avançado da doença (CRIPPA *et al.*, 2003).

1.3. Fadiga oncológica

O câncer de mama pode gerar diversas alterações no funcionamento dos sistemas corporais, as quais relacionam-se ao processo da carcinogênese ou ao tratamento. Estas mudanças podem ter como principal desfecho o desenvolvimento da fadiga oncológica (RYAN *et al.*, 2007; HORNEBER *et al.*, 2012; BOWER, 2014).

A fadiga oncológica pode ocorrer desde o diagnóstico, piorar durante o tratamento e persistir por anos após o fim da terapêutica (BOWER *et al.*, 2014). É definida como uma "persistente sensação subjetiva de cansaço relacionada ao câncer ou tratamento de câncer que interfere no funcionamento normal" (MOCK *et al.*, 2003), desproporcional ao esforço realizado e que não melhora com repouso (RYAN *et al.*, 2007), sendo o pior e mais angustiante sintoma relatado por pacientes (HOFMAN *et al.*, 2007; HORNEBER *et al.*, 2012; BOWER, 2014).

Trata-se de um fenômeno complexo, subjetivo, multidimensional e ainda pouco compreendido, que inclui aspectos físicos, biopsicossociais e espirituais, sendo vivenciado por um grande número de pacientes com câncer (TAN e XIA, 2014; BØDTCHER *et al.*, 2015). Problemas de sono, percepção de falta de apoio social, baixos níveis de atividade física, disfunções cognitivas, medo relacionado à possibilidade de recaída da doença são fatores que podem piorar a experiência de fadiga vivida pelos pacientes (ABRAHAMS *et al.*, 2017).

Em relação ao domínio biopsicossocial, a idade pode ser considerada um dos fatores que merece destaque na avaliação da fadiga oncológica. Segundo Banthia *et al.* (2009), mulheres jovens com câncer de mama relatam fadiga mais grave quando comparadas a mulheres mais velhas, o que pode ser justificado pelo estadiamento mais avançado com necessidade de tratamentos mais agressivos ou também por maiores demandas sociais e ambientais relacionadas ao trabalho, cuidados domésticos e familiares.

Já o estudo dos fatores físicos relacionados à fadiga têm alcançado maior destaque nos últimos anos. Trabalhos mostraram que as respostas inflamatórias e imunes persistentes,

em resposta ao tumor ou ao tratamento, também podem estar envolvidas na gênese da fadiga (KLUTHCOVSKY *et al.*, 2012). As evidências apontam que, mesmo após um longo período do término do tratamento, citocinas pró-inflamatórias podem estar cronicamente elevadas em pacientes com câncer de mama e que parece existir uma relação positiva entre a ação dessas citocinas e a presença de fadiga (MEESKE *et al.*, 2007).

Ainda existe uma defasagem na produção de conhecimento em relação à fadiga oncológica quando comparamos as nações mais e menos desenvolvidas. Nas últimas décadas, houve um aumento na produção de conhecimento científico sobre a fadiga relacionada ao câncer, porém a maioria dos trabalhos foi realizada em países desenvolvidos. Por isso, permanecem pouco conhecidas a prevalência, as causas e as características da fadiga vivenciada por pacientes em países em desenvolvimento (KLUTHCOVSKY *et al.*, 2012).

Muitos trabalhos foram realizados nos últimos anos na tentativa de estabelecer um padrão de mensuração e definição da fadiga em pacientes oncológicos, porém ainda não existe consenso sobre a melhor forma de fazê-lo. A heterogeneidade das avaliações utilizadas nos estudos gerou resultados de prevalência de fadiga que variam de 25% a 99%, o que dificulta e limita uma correta abordagem e gerenciamento do sintoma (ANDRYKOWSKI *et al.*, 2005).

Um estudo realizado por Cella *et al.* (2001) propôs quatro critérios (A, B, C e D) para a identificação de casos de fadiga relacionada ao câncer. O critério A está relacionado com a fadiga significativa e corresponde a um período de pelo menos 2 semanas no mês anterior, durante o qual o paciente teve fadiga significativa todos os dias, ou quase todos os dias, juntamente com a experiência de pelo menos cinco de 10 sintomas adicionais (A1 Fadiga significativa, diminuição de energia ou aumento da necessidade de descanso, desproporcional a qualquer mudança recente no nível de atividade; A2 Fraqueza generalizada ou peso nos membros; A3 Concentração ou atenção diminuídas; A4 Diminuição da motivação ou interesse em participar de atividades usuais; A5 Insônia ou hipersonia; A6 Experiência de sono como não restauradora ou não reparadora; A7 Necessidade percebida de lutar para superar a inatividade; A8 Reatividade emocional (por exemplo, tristeza, frustração ou irritabilidade) ao sentir-se fatigado; A9 Dificuldade em completar as tarefas diárias atribuídas ao sentir-se fatigado; A10 Problemas percebidos com a memória de curto prazo). O critério B tem relação com sintomas que causam sofrimento ou prejuízo clinicamente significativo em

áreas sociais, ocupacionais ou outras áreas importantes de funcionamento. Já o critério C demonstra que há evidências, a partir da história, exame físico ou achados laboratoriais, de que os sintomas são uma consequência do câncer ou da terapia do câncer. Enquanto no critério D os sintomas não são vistos primariamente como uma consequência de comorbidades psiquiátricas, como depressão maior, distúrbio de somatização ou delirium.

Estudos sobre fadiga relacionada ao câncer precisam continuar sendo realizados para que seja possível fornecer um tratamento eficaz para os indivíduos acometidos, dadas as dimensões catastróficas geradas pela ocorrência desse sintoma na vida dos pacientes oncológicos, tais como o desgaste do bem-estar físico/emocional, da qualidade de vida, dos relacionamentos interpessoais e na produção de renda (MEESKE *et al.*, 2007).

2. JUSTIFICATIVA

Apesar de inúmeros estudos abordarem o tema da fadiga relacionada ao câncer, são escassos os trabalhos que analisam a fadiga oncológica na população brasileira. Neste contexto, este estudo é relevante, pois busca analisar a prevalência da fadiga oncológica e evidenciar fatores relacionados ao seu desenvolvimento em mulheres jovens com diagnóstico de câncer de mama, podendo gerar conhecimentos que contribuam para futuras intervenções.

3. OBJETIVOS

3.1. Geral

Analisar a prevalência de fadiga oncológica em mulheres jovens com diagnóstico de câncer de mama, de acordo com o grupo etário, no momento da matrícula no INCA.

3.2. Específicos

Descrever características sociodemográficas e clínicas de mulheres jovens com diagnóstico do câncer de mama, de acordo com o grupo etário, no momento da matrícula no INCA.

Descrever a fadiga oncológica de mulheres jovens com diagnóstico do câncer de mama, de acordo com o grupo etário, no momento da matrícula no INCA.

4. MATERIAIS E MÉTODOS

4.1. Delineamento e população de estudo

Trata-se de um estudo observacional, do tipo transversal, realizado a partir de uma coorte hospitalar composta por pacientes do sexo feminino com câncer de mama.

Foram incluídas 88 mulheres de 18 a 40 anos diagnosticadas com câncer de mama (CID C50), com indicação de tratamento curativo para a doença e que foram matriculadas no Hospital do Câncer III do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (HCIII/INCA) no período de 04 de abril de 2016 a 30 de novembro de 2017.

Foram excluídas mulheres que realizaram tratamento oncológico prévio fora do INCA; com história pessoal anterior de câncer; sem condições clínicas/oncológicas para realizar o tratamento; com dificuldade de locomoção, deficiência visual ou auditiva que impedisse a aplicação de testes físicos e questionários; que não concordaram em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

4.2. Recrutamento e questões éticas

Este é um subprojeto de um estudo iniciado em abril/ 2016 denominado “Influência da atividade física na qualidade de vida, complicações do tratamento e prognóstico de mulheres com câncer de mama matriculadas no HCIII/INCA”, submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do INCA em 02/02/2016 sob o CAAE: 51100615.7.0000.5274.

As pacientes que compareceram ao HCIII/ INCA para consulta de primeira vez na mastologia ou oncologia clínica (momento da matrícula no INCA) foram avaliadas quanto aos critérios de elegibilidade do estudo e orientadas sobre os objetivos desta pesquisa e quanto à participação não obrigatória e voluntária. Tiveram garantia de seu anonimato, sigilo de suas informações pessoais e assinaram o TCLE.

Todo estudo envolve riscos, entretanto, esta pesquisa buscou preservar ao máximo suas participantes e, para isso, foi conduzida por profissional habilitado e em local privativo. Os métodos para avaliação não foram invasivos, somente por meio de consulta de prontuários, aplicação de questionários, entrevista e testes físicos, o que acreditamos não tenha causado

nenhum constrangimento. As participantes foram abordadas durante a espera ou após a consulta médica para não haver prejuízo ou atraso no atendimento.

Os benefícios deste trabalho foram indiretos, já que ao buscar analisar a prevalência da fadiga oncológica em mulheres jovens após o diagnóstico de câncer de mama e evidenciar os fatores relacionados ao seu desenvolvimento, podemos gerar conhecimentos que contribuam para melhorar a assistência à essas mulheres.

4.3. Coleta de dados e Medidas

As pacientes foram avaliadas no momento da matrícula no HCIII/INCA por meio de entrevista, aplicação de questionários e avaliação física. Informações adicionais foram colhidas por meio de consulta direta aos prontuários físico e eletrônico.

A fadiga oncológica foi considerada a variável desfecho, sendo mensurada pela subescala de fadiga do questionário FACIT-Fatigue (*Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Fatigue*) versão 4. Este instrumento é composto por 13 itens que avaliam a fadiga auto-relatada pelo paciente durante a última semana (BØDTCHER *et al.*, 2015). Possui propriedades psicométricas fortes, podendo ser utilizado de forma independente (CELLA *et al.*, 2005; MUSZALIK *et al.*, 2016). Existem 5 possibilidades de respostas para cada um dos 13 itens (0- nem um pouco, 1 – um pouco, 2 – mais ou menos, 3 – muito e 4 – muitíssimo). A pontuação total varia de 0 a 52 pontos e, quanto menor a pontuação, maior o nível de fadiga da paciente (BØDTCHER *et al.*, 2015). Este questionário já foi utilizado por alguns autores na avaliação da fadiga em pacientes com câncer de mama (SAARTO *et al.*, 2012; PENTTINEN *et al.*, 2011; BØDTCHER *et al.*, 2015; CELLA *et al.*, 2005).

A capacidade física foi mensurada por meio de dois testes físicos. O teste de sentar e levantar avalia a resistência de membros inferiores. Neste teste, foi solicitado que as pacientes sentassem na parte da frente de uma cadeira (FIGURA 1A), cruzassem os membros superiores sobre o tórax e levantassem até a extensão completa dos joelhos (FIGURA 1B). As participantes tinham que repetir o movimento de sentar e levantar da cadeira o máximo de vezes que conseguissem dentro de um intervalo de 30 segundos. O número máximo de repetições foi computado pelo avaliador (RIKLI e JONES, 2013). Um número menor que 8 repetições caracteriza maior comprometimento da capacidade física (RIKLI e JONES, 2002).

Outro teste utilizado para medir a capacidade física foi o da marcha estacionária de dois minutos (TME2). Ele é utilizado para mensurar a resistência aeróbica, substituindo o teste de caminhada de 6 minutos quando há uma restrição de espaço ou tempo para a realização da avaliação. Após ser dado o sinal pelo avaliador, a participante iniciava a marcha estacionária e era computado o número máximo de elevações do joelho direito realizadas durante 2 minutos. O avaliador poderia auxiliar as participantes que perdessem o equilíbrio durante o teste. A altura mínima (em centímetros) em que a paciente deveria elevar o joelho em cada passada era correspondente a um ponto intermediário medido entre a patela e a espinha íliaca ântero superior. Uma fita métrica fixa foi utilizada para que a paciente pudesse visualizar a altura mínima a ser alcançada pelo joelho direito (PEDROSA e HOLANDA, 2009; RIKLI e JONES, 2002; RIKLI e JONES, 2013)(FIGURA 2). A dispneia e a fadiga foram avaliadas com a escala modificada de Borg, a frequência cardíaca e a saturação de oxigênio foram medidas com oxímetro de pulso. Para avaliar a pressão arterial, utilizou-se um esfigmomanômetro digital e a medida foi realizada no membro superior contralateral ao da mama acometida pelo câncer. Todas as aferições foram feitas ao início e ao término do teste (PEDROSA e HOLANDA, 2009). Um número menor que 65 repetições caracteriza um maior comprometimento da capacidade física (RIKLI e JONES, 2002).

A idade foi considerada a exposição principal. Dois grupos foram criados para categorizar as faixas etárias das pacientes jovens: grupo A, mulheres muito jovens (18 - <35 anos de idade), e grupo B, mulheres jovens (idade \geq 35 - 40 anos).

Para cálculo do tamanho amostral, foi considerado desvio-padrão de 9,8 com diferença a ser detectada entre os grupos de 4, nível de significância de 5% e poder de teste de 80% (monocaudal). Com esses parâmetros, seria necessária a inclusão de 74 mulheres. Foram incluídas todas as mulheres elegíveis no período do estudo.

Foi realizada a coleta das informações sociodemográficas e clínicas. A análise descritiva das variáveis foi feita por meio das medidas de tendência central (média e mediana) e de dispersão (valores mínimo e máximo, desvio-padrão) para as variáveis contínuas, e frequências relativa e absoluta para variáveis categóricas. A diferença entre os grupos foi avaliada por meio do teste Qui-Quadrado (χ^2), para as variáveis categóricas, e ANOVA, para as variáveis contínuas. Todos os dados foram analisados por meio do pacote estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.0.



Figura 1A. Teste de sentar e levantar.



Figura 1B. Teste de sentar e levantar.



Figura 2. Teste da marcha estacionária de dois minutos.

5. RESULTADOS

Neste estudo foram incluídas 88 mulheres na faixa etária de 18 a 40 anos, com uma média de idade de 35,58 anos (DP=3,64).

Em relação às características sociodemográficas, a maioria das pacientes tinha idade entre 35 e 40 anos (65,9%), não era branca (64,8%), trabalhava fora do lar (51,1%), possuía renda per capita igual ou inferior a um salário mínimo (75%), vivia com um companheiro (58%) e tinha um bom nível educacional. Quando comparamos os grupos etários, observamos que as mulheres mais jovens apresentaram maior escolaridade que as jovens ($p=0,017$) (Tabela 1).

Quanto às características clínicas, 86,6% das pacientes tinham laudo histopatológico compatível com carcinoma ductal invasivo, sendo que 67% do total de participantes do estudo já receberam o diagnóstico de câncer de mama com estadiamento avançado (\geq IIB). A maioria das pacientes nunca havia fumado (81,8%), não era hipertensa (89,8%) e tinha sobrepeso (35,2%). O consumo de álcool, levando em consideração os últimos 30 dias, foi menor entre as participantes com idade inferior a 35 anos ($p=0,024$). (Tabela 2).

Na tabela 3, são apresentados os resultados obtidos nas avaliações relacionadas à capacidade física e à fadiga, de acordo com a faixa etária. Não houve diferença estatisticamente significativa nas avaliações relacionadas à capacidade física, quando comparamos os grupos etários. As mulheres mais jovens apresentaram prevalência de fadiga ligeiramente menor que pacientes jovens, porém sem diferença estatisticamente significativa.

Tabela 1. Características sociodemográficas da amostra de mulheres jovens com câncer de mama (n = 88)

Variáveis	Idade Média (DP) 35,58 (3,64)			P valor**
	Total	Grupo A	Grupo B	
		18 - <35 anos n=30 (34,1%)	≥35 - 40 anos n=58 (65,9%)	
N (%)*	N (%)*	N (%)*		
Raça/ cor da pele				
Branca	31 (35,2)	07 (23,3)	24 (41,4)	0,073
Não Branca	57 (64,8)	23 (76,7)	34 (58,6)	
Nível Educacional				
≤ 8 anos	18 (20,5)	02 (6,7)	16 (27,6)	0,017
> 8 anos	70 (79,5)	28 (93,3)	42 (72,4)	
Ocupação				
Trabalha	45 (51,1)	14 (50,0)	31 (55,4)	0,408
Não trabalha	39 (44,3)	14 (50,0)	25 (44,6)	
Renda Per capita***				
≤ 1 salário mínimo	66 (75,0)	24 (80,0)	42 (72,4)	0,306
> 1 salário mínimo	22 (25,0)	06 (20,0)	16 (27,6)	
Estado Civil				
Com companheiro	51 (58,0)	16 (53,3)	35 (60,3)	0,342
Sem Companheiro	37 (42,0)	14 (46,7)	23 (39,7)	

*As diferenças representam ausência de informações
**Calculado para valores conhecidos
***Um salário mínimo: R\$ 880,00 em 2016 (equivalia a U\$ 252,14 em 04/04/2016) e R\$ 937,00 em 2017 (equivalia a U\$ 285,49 em 02/01/2017)
DP: desvio padrão

Tabela 2. Características clínicas de mulheres jovens com câncer de mama (n = 88)

Variáveis	Total	Grupo A	Grupo B	P valor**
		18 - <35 anos n=30	≥35 - 40 anos n=58	
	N (%)*	N (%)*	N (%)*	
Estadiamento				
Até IIA	22 (25,0)	08 (27,6)	14 (26,9)	0,573
≥ IIB	59 (67,0)	21 (72,4)	38 (73,1)	
Tipo histopatológico				
Carcinoma ductal invasivo	78 (86,6)	28 (100)	50 (92,6)	0,181
Outros	04 (4,5)	0 (0)	04 (7,4)	
Consumo de álcool				
Não	62 (70,5)	25 (86,2)	37 (63,8)	0,024
Sim	25 (28,4)	04 (13,8)	21 (36,2)	
Tabagismo				
Nunca fumou	72 (81,8)	24 (82,8)	48 (82,8)	0,610
Já fumou	15 (17,0)	05 (17,2)	10 (17,2)	
Hipertensão arterial				
Não	79 (89,8)	28 (93,3)	51 (87,9)	0,348
sim	09 (10,2)	02 (6,7)	07 (12,1)	
Relação cintura-quadril				
Menor risco	57 (64,8)	18 (60,0)	39 (68,4)	0,290
Maior risco	30 (34,1)	12 (40,0)	18 (31,6)	
IMC				
Eutrófica	28 (31,8)	12 (44,0)	16 (30,2)	0,211
Sobrepeso	31 (35,2)	11 (40,7)	20 (37,7)	
Obesa	21 (23,9)	04 (14,8)	17 (32,1)	

*As diferenças representam ausência de informações

**Calculado para valores conhecidos

Tabela 3. Análise de capacidade física e fadiga em mulheres jovens com câncer de mama (n=88)

Capacidade física e fadiga	Pacientes que realizaram as avaliações N (%)*	Total Média (DP)	Grupo A 18 - <35 anos Média (DP)	Grupo B ≥35 - 40 anos Média (DP)	P valor**
Teste de sentar e levantar Nº de repetições	81 (92,0)	14 (3,61)	14,11 (3,62)	13,94 (3,64)	0,848
Teste da marcha estacionária de 2 minutos (TME2') Nº de elevações do joelho direito	79 (89,8)	93,85 (18,17)	96,44 (12,98)	92,51 (20,34)	0,453
FACIT-Fatigue Pontuação	88 (100)	41,17 (9,82)	42,27 (9,25)	40,60 (10,13)	0,365

*As diferenças representam ausência de informações
**Calculado para valores conhecidos
DP: desvio padrão

6. DISCUSSÃO

Os resultados obtidos, por meio da análise do questionário FACIT-Fatigue, revelaram que não houve diferença estatisticamente significativa em relação à fadiga quando comparamos os grupos etários.

Este trabalho incluiu 88 mulheres jovens que receberam o diagnóstico de câncer de mama e foram matriculadas na unidade III do INCA, hospital de referência para o tratamento do câncer de mama no Rio de Janeiro. A média de idade foi 35,58 anos (DP= 3,64), com idades variando de 27 a 40 anos.

No presente estudo, 34,1% do total das pacientes possuía idade inferior a 35 anos. A maior parte das mulheres compunha a faixa etária de 35 a 40 anos (65,9%). Outros estudos obtiveram resultados semelhantes aos nossos. Pinheiro e colaboradores (2013) encontraram um predomínio de casos em pacientes jovens com câncer de mama na faixa etária entre 36 e 39 anos. Outro trabalho relatou que 62,8% das participantes do estudo tinham idades entre 35 e 39 anos (KEEGAN *et al.*, 2012).

A maioria das pacientes, tanto do grupo etário A (72,4%) quanto do B (73,1%), apresentou estadiamento avançado (\geq IIB) no momento da matrícula no INCA. A doença avançada está relacionada ao atraso no diagnóstico de câncer de mama em pacientes jovens, seja pelas dificuldades técnicas na realização de mamografia em um parênquima mamário com alta densidade ou pelas políticas de rastreamento adotadas por cada governo, com consequente manifestação mais agressiva da doença (YILDIRIM *et al.*, 2000).

O carcinoma ductal invasivo (CDI) foi o tipo histológico mais frequente nas participantes deste estudo, sem diferença estatisticamente significativa entre as faixas etárias dos grupos A e B. Um estudo transversal de base hospitalar realizado entre 2000 e 2009, envolvendo 12.689 pacientes que receberam o diagnóstico de câncer de mama na faixa etária de 18 a 39 anos, encontrou que 90,7% das mulheres jovens incluídas na pesquisa tiveram resultado do laudo histopatológico compatível com CDI (PINHEIRO *et al.*, 2013).

Rikli e Jones (2002) propuseram pontos de corte para os testes da marcha estacionária de dois minutos, e de sentar e levantar. Segundo estas autoras, uma pontuação menor que 8 repetições no teste de sentar e levantar, e um número menor que 65 elevações do joelho direito no TME2 caracterizariam um maior comprometimento da capacidade física. A

média de pontuação, tanto da faixa etária A quanto da B, para ambos os testes, ficou acima dos pontos de corte mencionados anteriormente. Isso demonstra que nossas pacientes não apresentavam comprometimento das resistências aeróbica e de membros inferiores. Devemos ressaltar que as pacientes com idades inferiores a 35 anos apresentaram pontuações médias ligeiramente maiores que as do outro grupo com 35 anos ou mais. Apesar disso, não houve diferença estatisticamente significativa na comparação entre os grupos A e B em relação à capacidade física.

Não foram encontrados na literatura trabalhos que estabelecessem um ponto de corte para classificar a severidade da fadiga a partir do escore obtido com o questionário FACIT-Fatigue. Por isso, analisamos as pontuações desta avaliação como medidas contínuas. Nossas pacientes tiveram média de 41,17 pontos (DP= 9,82), com uma variação de 9 a 52 na pontuação total de fadiga. As pacientes do grupo A obtiveram uma pontuação ligeiramente maior que as do grupo B, porém não foi encontrada diferença estatisticamente significativa quando comparamos a fadiga auto-relatada pelas pacientes e as faixas etárias de ambos os grupos. Bødtcher e colaboradores (2015) destacaram que a pontuação total do questionário FACIT-Fatigue (domínio físico) varia de 0 a 52 pontos e, quanto menor a pontuação, maior o nível de fadiga. Como a pontuação média encontrada em nosso estudo estava mais próxima da pontuação máxima que pode ser alcançada (52 pontos), é possível afirmar que nossas pacientes tinham uma baixa prevalência de fadiga no momento da matrícula no INCA.

Com base nos dados sociodemográficos obtidos durante as entrevistas, mais da metade da população pesquisada informou que tinha companheiro. Li e Yuan (2011) utilizaram uma escala para classificar o nível de apoio social em baixo, moderado e alto. Como resultado, encontraram que nenhum paciente tinha alto nível de apoio social, com 77,38% dos pacientes com apoio moderado e 22,62% com baixo apoio. Um maior apoio social foi considerado como fator que pode estar relacionado a menores índices de fadiga. Os mesmos autores ratificam que o apoio social tem papel importante nos mecanismos de enfrentamento diante do sofrimento gerado pela fadiga oncológica, permitindo que as pacientes adotem uma atitude positiva diante da doença e do tratamento. O estudo citado anteriormente corrobora nossos achados, uma vez que a maioria de nossas pacientes possuíam companheiro (pessoa que supostamente presta apoio social) e um baixo nível de fadiga.

Quanto à situação de trabalho, 51,1% do total das pacientes tinham uma ocupação quando foram avaliadas. Um estudo publicado por Von e colaboradores (2016) afirmou que estar desempenhando alguma atividade laboral traz benefícios para mulheres jovens com câncer de mama, pois contribui para a manutenção da autoestima, permite o desvio do foco da doença oncológica, auxilia no desenvolvimento de redes de apoio social, dando significado à vida após o diagnóstico de câncer, além de garantir estabilidade financeira. Manter-se produtiva parece contribuir para o bem estar emocional das pacientes, o que pode atenuar a fadiga observada em mulheres jovens diagnosticadas com câncer de mama.

Ao analisarmos a situação financeira em que vivem nossas 88 participantes, os resultados apontam que 75% delas possuem renda per capita menor ou igual a um salário mínimo. Segundo a literatura, a vulnerabilidade econômica seria capaz de desencadear estresse físico e emocional, favorecendo a ocorrência de fadiga. Por isso, alguns autores afirmam existir uma relação negativa entre fadiga e nível socioeconômico, com maiores níveis de fadiga entre pacientes com menor renda (DONOVAN *et al*, 2007; LI e YUAN, 2011). Esta colocação permite inferir que nossas pacientes apresentam a renda como um possível fator de risco para o desenvolvimento da fadiga oncológica.

Em relação à obesidade geral, analisada por meio do índice de massa corporal (IMC), 35,2% das participantes está com sobrepeso, seguidas respectivamente por pacientes eutróficas (31,8%) e obesas (23,9%). Já na avaliação da obesidade central, medida a partir da relação cintura-quadril, 64,8% do total de pacientes está na categoria de baixo risco. O estudo de Liu e colaboradores (2016) afirma que a obesidade está associada a um elevado risco de câncer, com a obesidade central sendo fortemente associada à ocorrência de doenças cardiovasculares, enquanto a obesidade geral tem maior relação com o desenvolvimento de câncer de mama. Porém, um estudo realizado por Ogundiran e colaboradores (2012) encontrou associação positiva entre a adiposidade central e o desenvolvimento do câncer de mama. Entretanto, não há convergência na literatura sobre qual seria a melhor medida para avaliar o estado nutricional destas pacientes. O ganho de peso e a mudança da forma física podem influenciar negativamente a autoimagem, contribuindo para um maior nível de fadiga (domínio psicológico) vivenciado pelas pacientes (HOWARD-ANDERSON *et al.*, 2012).

Quanto ao nível educacional, a maioria de nossas pacientes estudou mais de oito anos. Um estudo brasileiro realizado com mulheres jovens no estado do Maranhão afirma que

a maior escolaridade contribui na busca da mulher pelo diagnóstico diante da suspeita de câncer de mama. Além disso, o maior nível de educação formal foi associado com maior frequência de realização do autoexame e da mamografia (LIMA *et al.*, 2011). Esta discussão leva-nos a pensar que as mulheres incluídas em nossa pesquisa, por serem mais instruídas, poderiam ser diagnosticadas com estadiamentos menos avançados, porém isso não foi observado na nossa população.

Alguns fatores são limitantes para a interpretação dos resultados deste trabalho. Por tratar-se de um estudo transversal, não foi possível estabelecer relação de causalidade entre a fadiga e outras variáveis estudadas. A validade externa e a generalização dos resultados podem ser limitados, uma vez que a amostra é homogênea, sendo composta por pacientes matriculadas em uma unidade hospitalar de referência. Portanto, pode não refletir o perfil de fadiga de mulheres jovens com câncer de mama atendidas em outros centros de tratamento. Além disso, a fadiga oncológica foi analisada somente quanto ao domínio físico e fatores sociodemográficos que podem ter influenciado no desenvolvimento do sintoma. Há relato na literatura de que a fadiga em mulheres jovens sofre maior influência de fatores cognitivos e emocionais. Por isso, ao analisarmos somente os aspectos mencionados anteriormente, podemos estar subestimando a prevalência da fadiga na população avaliada.

Portanto, outros trabalhos devem ser publicados com o objetivo de complementar as informações contidas nesta pesquisa. Fatores biopsicossociais relacionados ao desenvolvimento da fadiga serão melhor abordados em ensaios longitudinais futuros, conduzidos durante o tratamento das mulheres incluídas no presente estudo. Estes poderão gerar conhecimentos norteadores para intervenções que busquem o melhor gerenciamento da fadiga em pacientes jovens com câncer de mama.

7. CONCLUSÃO

Em nosso estudo, encontramos uma baixa prevalência de fadiga oncológica em mulheres jovens, após o diagnóstico de câncer de mama. Além disso, não houve diferença estatisticamente significativa ao compararmos a prevalência do sintoma em questão entre mulheres muito jovens e jovens.

São escassas as publicações que analisaram a fadiga em populações semelhantes a nossa. Por isso, apesar de suas limitações, este estudo contribuiu para um melhor entendimento do perfil de fadiga oncológica (domínio físico) em mulheres na faixa etária de 18 a 40 anos matriculadas no HCIII/INCA.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAHAMS, H. J. G. *et al.* Severe fatigue after treatment of ductal carcinoma in situ: A comparison with age-matched breast cancer survivors and healthy controls. *The Breast*, 31, p.76-81, 2017.

ANDRYKOWSKI, M. A. *et al.* Use of a Case Definition Approach to Identify Cancer-Related Fatigue in Women Undergoing Adjuvant Therapy for Breast Cancer. *Journal Of Clinical Oncology*, v.23, n.27, p.6613-6622, 2005.

AXELROD, D *et al.* Breast Cancer in Young Women. Erratum in: *J Am Coll Surg.*, v.206, n.3, p.1193-203, 2008.

BANTHIA, R. *et al.* Fatigued Breast Cancer Survivors: The Role of Sleep Quality, Depressed Mood, Stage, and Age. *Psychol Health*, v.24, n.8, p.965–980, 2009.

BØDTCHER, H. *et al.* Fatigue trajectories during the first 8 months after breast cancer diagnosis. *Qual Life Res.*, v.24, n.11, p.2671-2679, 2015.

BOWER, J. E. *et al.* Screening, Assessment, and Management of Fatigue in Adult Survivors of Cancer: An American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Adaptation. *Journal Of Clinical Oncology*, v.32, n.17, p.1840-1850, 2014.

BOWER, J. E. Cancer-related fatigue—mechanisms, risk factors, and treatments. *Nat. Rev. Clin. Oncol*, v.11, p.597–609, 2014.

CAMPOS, M. P. O. *et al.* Fadiga relacionada ao câncer: uma revisão. *Rev Assoc Med Bras.*, v.57, n.2, p.211-219, 2011.

CELLA, D. *et al.* Cancer-Related Fatigue: Prevalence of Proposed Diagnostic Criteria in a United States Sample of Cancer Survivors. *Journal of Clinical Oncology*, v.19, n.14, p.3385-3391, 2001.

CELLA, D. *et al.* Validation of the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy Fatigue Scale relative to other instrumentation in patients with rheumatoid arthritis. *J Rheumatol.*,v.5, n.32, p.811-9. 2005.

CRUZ, G. K. P. *et al.* Retirando as vendas: conhecimento de mulheres cegas sobre câncer de mama. *Rev. Pesqui. cuid. Fundam.*, v.7, n.2, p.2486-2493, 2015.

ADEBAMOWO, C. A. *et al.* Waist-hip ratio and breast cancer risk in urbanized Nigerian women. *Breast Cancer Res*, n.5, v.2, p.R18-R24, 2003.

CRIPPA, C. G. *et al.* Perfil Clínico e Epidemiológico do Câncer de Mama em Mulheres Jovens. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, v.32, n.3, p.50-58, 2003.

DONOVAN, K. A. *et al.* Utility of a cognitive-behavioral model to predict fatigue following breast cancer treatment. *Health Psychology*, v.26, n.4, p.464-472, 2007.

FABRO, E. A. N. *et al.* Atenção fisioterapêutica no controle do linfedema secundário ao tratamento do câncer de mama: rotina do Hospital do Câncer III/Instituto Nacional de Câncer. *Rev Bras Mastologia*, v.26, n.1, p.4-8, 2016.

HOFMAN, M. *et al.* Cancer-Related Fatigue: The Scale of the Problem. *The Oncologist*, 12(suppl 1), p.4-10, 2007.

HOWARD-ANDERSON, J. *et al.* Quality of Life, Fertility Concerns, and Behavioral Health Outcomes in Younger Breast Cancer Survivors: A Systematic Review. *J Natl Cancer Inst*, v.104, n.5, p.:386-405, 2012.

HORNEBER, M. *et al.* Cancer-Related Fatigue: Epidemiology, Pathogenesis, Diagnosis, and Treatment. *Deutsches Ärzteblatt International*, v.109, n.9, p.161-72, 2012.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA - INCA. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2015. 122p.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA - INCA. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2017. 128p.

JONES, C. J.; RIKLI, R. E. Measuring functional. *The Journal on Active Aging*, p.24-30, 2002.

KEEGAN, T. H. M. *et al.* Occurrence of breast cancer subtypes in adolescent and young adult women. *Breast cancer Res*, v.14, n.2, R55, 2012.

KLUTHCOVSKY, A. C. G. C. *et al.* Fatigue after treatment in breast cancer survivors: prevalence, determinants and impact on health-related quality of life. *Support Care Cancer*, v.20, p.1901–1909, 2012.

LI, Y.; YUAN, C. Levels of fatigue in Chinese women with breast cancer and its correlates: A cross-sectional questionnaire survey. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, v.23, n.3, p.153–160, 2011.

LIMA, A. L. P. de *et al.* Rastreamento oportunístico do câncer de mama entre mulheres jovens no Estado do Maranhão, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v.27, n.7, p.1433-1439, 2011.

LIU, Y. *et al.* Prospective cohort study of general and central obesity, weight change trajectory, and risk of major cancers among Chinese women. *Int J Cancer*, v.139, n.7, p.1461–1470, 2016.

MEESEKE, K. *et al.* Fatigue in breast cancer survivors two to five years post diagnosis: a HEAL Study report. *Qual Life Res*, 16, p.947–960, 2007.

MOCK, V. *et al.* Cancer-related fatigue clinical practice guidelines in oncology. *J Natl Comp Cancer Network*, v.1, p.308–331, 2003.

MUSZALIK, M. *et al.* Quality of life of women with breast cancer undergoing radiotherapy using the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Fatigue questionnaire. *Clinical Interventions in Aging*, v.11, p.1489–1494, 2016.

OGUNDIRAN, T. O. *et al.* Body Fat Distribution and Breast Cancer Risk: Findings from the Nigerian Breast Cancer Study. *Cancer causes & control*, v 23, n.4, p.565–574, 2012.

OHL, I. C. B. *et al.* Public actions for control of breast cancer in Brazil: integrative review. *Rev Bras Enferm*, v.69, n.4, p.746-755, 2016.

PEDROSA, R.; HOLANDA, G. Correlação entre os testes da caminhada, marcha estacionária e tug em hipertensas idosas. *Rev Bras Fisioter.*, v. 13, n. 3, p. 252-6, 2009.

PENTTINEN, H. M. *et al.* Quality of life and physical performance and activity of breast cancer patients after adjuvant treatments. *Psychooncology*, v.20, n.11, p.1211-20, 2011.

PINHEIRO, A. B. *et al.* Câncer de Mama em Mulheres Jovens: Análise de 12.689 Casos. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v.59, n.3, p.351-359, 2013.

RIKLI, R. E.; JONES, C. J. Development and Validation of Criterion-Referenced Clinically Relevant Fitness Standards for Maintaining Physical Independence in Later Years. *The Gerontologist*, v.53, n.2, p.255–267, 2013.

RODRIGUES, J. D. *et al.* Uma análise da prevenção do câncer de mama no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.20, n.10, p.3163-3176, 2015

RYAN, J. L. *et al.* Mechanisms of Cancer-Related Fatigue. *The Oncologist*, 12(suppl 1), p.22–34, 2007.

SAARTO, T. *et al.* Effectiveness of a 12-month exercise program on physical performance and quality of life of breast cancer survivors. *Anticancer Res.*, v.32, n.9, p.3875-84, 2012.

SALIGAN, L. N. *et al.* The Biology of Cancer-Related Fatigue: A Review of the Literature. *Support Care Cancer*, v.23, n.8, p.2461–2478, 2015.

SANTOS, G. D.; CHUBACI, R. Y. S. O conhecimento sobre o câncer de mama e a mamografia das mulheres idosas frequentadoras de centros de convivência em São Paulo (SP, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, v.16, n.5, p.2533-2540, 2011.

TAN, X. F.; XIA, F. Long-term fatigue state in postoperative patients with breast cancer. *Chin J Cancer Res.*, v.26, n.1, p.12-16, 2014.

VON, D. A. H. *et al.* Relationship of Self-reported Attentional Fatigue to Perceived Work Ability in Breast Cancer Survivors. *Cancer Nursing*, v.00, n.0, p.1-7, 2016.

YILDIRIM, E. *et al.* Prognostic Significance of Young Age in Breast Cancer. *Journal of Surgical Oncology*, v.74, p.267–272, 2000.



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Influência da atividade física na qualidade de vida, complicações do tratamento e prognóstico de mulheres com câncer de mama matriculadas no HCIII/INCA

Você está sendo convidada a participar de uma pesquisa porque foi atendida ou está sendo atendida nesta instituição e teve diagnóstico ou suspeita de um tipo de câncer chamado câncer de mama. Para que você possa decidir se quer participar ou não, precisa conhecer os benefícios, os riscos e as consequências pela sua participação.

Este documento é chamado de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e tem esse nome porque você só deve aceitar participar desta pesquisa depois de ter lido e entendido este documento. Leia as informações com atenção e converse com o pesquisador responsável e com a equipe da pesquisa sobre quaisquer dúvidas que você tenha. Caso haja alguma palavra ou frase que você não entenda, converse com a pessoa responsável por obter este consentimento, para maiores esclarecimentos. Converse com os seus familiares, amigos e com a equipe médica antes de tomar uma decisão. Se você tiver dúvidas depois de ler estas informações, entre em contato com o pesquisador responsável.

Após receber todas as informações, e todas as dúvidas forem esclarecidas, você poderá fornecer seu consentimento por escrito, caso queira participar.

PROPÓSITO DA PESQUISA

Este estudo tem como objetivo avaliar a influência da atividade física na qualidade de vida e complicações relacionadas ao tratamento (quimioterapia e/ou cirurgia) do câncer de mama.



PROCEDIMENTOS DA PESQUISA

Se você concordar em participar deste estudo, no dia da primeira consulta com seu médico mastologista ou oncologista clínico, será realizada uma entrevista, avaliação física, perguntas por meio de questionários sobre o seu estilo de vida e sua saúde física e mental.

Se você tiver indicação de fazer quimioterapia nesta instituição, será feita nova avaliação física e perguntas sobre sua saúde física e mental por meio de questionários antes, durante e no final do tratamento.

Ao completar 6 meses, 1 ano, 2 anos, 5 anos e 10 anos após a cirurgia, os mesmos procedimentos da consulta de primeira vez serão novamente realizados e as informações clínicas e relacionadas ao tratamento serão coletados diretamente do seu prontuário clínico.

BENEFÍCIOS

Você não será remunerado por sua participação e esta pesquisa não poderá oferecer benefícios diretos a você. Se você concordar com o uso de suas informações do modo descrito acima, é necessário esclarecer que você não terá quaisquer benefícios ou direitos financeiros sobre eventuais resultados decorrentes desta pesquisa.

O benefício principal da sua participação é possibilitar que no futuro, com os resultados alcançados com esta pesquisa, o diagnóstico e o tratamento para esse tipo de câncer beneficiem outros pacientes.

RISCOS

Durante o processo de descoberta do câncer de mama, podem ter ocorrido situações difíceis que envolvem sentimentos negativos. Falar sobre esse período pode trazer de volta lembranças e emoções desagradáveis vivenciadas durante esse processo. Por isso, você será entrevistada de forma individual em ambiente tranquilo e acolhedor. Se houver algum desconforto emocional, poderemos



encaminhá-la para o atendimento pelo setor de psicologia conforme rotina institucional. Além disso, durante os testes físicos você poderá apresentar cansaço. Para amenizar este risco, um profissional da equipe irá acompanhá-la durante todos os testes e você terá todo o tempo necessário para se recuperar antes de deixar a sala de atendimento.

Todos os serviços oferecidos pelo HCIII/INCA, tais como consultas, exames e tratamentos serão garantidos a você, independentemente da sua aceitação ou recusa em participar do estudo.

CUSTOS

Se você concordar com o uso das informações do seu prontuário como descrito acima, você não terá quaisquer custos ou despesas (gastos) pela sua participação nessa pesquisa. As entrevistas e avaliações físicas serão realizadas nos dias em que você vir à instituição para sua consulta de rotina.

CONFIDENCIALIDADE

Se você optar por participar desta pesquisa, as informações sobre a sua saúde e seus dados pessoais serão mantidas de maneira confidencial e sigilosa. Seus dados somente serão utilizados depois de anonimizados (ou seja, sem sua identificação). Apenas os pesquisadores autorizados terão acesso aos dados individuais, resultados de exames e testes bem como às informações do seu registro médico. Mesmo que estes dados sejam utilizados para propósitos de divulgação e/ou publicação científica, sua identidade permanecerá em segredo.

TRATAMENTO MÉDICO EM CASO DE DANOS

Todo e qualquer dano decorrente do desenvolvimento desta pesquisa, e que necessite de atendimento médico, ficará a cargo da instituição. Seu tratamento e acompanhamento médico independem de sua participação nesta pesquisa.



BASES DA PARTICIPAÇÃO

A sua participação é voluntária e a recusa em autorizar a sua participação não acarretará quaisquer penalidades ou perda de benefícios aos quais você tem direito, ou mudança no seu tratamento e acompanhamento médico nesta instituição. Você poderá retirar seu consentimento a qualquer momento sem qualquer prejuízo. Em caso de você decidir interromper sua participação na pesquisa, a equipe de pesquisadores deve ser comunicada.

ACESSO AO RESULTADOS DE EXAMES

Você pode ter acesso a qualquer resultado relacionado à esta pesquisa. Estes resultados serão enviados ao seu médico e ele os discutirá com você. Se você tiver interesse, você poderá receber uma cópia dos mesmos.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTOS

A pessoa responsável pela obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido lhe explicou claramente o conteúdo destas informações e se colocou à disposição para responder às suas perguntas sempre que tiver novas dúvidas. Você terá garantia de acesso, em qualquer etapa da pesquisa, sobre qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas e inclusive para tomar conhecimento dos resultados desta pesquisa. Neste caso, por favor, ligue para a **Dra. Anke Bergmann** no telefone **(21) 3207-6551** de 09h às 16h. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do INCA, que está formado por profissionais de diferentes áreas, que revisam os projetos de pesquisa que envolvem seres humanos, para garantir os direitos, a segurança e o bem-estar de todas as pessoas que se voluntariam à participar destes. Se tiver perguntas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode entrar em contato com o CEP do INCA na Rua do Resende N°128, Sala 203, de segunda a sexta de 9:00 a 17:00 hs, nos telefones (21) 3207-4550 ou 3207-4556, ou também pelo e-mail: cep@inca.gov.br.

Este termo está sendo elaborado em duas vias, sendo que uma via ficará com você e outra será arquivada com os pesquisadores responsáveis.



CONSENTIMENTO

Li as informações acima e entendi o propósito da solicitação de permissão para o uso das informações contidas no meu registro médico obtidos durante o atendimento nesse hospital. Tive a oportunidade de fazer perguntas e todas foram respondidas. Ficaram claros para mim quais são procedimentos a serem realizados, riscos e a garantia de esclarecimentos permanentes.

Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos dados e de esclarecer minhas dúvidas a qualquer tempo.

Entendo que meu nome não será publicado e toda tentativa será feita para assegurar o meu anonimato.

Concordo voluntariamente em participar desta pesquisa e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidade ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Eu, por intermédio deste, dou livremente meu consentimento para participar nesta pesquisa.

Nome e Assinatura do participante	/ / Data
Nome e Assinatura do Responsável Legal/Testemunha Imparcial (quando pertinente)	/ / Data

Eu, abaixo assinado, expliquei completamente os detalhes relevantes desta pesquisa ao paciente indicado acima e/ou pessoa autorizada para consentir pelo mesmo. Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente para a participação desta pesquisa.

Nome e Assinatura do Responsável pela obtenção do Termo	/ / Data
---	-------------

AVALIAÇÃO DE INCLUSÃO

Número do estudo

DT ENTREVISTA

____/____/____

AVALIAÇÃO INICIAL

Qual sua data de nascimento ou idade ou aniversário? _____ () Certo () Errado

Que dia é hoje? _____ () Certo () Errado

Onde a senhora está? _____ () Certo () Errado

Paciente incluída no estudo? () Sim () Não

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS

Data matrícula (DATAMATR) _____/_____/_____

Data nascimento (DATANASCI) _____/_____/_____

Raça/Cor/Etnia (RACA_COR): (1) branca (3) amarela (5) indígena
(2) preta (4) parda (9) sem informação

Estado civil (ESTCIVIL) (1) casada (3) solteira (5) viúva
(2) união consensual (4) divorciada / separada (9) sem informação

Escolaridade (NIVELESCOL) (1) analfabeto (4) 2º incompleto (7) superior completo
(2) 1º incompleto (5) 2º completo (9) sem informação
(3) 1º completo (6) superior incompleto

Residência atual CEP _____

Endereço (caso não saiba o CEP) Rua: _____ N°: _____

Bairro: _____ **Cidade:** _____ **Estado:** _____

Ocupação antes do diagnóstico (ACUPANT)

Ocupação atual (OCUPATUAL)

Renda familiar líquida aproximada no último mês (RENDAFAM) R\$

Nº pessoas (adultos e crianças) que dependem dessa renda para viver (NPESSOAS)

COMORBIDADE

Status Menopausal (MENOPAUSA) (1) não (3) sim, artificial (4) sim, sem informação
(2) sim, fisiológica (9) sem informação **Idade na menopausa:** _____
anos
HAS (0) não (1) sim **Quais medicamentos?**

Sente palpitação (coração) no último mês? (0) não (1) sim
DENGUE / ZIKA OU CHICUNGUNHA nos últimos 6 meses (com dores articulares)? (0) não (1) sim

CONSUMO DE ÁLCOOL E TABACO

BEHAVIORAL RISK FACTOR SURVEILLANCE SYSTEM (BRFSS)

Consumo de bebida alcoólica

1. Durante os últimos 30 dias, quantos dias por semana ou mês você ingeriu ao menos 1 gole de alguma bebida alcoólica como cerveja, vinho, whisky e destilados (cachaça, vodka, etc.)?

___ dias por semana ___ dias nos últimos 30 dias (888) nenhuma dose últimos 30 dias
(77) não sabe/ não tem certeza (99) recusou

2. Considerando uma dose como 360 ml de cerveja, 150 ml de vinho, 45 ml de destilados, lata ou garrafa pequena de bebida "ice". Nos últimos 30 dias, considerando os dias que você bebeu, quantas doses em média você ingeriu?

___ Cerveja LATA ___ Cerveja GARRAFA ___ ml ___ Cerveja LONG NECK
___ TAÇA de Vinho ___ DOSE de destilados (cachaça, vodka, whisky)
___ Ice LATA ___ Ice LONG NECK

3. Considerando todos os tipos de bebida alcoólica, em média quantas vezes nos últimos 30 dias você ingeriu 4 doses ou mais doses em uma única ocasião? _____

(88) nenhuma (77) não sabe/ não tem certeza (99) recusou

4. Durante os últimos 30 dias, qual o maior número de bebidas que você ingeriu em qualquer ocasião?

___ número de doses (77) não sabe/ não tem certeza (99) recusou

Consumo de tabaco

1. Você já fumou pelo menos 100 cigarros em toda a sua vida?

(1) sim (2) não (vá para pergunta 6) (77) Não sabe/ não tem certeza (99) Recusou

2. Atualmente você fuma todos os dias, alguns dias ou não fuma mais?

(1) todos os dias (2) alguns dias (3) Não fuma (vá para pergunta 5)
(77) Não sabe/ não tem certeza (99) Recusou

3. Em média, cerca de quantos cigarros por dia você fuma agora?

___ número de cigarros (77) Não sabe/ não tem certeza (99) Recusou

4. Durante os últimos 12 meses você ficou sem fumar 1 dia ou mais porque estava tentando parar de fumar?

(1) sim (2) não (77) Não sabe/ não tem certeza (99) Recusou

5. Quanto tempo se passou desde a última vez que você fumou, incluindo até mesmo um ou dois tragos?

Se fuma atualmente, não preencher

- | | |
|--|---|
| (01) Mês passado (menos de 1 mês atrás) | (06) Nos últimos 10 anos (5 anos mas menos que 10 anos atrás) |
| (02) Nos últimos 3 meses (1 mês, mas menos que 3 meses atrás) | 07) 10 anos ou mais |
| (03) Nos últimos 6 meses (3 meses mas menos que 6 meses atrás) | (08) Nunca fumei regularmente |
| (04) No último ano (6 meses mas menos de 1 ano atrás) | (77) Não sabe/ não lembra |
| (05) Nos últimos 5 anos (1 ano mas menos que 10 anos atrás) | (99) Recusou |

6. Atualmente você usa tabaco de mascar (rapé e snus), alguns dias ou não fuma mais?

(1) todos os dias (2) alguns dias (3) Não fuma (77) Não sabe/ não tem certeza (99) Recusou

AVALIAÇÃO FÍSICA

DOR (DOR) (1) sim (2) não

Local e EVA _____

	MS Afetado - (1) dir (2) esq		MS Contra - (1) dir (2) esq	
Parestesia ICB	(1) sim	(2) não	(1) sim	(2) não
Escápula MS	(1) sim	(2) não	(1) sim	(2) não
ADM flexão MS	(1) Incompleta	(2) Completa/funcional	(1) Incompleta	(2) Completa/funcional
ADM abdução MS	(1) Incompleta	(2) Completa/funcional	(1) Incompleta	(2) Completa/funcional
ADM Rot Externa	(1) Incompleta	(2) Completa/funcional	(1) Incompleta	(2) Completa/funcional
ADM Rot Interna	(1) Incompleta	(2) Completa/funcional	(1) Incompleta	(2) Completa/funcional

Início TTO	Lado	14	07	IA	07	14	21
Afetado	(1) dir (2) esq	(INIAFET1)	(INIAFET2)	(INIAFET3)	(INIAFET4)	(INIAFET5)	(INIAFET6)
Contralateral	(1) dir (2) esq	(INICONT1)	(INICONT2)	(INICONT3)	(INICONT4)	(INICONT5)	(INICONT6)

COMPOSIÇÃO CORPORAL

Peso (PESO): _____

Altura (ALTURA): _____

Circunferência abdominal (ABDOMEN): _____ cm

Circunferência quadril (QUADRIL): _____ cm

Bioimpedância: _____

TESTE FÍSICO

Teste sentar e levantar da cadeira (SENTAR) -- Intervalo de 30': _____ repetições

Força de preensão palmar (DINAMO)

Mão dominante: 1ª medida: _____

2ª medida: _____

3ª medida: _____

TESTE DE STEP 2 MINUTOS

INÍCIO DO TESTE

Dispneia (DISPINI) (0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) _____ N° DE PASSOS

Fadiga (FADIGINI) (0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Frequência cardíaca (FCINI) _____ Saturação de oxigênio (SATUINI) _____

Pressão arterial (PAINI) _____ X _____ mmHg

FINAL DO TESTE

Dispneia (DISPFIM) (0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Fadiga (FADIGFIM) (0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Frequência cardíaca (FCFIM) _____ Saturação de oxigênio (SATFIM) _____

Pressão arterial (PAFIM) _____ X _____ mmHg

QUESTIONÁRIO DE ATIVIDADE FÍSICA – IPAQ (VERSÃO LONGA)

QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA

- FORMA LONGA -

Nós estamos interessados em saber que tipos de atividade física as pessoas fazem como parte do seu dia a dia. Esse projeto faz parte de um grande estudo que está sendo feito em diferentes países ao redor do mundo. Suas respostas nos ajudarão a entender que tão ativos nós somos em relação às pessoas de outros países. As perguntas estão relacionadas ao tempo que você gasta fazendo atividade física em uma semana **NORMAL USUAL** ou **HABITUAL**. As perguntas incluem as atividades que você faz no trabalho, para ir de um lugar a outro, por lazer, por esporte, por exercício ou como parte das suas atividades em casa ou no jardim. Suas respostas são **MUITO** importantes. Por favor responda cada questão mesmo que considere que não seja ativo.

Obrigado pela sua participação!

Para responder as questões lembre que:

- Atividades físicas **VIGOROSAS** são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar **MUITO** mais forte que o normal
- Atividades físicas **MODERADAS** são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar **UM POUCO** mais forte que o normal.

SEÇÃO 1 – ATIVIDADE FÍSICA NO TRABALHO

Esta seção inclui as atividades que você faz no seu serviço, que incluem trabalho remunerado ou voluntário, as atividades na escola ou faculdade e outro tipo de trabalho não remunerado fora da sua casa. **NÃO** incluir trabalho não remunerado que você faz na sua casa como tarefas domésticas, cuidar do jardim e da casa ou tomar conta da sua família. Estas serão incluídas na seção 3.

PERGUNTAS REFERENTES AO PERÍODO ANTERIOR AO DIAGNÓSTICO

1a. Atualmente você trabalha ou faz trabalho Voluntário fora de casa?

(1) Sim (2) Não – Caso você responda não, **Vá para seção 2: Transporte**

As próximas questões são em relação a toda atividade física que você faz em uma semana **USUAL** ou **NORMAL** como parte do seu trabalho remunerado ou não remunerado. **NÃO** inclui o transporte para o trabalho. Pense unicamente nas atividades que você faz por **pelo menos 10 minutos contínuos**:

1b. Em quantos dias de uma semana normal você gasta fazendo atividades **vigorosas**, por **pelo menos 10 minutos contínuos**, como trabalho de construção pesada, carregar grandes pesos, trabalhar com enxada, escavar ou subir escadas **como parte do seu trabalho**:

_____ dias por **SEMANA** () nenhum – **Vá para a questão 1d.**

1c. Quanto tempo no total você usualmente gasta **POR DIA** fazendo atividades físicas vigorosas **como parte do seu trabalho**?

_____ horas _____ minutos

1d. Em quantos dias de uma semana normal você faz atividades **moderadas**, por **pelo menos 10 minutos contínuos**, como carregar pesos leves **como parte do seu trabalho**?

_____ dias por **SEMANA** _____ nenhum – **Vá para a questão 1f.**

1e. Quanto tempo no total você usualmente gasta **POR DIA** fazendo atividades moderadas **como parte do seu trabalho**?

_____ horas _____ minutos

1f. Em quantos dias de uma semana normal você **anda**, durante **pelo menos 10 minutos contínuos**, **como parte do seu trabalho**? Por favor **NÃO** inclua o andar como forma de transporte para ir ou voltar do trabalho

_____ dias por **SEMANA** _____ nenhum – **Vá para a seção 2 – transporte.**

1g. Quanto tempo no total você usualmente gasta **POR DIA** caminhando **como parte do seu trabalho**?

_____ horas _____ minutos

SEÇÃO 2 – ATIVIDADE FÍSICA COMO MEIO DE TRANSPORTE

Estas questões se referem a forma típica como você se desloca de um lugar para outro, incluindo seu trabalho, escola, cinema, lojas e outros.

2a. Em quantos dias de uma semana normal você anda de carro, ônibus, metrô ou trem?

_____ dias por **SEMANA** _____ nenhum – **Vá para a questão 2c.**

2b. Quanto tempo no total você usualmente gasta **POR DIA** andando de carro, ônibus, metrô ou trem?

_____ horas _____ minutos

Agora pense **somente** em relação a caminhar ou pedalar para ir de um lugar a outro em uma semana normal.

2c. Em quantos dias de uma semana normal você anda de bicicleta por **pelo menos 10 minutos contínuos** para ir de um lugar para outro? (**NÃO** inclua o pedalar por lazer ou exercício)

_____ dias por **SEMANA** _____ nenhum – **Vá para a questão 2e.**

2d. Nos dias que você pedala, quanto tempo no total você pedala **POR DIA** para ir de um lugar para outro?

_____ horas _____ minutos

2e. Em quantos dias de uma semana normal você caminha por **pelo menos 10 minutos contínuos** para ir de um lugar para outro? (**NÃO** inclua o pedalar por lazer ou exercício)

_____ dias por **SEMANA** _____ nenhum – **Vá para a seção 3.**

2f. Quando você caminha para ir de um lugar para outro quanto tempo **POR DIA** você gasta? (**NÃO** inclua o pedalar por lazer ou exercício)

_____ horas _____ minutos

SEÇÃO 3 – ATIVIDADE FÍSICA EM CASA: TRABALHO, TAREFAS DOMÉSTICAS E CUIDAR DA FAMÍLIA

Esta parte inclui as atividades físicas que você faz em uma semana **NORMAL** na sua casa e ao redor da sua casa, por exemplo trabalho em casa, cuidar do jardim, cuidar do quintal, trabalho de manutenção da casa ou para cuidar da sua família. Novamente, pense **somente** naquelas atividades físicas que você faz **por pelo menos 10 minutos contínuos**.

3a. Em quantos dias de uma semana normal você faz atividades físicas **vigorosas** no **jardim ou quintal** por pelo menos 10 minutos como carpir, lavar o quintal, esfregar o chão:

_____ dias por **SEMANA** _____ nenhum – **Vá para a questão 3c.**

3b. Nos dias que você faz este tipo de atividades vigorosas no **quintal ou jardim** quanto tempo no total você gasta **POR DIA**?

_____ horas _____ minutos

3c. Em quantos dias de uma semana normal você faz atividades físicas **moderadas** por pelo menos 10 minutos como carregar pesos leves, limpar vidros, varrer, rastelar **no jardim ou quintal**:

_____ dias por **SEMANA** _____ nenhum – **Vá para a questão 3e.**

3d. Nos dias que você faz este tipo de atividades quanto tempo no total você gasta **POR DIA** fazendo essas atividades moderadas **no jardim ou no quintal**?

_____ horas _____ minutos

3e. Em quantos dias de uma semana normal você faz atividades físicas **moderadas** por pelo menos 10 minutos como carregar pesos leves, limpar vidros, varrer ou limpar o chão **dentro de sua casa**:

_____ dias por **SEMANA** _____ nenhum – **Vá para a seção 4.**

3f. Nos dias que você faz este tipo de atividades moderadas **dentro da sua casa**, quanto tempo no total você gasta **POR DIA**?

_____ horas _____ minutos

SEÇÃO 4 – ATIVIDADES FÍSICAS DE RECREAÇÃO, ESPORTE, EXERCÍCIO E DE LAZER

Você pratica ou praticou **exercício físico ou esporte**? (0) Não (1) Sim. Qual? _____

Quantas vezes na semana _____

Esta seção se refere às atividades físicas que você faz em uma semana **NORMAL** unicamente por recreação, esporte, exercício ou lazer. Novamente pense somente nas atividades físicas que faz **por pelo menos 10 minutos contínuos**. Por favor **NÃO** inclua atividades que você já tenha citado.

4a. **Sem contar qualquer caminhada que você tenha citado anteriormente**, em quantos dias de uma semana normal, você caminha **por pelo menos 10 minutos contínuos** no seu **tempo livre**?

_____ dias por **SEMANA** _____ nenhum – **Vá para a questão 4d.**

4b. Nos dias em que você caminha no seu **tempo livre**, quanto tempo no total você gasta **POR DIA**?

_____ horas _____ minutos

4c. Em quantos dias de uma semana normal você faz atividades **vigorosas no seu tempo livre** por pelo menos 10 minutos, como correr, fazer aeróbicos, nadar rápido, pedalar rápido ou fazer jogging?

_____ dias por **SEMANA** _____ nenhum – **Vá para a questão 4f.**

4e. Nos dias em que você faz estas atividades vigorosas **no seu tempo livre** quanto tempo no total você gasta **POR DIA**?

_____ horas _____ minutos

4f. Em quantos dias de uma semana normal você faz atividades **moderadas no seu tempo livre** por pelo menos 10 minutos, como pedalar ou nadar a velocidade regular, jogar bola, vôlei, basquete, tênis:

_____ dias por **SEMANA** _____ nenhum – **Vá para a seção 5.**

4g. Nos dias em que você faz estas atividades moderadas **no seu tempo livre** quanto tempo no total você gasta **POR DIA**?

_____ horas _____ minutos

SEÇÃO 5 – TEMPO GASTO SENTADO

Estas últimas questões são sobre o tempo que você permanece sentado todo dia no trabalho, na escola ou faculdade, em casa ou durante seu tempo livre. Isto inclui o tempo sentado estudando, sentado enquanto descansa, fazendo lição de casa, visitando um amigo, lendo, sentado ou deitado assistindo TV. Não inclua o tempo gasto sentado durante o transporte em ônibus, trem, metrô ou carro.

5a. Quanto tempo no total você gasta sentado durante um **dia de semana**?

_____ horas _____ minutos

5b. Quanto tempo no total você gasta sentado durante um **dia de final de semana**?

_____ horas _____ minutos

QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA

EORTC – QLQ-C30

		Não	Pouco	Moderada	Muito
QV01	Você tem qualquer dificuldade quando faz grandes esforços (carregar bolsa de compras pesada ou mala)?	1	2	3	4
QV02	Você tem dificuldade quando faz grande caminhada?	1	2	3	4
QV03	Você tem qualquer dificuldade quando faz uma curta caminhada fora de casa?	1	2	3	4
QV04	Você tem que ficar numa cama ou na cadeira durante o dia?	1	2	3	4
QV05	Você precisa de ajuda para se alimentar, se vestir, se lavar ou usar o banheiro?	1	2	3	4

Pergunta: Durante a última semana:

		Não	Pouco	Moderada	Muito
QV06	Tem sido difícil trabalhar ou realizar suas atividades diárias?	1	2	3	4
QV07	Tem sido difícil praticar seu hobby ou participar de atividades de lazer?	1	2	3	4
QV08	Você teve falta de ar?	1	2	3	4
QV09	Você tem tido dor?	1	2	3	4
QV10	Você precisou repousar?	1	2	3	4
QV11	Você tem tido problemas para dormir?	1	2	3	4
QV12	Você tem se sentido fraco(a)?	1	2	3	4
QV13	Você tem tido falta de apetite?	1	2	3	4
QV14	Você tem se sentido enjoado (a)?	1	2	3	4
QV15	Você tem vomitado?	1	2	3	4

Pergunta: Durante a última semana?

		Não	Pouco	Moderada	Muito
QV16	Você tem tido prisão de ventre?	1	2	3	4
QV17	Você tem diarreia?	1	2	3	4
QV18	Você esteve cansado (a)?	1	2	3	4
QV19	A dor interferiu em suas atividades diárias?	1	2	3	4
QV20	Você tem tido dificuldade para se concentrar em coisas, como ler jornal ou ver televisão?	1	2	3	4
QV21	Você se sentiu nervoso (a)?	1	2	3	4
QV22	Você esteve preocupado (a)?	1	2	3	4
QV23	Você se sentiu irritado (a) facilmente?	1	2	3	4
QV24	Você se sentiu deprimido (a)?	1	2	3	4
QV25	Você tem tido dificuldade de se lembrar das coisas?	1	2	3	4
QV26	A sua condição física ou o tratamento médico tem interferido em sua vida familiar?	1	2	3	4
QV27	A sua condição física ou o tratamento médico tem interferido em suas atividades sociais?	1	2	3	4
QV28	A sua condição física ou o tratamento médico tem lhe trazido dificuldades financeiras?	1	2	3	4

Para as seguintes, marque do número entre 1 e 7 que melhor se aplica a você:

		Péssima						Ótima
QV29	Como você classifica a sua saúde em geral, durante a última semana?	1	2	3	4	5	6	7
QV30	Como você classifica a sua qualidade de vida em geral, durante a última semana?	1	2	3	4	5	6	7

Pergunta: Durante a última semana		Não	Pouco	Moderada	Muito
QVBR01	Sentiu a boca seca	1	2	3	4
QVBR02	O que comeu e bebeu teve gosto diferente do normal	1	2	3	4
QVBR03	Sentiu os olhos doloridos, irritados ou lacrimejantes	1	2	3	4
QVBR04	Teve queda de cabelo	1	2	3	4
QVBR05	(Se teve queda de cabelo): A queda de cabelo perturbou você	1	2	3	4
QVBR06	Sentiu-se doente ou indisposta	1	2	3	4
QVBR07	Sentiu fogachos	1	2	3	4
QVBR08	Sentiu dor de cabeça	1	2	3	4
QVBR09	Sentiu-se menos bonita devido à doença ou tratamento	1	2	3	4
QVBR10	Sentiu-se menos mulher como resultado de sua doença ou tratamento	1	2	3	4
QVBR11	Achou difícil se observar nua	1	2	3	4
QVBR12	Sentiu-se insatisfeita com seu corpo	1	2	3	4
QVBR13	Sentiu-se preocupada com a sua saúde futura	1	2	3	4

Pergunta: Durante as últimas QUATRO semanas		Não	Pouco	Moderada	Muito
QVBR14	Até que ponto sentiu desejo sexual	1	2	3	4
QVBR15	Com que frequência foi sexualmente ativa (teve relação sexual)/(com ou sem relação)	1	2	3	4
QVBR16	(Se foi sexualmente ativa): Até que ponto o sexo foi satisfatório para você?	1	2	3	4

Pergunta: Durante a última semana		Não	Pouco	Moderada	Muito
QVBR17	Sentiu dores no braço ou ombro?	1	2	3	4
QVBR18	Sentiu seu braço ou sua mão inchados?	1	2	3	4
QVBR19	Sentiu dificuldade em levantar ou abrir o braço?	1	2	3	4
QVBR20	Sentiu dores na área de seu seio doente?	1	2	3	4
QVBR21	Sentiu a área de seu seio doente inchada?	1	2	3	4
QVBR22	Sentiu a área de seu seio doente demasiada sensível?	1	2	3	4
QVBR23	Sentiu problemas de pele na área do seio doente (comichão, pele seca ou escamosa)?	1	2	3	4

QUESTIONÁRIO DE FADIGA**FACIT-FATIGUE (VERSÃO 4)**

Por favor, faça um círculo em torno do número que melhor corresponda ao seu estado durante os últimos 7 dias.

Preocupações adicionais		Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Muitíssimo
HI7	Sinto-me fatigada	0	1	2	3	4
HI12	Sinto fraqueza generalizada	0	1	2	3	4
AN1	Sinto-me sem forças	0	1	2	3	4
AN2	Sinto-me cansada	0	1	2	3	4
AN3	Tenho dificuldade em começar as coisas porque estou cansada	0	1	2	3	4
AN4	Tenho dificuldade em acabar as coisas porque estou cansada	0	1	2	3	4
AN5	Tenho energia	0	1	2	3	4
AN7	Sou capaz de fazer as minhas atividades normais	0	1	2	3	4
AN8	Preciso (de) dormir durante o dia	0	1	2	3	4
AN12	Estou cansada demais para comer	0	1	2	3	4
AN14	Preciso de ajuda para fazer as minhas atividades normais	0	1	2	3	4
AN115	Estou frustrada por estar cansada demais para fazer as coisas que quero	0	1	2	3	4
AN16	Tenho que limitar as minhas atividades sociais por estar cansada	0	1	2	3	4

Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15)

GDS1. Você está basicamente satisfeito com sua vida?	(0) não	(1) sim
GDS2. Você abandonou muitas atividades de interesse?	(0) não	(1) sim
GDS3. Você sente que sua vida é vazia?	(0) não	(1) sim
GDS4. Você sente-se entediado com frequência?	(0) não	(1) sim
GDS5. Você vê o futuro com otimismo?	(0) não	(1) sim
GDS6. Você tem medo de que algo de mal lhe aconteça?	(0) não	(1) sim
GDS7. Você se sente feliz a maior parte do tempo?	(0) não	(1) sim
GDS8. Você se sente perturbado por pensamentos que não lhe saem da cabeça?	(0) não	(1) sim
GDS9. Você prefere ficar em casa a sair em busca de novas experiências?	(0) não	(1) sim
GDS10. Você acha que sua memória é pior que a da maioria das pessoas?	(0) não	(1) sim
GDS11. Você acha que é maravilhoso estar vivo agora?	(0) não	(1) sim
GDS12. Você sente que não tem nenhum valor no estado que se encontra agora?	(0) não	(1) sim
GDS13. Você se sente cheio de energia?	(0) não	(1) sim
GDS14. Você sente que não há esperança para a sua situação?	(0) não	(1) sim
GDS15. Você acha que a maioria das pessoas está melhor que você?	(0) não	(1) sim

REAÇÕES ADVERSAS À QUIMIOTERAPIA

REAÇÕES		GRAUS
	Neuropatia periférica 0: Não	1: assintomático, perda de reflexos profundos ou parestesias 2: sintoma moderado, limitando as atividades cotidianas 3: sintoma severo, limitando o auto-cuidado 4: risco de vida, indicação de intervenção urgente 5: morte
	Distúrbio menstrual 0: Não	1: menstruação irregular com 1 a 3 meses sem menstruação 2: menstruação irregular com 4 a 6 meses sem menstruação 3: amenorreia por 6 meses ou mais