

# **QUALIDADE DE VIDA EM CÂNCER DE MAMA METASTÁTICO**

**FERNANDA AMADO**

**Dissertação de Mestrado apresentada à  
Fundação Antônio Prudente  
para obtenção do Grau de Mestre em Ciências.**

**Área de concentração: Oncologia**

**Orientador:  
Dr. Daniel Deheinzelin**

**São Paulo  
2002**

**EXEMPLAR  
ESPECIAL**

**FUNDAÇÃO ANTÔNIO  
PRUDENTE  
BIBLIOTECA**

FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pela Biblioteca do Centro de Tratamento e Pesquisa  
Hospital do Câncer A.C. Camargo

Amado, Fernanda

**Qualidade de vida em câncer de mama metastático / Fernanda Amado.** - São Paulo, 2002.

62p

Dissertação(mestrado)–Fundação Antônio Prudente.

Curso de Pós-Graduação em Ciências-Área de concentração: Oncologia.

Orientador: Daniel Deheinzelin

Descritores: 1. QUALIDADE DE VIDA. 2. NEOPLASIAS MAMÁRIAS.  
3. DEPRESSÃO. 4. PERFORMANCE STATUS. 5. TRATAMENTO.

## AGRADECIMENTO

Ao concluir a tese de mestrado em Oncologia Clínica, me vejo na necessidade de escrever alguma coisa marcante, um agradecimento, uma homenagem. Sento ao computador, olho para a tela e me descubro na incômoda certeza de que não é possível fazer isso sem cair no lugar comum ou, pior ainda, no ridículo.

Mesmo assim, corro o risco e começo agradecendo aos que se privaram do meu convívio para que meu projeto se viabilizasse, quando me transferi com armas e bagagens de Salvador para São Paulo: meus pais, Luíza e James, e meus filhos, Rafaela e Fábio, que não me deixaram perceber em nenhum momento o quanto isso foi difícil para eles.

Agradeço a Marcos, filho adolescente que me acompanhou de peito aberto nessa mudança de endereço e de vida, pelo carinho e maturidade demonstrados.

A Albano, que faz com que alguma coisa aconteça no meu coração a cada esquina dessa cidade, agradeço o amor e o empenho tão bem sucedido em melhorar minha qualidade de vida. Sua colaboração em todas as etapas do mestrado superou em muito o papel de companheiro.

Ao Dr. Daniel Deheinzelin, agradeço o imediato incentivo demonstrado quando timidamente o procurei há dois anos atrás, sondando as possibilidades de fazer a pós-graduação. Orientador objetivo, paciente e sempre disponível, soube transmitir segurança, sem tirar minha liberdade de



ação. Pela sua maneira de ser e agir, sua experiência como orientador e seus conhecimentos médicos, tornou viável o que muitas vezes me pareceu tarefa impossível.

Termino este agradecimento lembrando que a dissertação em si mesma já encerra uma homenagem à vida e, como quem lida com oncologia sabe das dificuldades que enfrenta, tomo a liberdade de fazer a citação da hora: "O importante é que a esperança vença o medo".

São Paulo, novembro de 2002



## RESUMO

Amado F. **Qualidade de vida em câncer de mama metastático**. São Paulo; 2002. [Dissertação de mestrado-Fundação Antônio Prudente].

Estudamos a variação da qualidade de vida (QV) das portadoras de câncer de mama metastático do Hospital AC Camargo submetidas a tratamento oncológico, entre maio de 2001 e abril de 2002. Trata-se de um câncer de alta incidência em todo o mundo. Sem comprovação de aumento de sobrevida do câncer de mama metastático com as armas terapêuticas atualmente disponíveis, QV torna-se o principal objetivo do tratamento oncológico e, como tal, necessita ser mensurada. Utilizamos para isso o Short Form-36 do Medical Outcomes Study (SF-36) e o Inventário de Depressão de Beck (IDB), em três momentos: antes do início do tratamento, em seis e em doze semanas. Buscamos definir se houve ganho de QV com o tratamento instituído, que aspectos da QV mais se beneficiaram, e em que situações clínicas e modalidades terapêuticas os ganhos foram mais representativos. Confrontamos os resultados com a variação do performance status (PS) e com os critérios de resposta tumoral. Encontramos que houve ganho de QV na amostra avaliada (n=40), expressa pelo SF-36 (p=0,002, Friedman), com significância estatística nos componentes Dor, Aspecto Social e Saúde Mental. O IDB também variou positivamente (p=0,004, Friedman), com resultados significativos para os componentes Tristeza, Distúrbio do Sono e Perda de Peso. Pacientes com pior PS inicial e com

sintomas secundários apresentaram maiores ganhos de QV ( $p < 0.001$ , ANOVA), que as de melhor PS inicial e as assintomáticas. As pacientes que receberam mais de uma modalidade terapêutica no período avaliado apresentaram maiores ganhos no SF-36 ( $p = 0,038$ , ANOVA) do que as que só se submeteram a um tipo de tratamento. Encontramos correlação significativa entre variação da QV, medida pelo SF-36 e pelo IDB, e variação do PS e resposta tumoral.

**Descritores:** Qualidade de Vida. Neoplasias Mamárias. Depressão. Performance Status. Tratamento.

## SUMMARY

Amado F. **Qualidade de vida em câncer de mama metastático** [Quality of life in metastatic breast cancer]. São Paulo; 2002. [Dissertação de mestrado-Fundação Antônio Prudente].

We have studied the quality of life(QoL) variation of the metastatic breast cancer carriers of the Hospital AC Camargo submitted to oncologic treatment, between May 2001 and April 2002. With no corroboration of survival improvement in metastatic breast cancer carries with the currently available therapeutic weapons, QoL becomes the main objective of the oncologic treatment and so it needs to be measured. To achieve it, we have used the Medical Outcomes Study's Short Form-36 (SF-36) and the Beck Depression Inventory(BDI), in three moments: before the beginning of the treatment, in six and twelve weeks. We aim at defining if there was a gain of QoL with the instituted treatment, which aspects of QoL have benefited more and in which clinical situations and therapeutic modalities the gains were more representative. We have confronted the results with the performance status (PS) variation and with the tumoral response rates. We have found out that there was improvement of QoL in the evaluated sample (n = 40), expressed by SF-36 (p=0.002, Friedman), with statistical significance in the components Pain, Social Functioning and Mental Health. The BDI has also varied positively (p=0.004, Friedman), with significant results to the components Sadness, Sleeping Disturbance and Weight Loss. Patients with

worse initial PS and with secondary symptoms have displayed larger improvement of QoL ( $p < 0.001$ , ANOVA) than the ones with better initial PS and asymptomatic disease. Patients who received more than one therapeutic modality in the evaluated period have displayed larger gains in SF-36 ( $p = 0,038$ , ANOVA) than the ones who were submitted to only one type of treatment. We have found significant correlation between variation of the QoL, measured by SF-36 and BDI, and variation of the PS and tumoral response.

**Descriptors:** Quality of Life. Breast Neoplasms. Depression. Performance Status. Treatment.



## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b>	Distribuição das pacientes com diagnóstico recente de câncer de mama metastático, segundo idade, estado civil, escolaridade e atividade remunerada. (n=51).....	18
<b>Tabela 2</b>	Distribuição das pacientes com diagnóstico recente de câncer de mama metastático que preencheram os critérios de inclusão da pesquisa, segundo idade, estado civil, escolaridade e atividade remunerada. (n=45).....	19
<b>Tabela 3</b>	Distribuição das pacientes segundo características da doença metastática, status menopausal, presença ou não de sintomas e comorbidades, e características dos tratamentos realizados. (n=45).....	20
<b>Tabela 4</b>	Estatística descritiva do Short Form 36 (SF36), para n=40 (p= 0.002) <sup>†</sup> .....	21
<b>Tabela 5</b>	Significância da variação do Short Form 36 (SF36) e seus componentes em três tempos, para n=40.....	23
<b>Tabela 6</b>	Estatística descritiva do Inventário de Depressão de Beck (IDB), para n=40 (p= 0.004) <sup>†</sup> .....	24
<b>Tabela 7</b>	Significância da Variação do Inventário de Depressão de Beck (IDB) e seus componentes em três tempos, para n=40.....	26
<b>Tabela 8</b>	Índices do Inventário de Depressão de Beck (IDB) em 130 aplicações* .....	26

<b>Tabela 9</b>	Significância da Variação em três tempos da Qualidade de Vida (SF36) e de Sintomas Relacionados à Depressão (IDB) segundo características individuais (n=40).....	<b>27</b>
<b>Tabela 10</b>	Significância da Variação em três tempos da Qualidade de Vida (SF36) e de Sintomas Relacionados à Depressão (IDB) segundo características da doença (n=40).....	<b>29</b>
<b>Tabela 11</b>	Significância da Variação em três tempos da Qualidade de Vida (SF36) e de Sintomas Relacionados à Depressão(IDB) segundo tratamento realizado (n=40).....	<b>29</b>
<b>Tabela 12</b>	Significância da Variação da Qualidade de Vida (SF36) e de Sintomas Relacionados à Depressão (IDB) segundo variação de Performance Status (ECOG) e Resposta Tumoral (n = 40).....	<b>30</b>

## LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1** Mediana e Intervalo 25/75% (Box Plot) dos Índices do Short Form 36, para  $n=40$ , obtidos em três tempos ( $p=0.002$ ).....22
- Gráfico 2** Mediana e Intervalo 25/75% (Box Plot) dos Índices do Componente Físico do Short Form 36, para  $n=40$ , obtidos em três tempos ( $p=0.058$ ).....23
- Gráfico 3** Mediana e Intervalo 25/75% (Box Plot) dos Índices do Componente Mental do Short Form 36, para  $n=40$ , obtidos em três tempos ( $p=0.005$ ).....24
- Gráfico 4** Mediana e Intervalo 25/75% (Box Plot) dos Índices do Inventário de Depressão de Beck (IDB), para  $n=40$ , obtidos em três tempos ( $p=0.004$ ).....25
- Gráfico 5** Variação de Qualidade de Vida (Short Form 36), em três tempos, de acordo com Performance Status Inicial (ECOG), para  $n=40$  ( $p<0.001$ ).....28



# ÍNDICE

1	INTRODUÇÃO	1
1.1	Short Form 36	6
1.2	Depressão e câncer	7
1.3	Inventário de Depressão de Beck	9
1.4	Performance Status	10
1.5	Resposta Tumoral	11
2	OBJETIVOS	13
2.1	Primário	13
2.2	Secundários	13
3	MATERIAL E MÉTODOS	14
4	RESULTADOS	18
4.1	Caracterização das pacientes	18
4.2	Short Form 36	21
4.3	Inventário de Depressão de Beck	24
4.4	Situações clínicas	27
4.5	Variação de qualidade de vida e de sintomas relacionados à depressão <i>versus</i> resposta ao tratamento	30

<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO</b>	<b>31</b>
	<b>5.1 Metodologia</b>	<b>31</b>
	<b>5.2 Resultados</b>	<b>32</b>
	<b>5.2.1 Quanto às características demográficas</b>	<b>35</b>
	<b>5.2.2 Quanto às características da doença metastática</b>	<b>39</b>
	<b>5.2.3 Quanto ao tratamento realizado</b>	<b>41</b>
	<b>5.2.4 Quanto ao performance status e à resposta tumoral ao tratamento</b>	<b>42</b>
<b>4</b>	<b>CONCLUSÕES</b>	<b>46</b>
<b>5</b>	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>48</b>

#### **ANEXOS**

**Anexo I – Consentimento pós-informado**

**Anexo II – Short Form 36**

**Anexo III – Inventário de Depressão de Beck**

**Anexo IV – Ficha de Levantamento de Dados**

**Anexo V – Performance Status (ECOG)**

**Anexo VI – Planilha com os principais dados levantados na pesquisa**

## 1 INTRODUÇÃO

Respondendo por 18% das neoplasias do sexo feminino, o câncer de mama é o que mais acomete as mulheres em todo o mundo, com um milhão de novos casos/ano<sup>61</sup>. Uma mulher nasce com uma chance em oito de desenvolvê-lo durante a vida<sup>32</sup>. No Brasil, estima-se o aparecimento de 36.090 novos casos no ano de 2002 e 9.115 óbitos, sendo o câncer que mais mata as brasileiras<sup>62</sup>. De evolução lenta, apresenta no momento do diagnóstico 50% de chance de recidiva e 30% de chance de morte, com sobrevida média de 2 a 3 anos após o aparecimento de metástases, podendo, em algumas situações, se estender por mais de uma década<sup>46</sup>.

O câncer de mama metastático se apresenta com uma ampla gama de sinais e sintomas, de acordo com sua manifestação clínica, dentre eles: anorexia, perda de peso, confusão mental, depressão, dores ósseas, fraturas espontâneas, dores abdominais, torácicas, cefaléia, linfedemas, sangramentos, dispnéia, aplasia medular, insuficiência cardíaca, respiratória e hepática. Seu tratamento requer uma abordagem multidisciplinar. Cirurgia, rádio, químico e hormonioterapia são armas comumente usadas, que trazem efeitos colaterais na maioria das vezes inevitáveis, que acabam por comprometer os benefícios que possam vir a proporcionar<sup>15</sup>.

As abordagens cirúrgicas costumam provocar mutilações, não raro acompanhadas de limitações mecânicas e funcionais, alterações circulatórias, linfedemas<sup>54</sup>. A radioterapia pode provocar, a curto prazo,

anorexia, náusea, esofagite, diarreia, reações cutâneas, mielossupressão e, como efeito tardio, mielopatia, necrose óssea, fibrose pulmonar, formação de fístulas, danos ao miocárdio e alterações circulatórias irreversíveis, além de uma segunda neoplasia<sup>25</sup>. À quimioterapia associam-se inúmeros efeitos tóxicos que variam de acordo com as drogas utilizadas nos esquemas instituídos, sendo os mais comuns náusea, vômito, mielossupressão, alopecia e mucosite. Menos comuns, mialgias, neuropatia periférica, reações de hipersensibilidade, fenômenos tromboembólicos e falência cardíaca<sup>15,65</sup>. Hormonioterapia está associada à trombose venosa profunda, embolia pulmonar, sintomas vasomotores e ginecológicos em geral, menopausa precoce e câncer de endométrio<sup>2,22</sup>.

Todas essas restrições físicas e psicológicas, geradas pela doença de base e pelos tratamentos instituídos, muitas vezes simultaneamente, podem alterar a auto-estima, a sexualidade, o relacionamento social e profissional, o bem estar físico e mental daquela cujo sofrimento buscamos aliviar<sup>11,15</sup>. Por tudo isso, o câncer de mama metastático, no qual a sobrevida é usualmente medida em anos de convívio com os mais diversos sintomas sem esperança de cura, deve ser abordado como uma doença crônica, da mesma forma que a hipertensão arterial, o diabetes, a DPOC. Como tal, seu tratamento objetiva primordialmente paliar os sintomas e aumentar o tempo de boa qualidade de vida da paciente<sup>14</sup>.

Qualidade de vida passa então a ser um parâmetro tão importante quanto toxicidade, taxas de resposta e sobrevida na avaliação de novas abordagens terapêuticas e na definição da conduta médica a seguir<sup>11,70</sup>.



Para isso, tornou-se necessário que se criassem meios comprovadamente eficazes de avaliação de qualidade de vida, de forma que esta pudesse ser utilizada como unidade de medida quantitativa em ensaios clínicos e seus resultados pudessem ser comparados entre diversas populações e até mesmo entre diferentes patologias<sup>10,31,34</sup>.

Apesar da importância da avaliação da qualidade de vida em pacientes oncológicos como parâmetro de resposta terapêutica, BATEL-COPEL<sup>3</sup>, ao revisar a literatura médica, detectou que a abordagem da qualidade de vida em pacientes oncológicos estava presente em apenas 3% dos ensaios clínicos avaliados em 1995. MOSCONI<sup>63</sup> pesquisou os termos “breast cancer” e “quality of life” no MEDLINE e encontrou que apenas 2,17% dos artigos publicados sobre câncer de mama entre 1991 e 2000 se referiam de alguma forma a qualidade de vida. Repetimos essa pesquisa alcançando resultado similar, com 2,13% dos artigos publicados entre 1991 e 2002 contendo os termos “breast cancer” e “quality of life”. Encontramos um discreto aumento dessa proporção entre os artigos publicados nos dois últimos anos, com 2,46% deles relacionando qualidade de vida e câncer de mama.

Num artigo de revisão, Fossati<sup>35</sup> avaliou 189 ensaios clínicos randomizados, publicados entre 1975 e 1997, envolvendo 31.510 portadoras de câncer de mama metastático, buscando definir a efetividade do tratamento médico. A análise de diferentes abordagens terapêuticas – quimioterapia com droga isolada, poliquimioterapia, esquemas com ou sem antracíclico, hormonioterapia isolada ou associada à químio, esquemas

quimioterápicos com intensidades de doses diferentes – mostrou um relativo benefício de algumas modalidades em relação às outras no que concerne à sobrevida, um ganho mais pronunciado nos índices de resposta e, indiscutivelmente, um perfil tóxico muito diferente entre as opções terapêuticas avaliadas. O achado mais importante, no entanto, foi concluir que a relevância desses resultados é limitada pelo modesto benefício alcançado na sobrevida, associado à deficiência na avaliação do impacto desses tratamentos na qualidade de vida das pacientes, já que apenas 2.995 (9,5%) delas tiveram sua qualidade de vida avaliada.

No que diz respeito aos estudos em câncer de mama, qualidade de vida começa a ser incluída como parâmetro tanto na prevenção quanto na adjuvância e em estudos de fase III realizados em doença metastática. Day<sup>24</sup>, num estudo com grupo-controle, multicêntrico, duplo-cego, do National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project (NSABP), avaliou a influência na qualidade de vida do uso do tamoxifen na prevenção do câncer de mama. Concluiu que a qualidade de vida não foi afetada pelo uso da medicação como medida preventiva, apesar de suas usuárias apresentarem queixas ginecológicas e vasomotoras.

GANZ<sup>36</sup> avaliou o impacto de diferentes terapias adjuvantes na qualidade de vida de mulheres que haviam se submetido a tratamento para câncer de mama em estágio inicial nos 5 anos anteriores, e concluiu que sua qualidade de vida era similar a das mulheres que não haviam desenvolvido câncer de mama, apesar de encontrar maior incidência de problemas

sexuais naquelas que receberam quimioterapia, e maior incidência de sintomas vasomotores nas que usaram hormonioterapia.

Gees<sup>37</sup> mensurou o efeito paliativo da quimioterapia, avaliando a relação entre resposta tumoral objetiva e melhora dos sintomas, utilizando o questionário de avaliação de qualidade de vida da European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC-QoL). Concluiu que havia uma significativa associação entre melhora sintomática e resposta tumoral objetiva, sendo a melhora mais acentuada nas que obtiveram resposta completa ou parcial, seguida das que apresentaram doença estável e por último, as que apresentaram doença em progressão.

Um estudo randomizado de fase III, realizado pelo National Cancer Institute of Canada<sup>67</sup>, comparou o uso de vinorelbina e doxorrubicina com doxorrubicina isolada em portadoras de câncer de mama metastático, usando como parâmetros a sobrevida global, o tempo de falência do tratamento, a toxicidade e a qualidade de vida. Os pesquisadores concluíram que as duas modalidades terapêuticas alcançavam resultados semelhantes, sem afetar a sobrevida. Como o esquema com duas drogas apresentava maior toxicidade e a qualidade de vida era equivalente nos dois braços, a monoterapia apareceu como a melhor opção.



## 1.1 SHORT FORM-36

Instrumentos genéricos de medida de qualidade de vida, além de permitirem comparações entre patologias e populações diferentes<sup>1</sup>, são úteis na avaliação dos resultados obtidos com os tratamentos<sup>83</sup>.

O SF-36 é um instrumento genérico de avaliação da qualidade de vida, condensado, de fácil administração e compreensão, com reprodutibilidade e validade já demonstradas em trabalhos anteriores. Provou-se útil na avaliação de populações gerais e específicas, comparando o peso relativo de certas doenças, diferenciando os benefícios produzidos por uma ampla gama de tratamentos e rastreamento de pacientes<sup>82</sup>.

Utilizado em mais de mil publicações, em 44 países –África do Sul, Alemanha, Argentina, Áustria, Bangladesh, Bélgica, Brasil, Bulgária, Cambodja, Canadá, China, Coreia, Croácia, Dinamarca, Eslováquia, Espanha, Estados Unidos, Estônia, França, Finlândia, Grécia, Holanda, Hong Kong, Hungria, Indonésia, Irlanda, Israel, Itália, Iugoslávia, Japão, México, Noruega, Nova Zelândia, Polônia, Portugal, Reino Unido, República Checa, Romênia, Rússia, Singapura, Suécia, Taiwan, Tanzânia e Turquia– e na avaliação da qualidade de vida em diferentes patologias –doenças cardiovasculares, distúrbios psiquiátricos, epilepsia, diabetes mellitus, enxaqueca, sepsis, HIV, transplantes de órgãos, doenças pulmonares, renais e ortopédicas e neoplasias<sup>9,28,47,49,66,81,82</sup> –credencia-se como parâmetro genérico de medida que pode ser usado em ensaios clínicos e

modelos econômicos, permitindo comparações entre diferentes populações e diferentes patologias.

Adaptado pelo Medical Outcomes Study de questionários anteriormente desenvolvidos, dentre eles o General Psychological Well-Being Inventory e o Health Perceptions Questionnaire, é formado por 36 itens, agrupados em oito escalas: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Seus resultados são escalonados de zero a 100, do pior para o melhor estado geral de saúde, respectivamente. Sua tradução para a língua portuguesa e validação em 1999<sup>17</sup> veio sanar o obstáculo mais importante para a avaliação da qualidade de vida em nosso meio: a ausência de instrumentos metodológicos específicos padronizados, devidamente validados no nosso idioma.

Essink-Bot<sup>30</sup> ao comparar quatro instrumentos genéricos de medida de qualidade de vida – o Nottingham Health Profile, o 36-item Short-Form Health Survey do Medical Outcomes Study, o COOP/WONCA Charts e o EuroQoL Instrument – concluiu que, apesar de serem equivalentes, o SF-36 mostrou-se mais adequado que os demais na discriminação de subgrupos na população estudada.

## 1.2 DEPRESSÃO E CÂNCER

É bem conhecida a interação entre o estado psicológico do paciente e sua doença<sup>42</sup>. Se ansiedade e depressão influenciam na aderência ao

tratamento, na convalescença, no estado clínico geral do paciente e, conseqüentemente, na sua qualidade de vida, a consciência da doença, seus sintomas e as conseqüências do tratamento exercem influência no seu estado psicológico.

Numa revisão de publicações entre 1968 e 1998, DI MATTEO<sup>27</sup> concluiu que os pacientes deprimidos apresentavam índices de aderência a tratamentos médicos três vezes menores que os não deprimidos.

O paciente com câncer não foge à regra. A gravidade da doença, a expectativa de sofrimento físico, os efeitos do tratamento e a proximidade da morte provocam alterações no seu estado emocional<sup>26,78,79</sup>.

LUTGENDORF<sup>58</sup> detectou piora do estado emocional em pacientes submetidas a tratamento quimioterápico por um período extenso.

GREENBERG<sup>41</sup> descreveu efeitos colaterais psiquiátricos desencadeados em pacientes que receberam interferon-alfa-2b para tratamento adjuvante de melanoma.

FICARRA<sup>33</sup> comparou o estado físico e psicológico de 155 pacientes submetidos a cirurgia para tratamento de neoplasias das vias urinárias com os de pacientes submetidos a tratamento cirúrgico de doença benigna da próstata. Os resultados mostraram que os níveis de ansiedade eram significativamente maiores no primeiro grupo, embora os níveis de depressão fossem similares.

BODURKA-BEVERS<sup>6</sup> estudou 246 portadoras de câncer epitelial de ovário, detectando maior prevalência de ansiedade e depressão do que fora anteriormente relatado.



Alguns trabalhos enfocam a importância da avaliação emocional da portadora de câncer de mama. Comprova-se o abalo que a doença provoca, os efeitos do tratamento sobre seu estado psicológico e a interferência deste na sua aderência àquele, enfatizando a importância de um suporte psicoterápico em determinado momento do acompanhamento oncológico<sup>12,50</sup>.

COLLEONI<sup>20</sup> avaliou o grau de aceitação ao tratamento quimioterápico em pacientes portadoras de câncer de mama que também apresentavam depressão. Apenas 51,3% delas aceitaram e receberam a terapia proposta contra 92,2% do grupo-controle.

Um trabalho realizado pelo National Cancer Center Research Institute East do Japão<sup>68</sup>, mostrou que 42% das pacientes portadoras de câncer de mama apresentaram algum grau de sofrimento psicológico ao recorrerem doença, sendo que 7% com depressão maior, enfatizando a importância da atenção com a saúde psicológica dessas pacientes.

Por tudo isso, a pesquisa do estado emocional da portadora de câncer de mama metastático e suas variações no decorrer do tratamento paliativo torna-se importante para uma adequada avaliação da qualidade de vida que é alcançada.

### **1.3 INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK**

O Inventário de Depressão de Beck é um questionário amplamente usado em pesquisa e em clínica<sup>16,19,29,53,55</sup>, de fácil aplicação, que permite a

confrontação de resultados de diferentes amostras, e que se encontra traduzido e validado para o português<sup>38</sup>.

Trata-se de um questionário criado em 1961, composto por 21 itens escalonados de zero a 3, da melhor para a pior condição, referentes a tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, autodepreciação, auto-acusação, idéias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática, diminuição da libido.

Apesar de não ser capaz de fazer o diagnóstico de depressão isoladamente, sendo imprescindível a avaliação psiquiátrica, é capaz de distinguir os normais dos ansiosos e dos deprimidos<sup>39,40</sup>.

#### **1.4 PERFORMANCE STATUS**

A avaliação do status funcional do paciente com câncer tem sido largamente utilizada, tanto na prática clínica como em pesquisa<sup>3</sup>, na seleção e classificação de pacientes para inclusão em ensaios clínicos, na aferição da eficácia de determinado tratamento, na estimativa de prognósticos e na avaliação da qualidade da sobrevida, discriminando a habilidade do paciente em realizar tarefas cotidianas, trabalho ativo e a necessidade ou não de cuidados médicos.

Várias maneiras de se medir o performance status foram criadas, destacando-se a Escala de Karnofsky e a criada pelo Eastern Cooperative Oncology Group. A primeira, criada em 1940, quando se iniciava o tratamento sistemático com drogas quimioterápicas, resiste até hoje. É escalonada de zero a 100 – zero representando o paciente morto e 100, o que não exhibe evidência de doença. A segunda, criada em 1960, apresenta apenas seis patamares, graduados de zero a cinco – zero correspondendo ao paciente assintomático e cinco, ao paciente morto – transmitindo de forma sucinta uma idéia precisa a respeito do status funcional do paciente oncológico em determinado momento. Ambas as escalas são amplamente usadas e reconhecidas como parâmetros importantes no prognóstico da sobrevida de pacientes oncológicos<sup>21</sup>.

Comparando o valor preditivo das duas escalas em câncer de pulmão, BUCCHERI<sup>13</sup> concluiu que a escala de Karnofsky mostrou-se menos hábil que o ECOG para discriminar pacientes com diferentes prognósticos, sugerindo que, em caso de unificação de escalas, o ECOG deveria ser o escolhido.

## **1.5 RESPOSTA TUMORAL**

A resposta objetiva do tumor ao tratamento instituído é um dos parâmetros mais utilizados em ensaios clínicos na avaliação de novas abordagens terapêuticas. Permitindo avaliar sua eficácia em espaço de tempo relativamente curto, se comparado a outros parâmetros como

sobrevida e intervalo livre de doença, que requerem um acompanhamento por tempo prolongado, ajuda na definição da conduta na prática clínica.

Os critérios objetivos de resposta baseiam-se na variação da doença mensurável em determinado espaço de tempo, após utilização de tratamento específico. Um determinado volume tumoral pode responder ou não a determinado tratamento. Se responde, essa resposta pode ser completa ou parcial. Se não responde, pode permanecer estacionário ou progredir, aumentando de tamanho.

A resposta completa geralmente prediz o potencial de um tratamento em melhorar de forma significativa a sobrevida dos pacientes, podendo até mesmo curá-los. A progressão de doença indica que o tratamento parou de funcionar, definindo o momento de modificá-lo ou suspendê-lo por completo, mesmo que o paciente não apresente piora sintomática. Resposta parcial e resposta mínima são importantes indicadores de tratamentos promissores<sup>70</sup>.



## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 PRIMÁRIO**

- a. Verificar se há ou não ganho de qualidade de vida com o tratamento multidisciplinar instituído em portadoras de câncer de mama metastático, medido pela variação nos sumários de saúde física e mental obtidos no SF-36.

### **2.2 SECUNDÁRIOS**

- b. Definir os aspectos da qualidade de vida, de acordo com os diferentes componentes do Short Form-36, incluindo as 8 diferentes escalas obtidas, e do Inventário de Depressão de Beck, que mais se beneficiam com o tratamento.
- c. Definir se há situações clínicas e/ou modalidades terapêuticas em que os ganhos são mais representativos.
- d. Definir se existe concordância entre variação de qualidade de vida, medida pelos sumários de saúde física e mental e estado psicológico, com a resposta ao tratamento.

### **3 MATERIAL E MÉTODOS**

Trata-se de um estudo de coorte observacional prospectivo que mediu a variação da qualidade de vida secundária à abordagem terapêutica multidisciplinar, instituída em pacientes portadoras de câncer de mama, nas primeiras doze semanas após o diagnóstico de doença metastática.

A população em estudo foi definida levando-se em conta os seguintes critérios:

#### **1 Critérios de inclusão**

Foram incluídas todas as pacientes portadoras de câncer de mama metastático, recidivadas ou não, que estavam para iniciar tratamento paliativo na Oncologia Clínica do Hospital AC Camargo.

#### **2 Critérios de exclusão**

Foram excluídas as pacientes impossibilitadas física ou mentalmente de responderem aos questionários no momento da primeira consulta, assim como as que não se submeteram a pelo menos duas avaliações, seja por falta de condições clínicas ou por óbito.

As pacientes agendadas no Serviço de Oncologia Clínica do Hospital AC Camargo foram triadas diariamente através da análise dos prontuários enviados pelo SAME para o ambulatório de Oncologia Clínica, de maio de 2001 a abril de 2002.

Uma vez identificadas as que preenchiam os critérios de inclusão, entrevistas individuais eram realizadas imediatamente, ou agendadas para

nova data antes do início da terapia proposta, conforme a disponibilidade das pacientes.

Nessa primeira entrevista, a paciente era devidamente esclarecida das finalidades do trabalho em questão e, após assinatura do Consentimento Pós-informado (anexo I), respondia aos questionários Short Form-36 e Inventário de Depressão de Beck (anexos II e III). Na mesma ocasião, era preenchida a Ficha de Levantamento de Dados (anexo IV), definido o performance status (anexo V) e agendada a data da segunda entrevista.

O mesmo processo se repetiu na segunda entrevista para todas as pacientes. Algumas responderam aos questionários subseqüentes por telefone. Para homogeneizar o entendimento dos questionários<sup>82</sup>, estes foram aplicados pelo mesmo pesquisador em todas as ocasiões.

O Short Form-36 e o Inventário de Depressão de Beck foram reaplicados na sexta semana, com tolerância de uma semana para mais e para menos, de acordo com a disponibilidade da paciente, e na décima segunda semana, com a mesma tolerância, ocasião em que eram atualizados o performance status e a Ficha de Levantamento de Dados.

Os critérios de resposta tumoral ao tratamento foram pesquisados posteriormente nos prontuários, definidos pela equipe oncológica que assistiu às pacientes.

Os tratamentos realizados, também obtidos nos prontuários e definidos pela equipe oncológica que assistiu às pacientes, foram classificados da seguinte forma:

- a. Cirurgia: qualquer abordagem invasiva diretamente relacionada a sítios metastáticos – não incluindo a abordagem puramente diagnóstica – como excisão de tumores, ostomias, correção de fraturas patológicas e drenagem de fluidos originados por envolvimento tumoral;
- b. Quimioterapia: utilização de drogas antineoplásicas por qualquer via;
- c. Hormonioterapia: terapia endócrina química ou por ablação ovariana, cirúrgica ou radioterápica;
- d. Radioterapia: englobando qualquer uma de suas aplicações;
- e. Suporte clínico: qualquer intervenção médica que não se enquadrasse nos itens anteriores, e só sendo computada quando foi a única abordagem terapêutica utilizada.

O objetivo primário foi avaliado através da análise de variância para medidas repetidas a um fator, o tempo. Definimos que se os valores da variável dependente assumissem uma distribuição normal, usaríamos ANOVA, e se obtivéssemos uma distribuição não normal, lançaríamos mão do teste estatístico não paramétrico (Friedman). Os objetivos secundários foram avaliados pela análise de variância a dois fatores, sendo o tempo considerado como medida repetida e o tipo de tratamento e/ou manifestação da doença como fatores independentes (two-way ANOVA).

Por se tratar de estudo observacional, definiu-se somente o intervalo de tempo de observação (12 meses). No entanto, considerando-se a variável tratamento como medida de interesse, considerando-se que o intervalo de confiança máximo para o sumário de medidas é de 13 pontos<sup>82</sup>,

e que o desvio padrão verificado em estudo similar na população brasileira com artrite reumatóide foi de 25 pontos<sup>17</sup>, foi possível estimar o tamanho aproximado da amostra. Para um  $\alpha$  de 0,05 e um poder de 0,8 foi estimado um  $n= 58$ .

## 4 RESULTADOS

### 4.1 CARACTERIZAÇÃO DAS PACIENTES

Durante o período de um ano, de maio de 2001 a abril de 2002, foram identificadas no ambulatório de Oncologia Clínica cinqüenta e uma pacientes (4,25 pac/mês) com diagnóstico recente de câncer de mama metastático, com as seguintes características:

**Tabela 1 - Distribuição das pacientes com diagnóstico recente de câncer de mama metastático, segundo idade, estado civil, escolaridade e atividade remunerada. (n=51)**

Variável		n*
Idade (anos)	Média	54,23
	Mínima	29,58
	Máxima	76,37
	25%	45,95
	50%	52,69
Estado Civil	75%	64,63
	Solteira	10 (19,6%)
	Casada	24 (47,1%)
	Divorciada	8 (15,7%)
	Viúva	7 (13,7%)
Escolaridade	Vive maritalmente	2 ( 3,9%)
	Primária	19 (37,3%)
	Fundamental	6 (11,8%)
	Médio	13 (25,5%)
Atividade remunerada	Superior	13 (25,5%)
	Sim	23 (45,1%)
	Não	28 (54,9%)

\* valor absoluto (percentagem)



Das cinquenta e uma pacientes, três não confirmaram doença metastática, duas foram se tratar em outros serviços, e uma foi a óbito antes da segunda entrevista, sendo as seis retiradas do estudo.

Cinco pacientes só responderam a duas entrevistas: três sem condições clínicas de responder aos questionários por se encontrarem em fase terminal na ocasião do terceiro encontro, uma havia falecido, e outra recusou-se. Desta forma, quarenta pacientes completaram três entrevistas e cinco responderam a duas.

As quarenta e cinco pacientes que preencheram os critérios de inclusão se distribuíram da seguinte forma:

**Tabela 2 – Distribuição das pacientes com diagnóstico recente de câncer de mama metastático que preencheram os critérios de inclusão da pesquisa, segundo idade, estado civil, escolaridade e atividade remunerada. (n=45)**

Variável		n*
Idade (anos)	Média	53,24
	Mínima	29,58
	Máxima	75,95
	25%	44,77
	50%	51,01
	75%	64,04
Estado Civil	Solteira	10 (22,2%)
	Casada	20 (44,4%)
	Divorciada	7 (15,6%)
	Viúva	6 (13,3%)
	Vive maritalmente	2 ( 4,4%)
Escolaridade	Primária	16 (35,5%)
	Fundamental	5 (11,1%)
	Médio	12 (26,7%)
	Superior	12 (26,7%)
Atividade Remunerada	Sim	23 (51,1%)
	Não	22 (48,9%)

\* valor absoluto (percentagem)



Quanto à neoplasia e ao tratamento realizado:

**Tabela 3** - Distribuição das pacientes segundo características da doença metastática, status menopausal, presença ou não de sintomas e comorbidades, e características dos tratamentos realizados. (n=45)

Variável		n*	
Estadiamento Clínico inicial	I	1	( 2,2 %)
	II	22	(48,9 %)
	III	14	(31,1 %)
	IV	7	(15,6 %)
	desconhecido	1	( 2,2 %)
Receptor Estrogênico	+	20	(44,5 %)
	-	18	(39,9 %)
	desconhecido	7	(15,5 %)
Status Menopausal	pré	25	(55,6 %)
	pós	20	(44,5 %)
Intervalo livre de doença	0  —— 1 a	14	(31,1 %)
	1 a  —— 2 a	4	( 8,9 %)
	2 a  —— 3 a	6	(13,3 %)
	3 a  —— 4 a	8	(17,8 %)
	4 a  —— 5 a	2	( 4,5 %)
	5 a  —— 10 a	6	(13,3 %)
	10 a ou mais	5	(11,1 %)
Sintomas	presentes	37	(82,2 %)
	ausentes	8	(17,8 %)
Comorbidade	presente	15	(33,3 %)
	ausente	30	(66,7 %)
Sítios de Metástase (quanto ao número)	1	23	(51,1 %)
	2	8	(17,8 %)
	3	10	(22,2 %)
	4	2	( 4,4 %)
	5	2	( 4,4 %)
Sítios de Metástase (quanto ao local)	ossos	23	(51,0 %)
	partes moles	20	(44,3 %)
	pulmão/pleura	20	(44,3 %)
	figado	7	(15,4 %)
	mama contra lateral mama	5 2	(11,1 %) ( 4,4 %)
N° de tratamentos realizados	1	29	(64,4 %)
	2	14	(31,2 %)
	3	2	( 4,4 %)
Tratamento	quimioterapia	27	(59,9 %)
	hormonioterapia	16	(35,5 %)
	radioterapia	10	(22,1 %)
	cirurgia	9	(19,9 %)
	suporte clínico	1	( 2,2 %)

\* valor absoluto (percentagem)

As pacientes foram submetidas ao SF-36 e ao IDB em três ocasiões:

- 1- após diagnóstico da doença metastática e antes do início de qualquer abordagem terapêutica.
- 2- num período que variou de 25 a 46 dias, com média de 36 dias (5,14 semanas).
- 3- num período que variou de 66 a 88 dias, com média de 79 dias (11,29 semanas).

## 4.2 SHORT FORM 36

A avaliação da variação da qualidade de vida, através da comparação dos índices do SF-36 obtidos em três momentos dentro de um período de até treze semanas após o diagnóstico de doença metastática, em pacientes portadoras de câncer de mama, nos permite afirmar que há ganho de qualidade de vida estatisticamente significativo, com o tratamento multidisciplinar instituído (Tabela 4, Gráfico 1).

**Tabela 4 - Estatística descritiva do Short Form 36 (SF36), para n=40**

( $p= 0.002$ )<sup>†</sup>

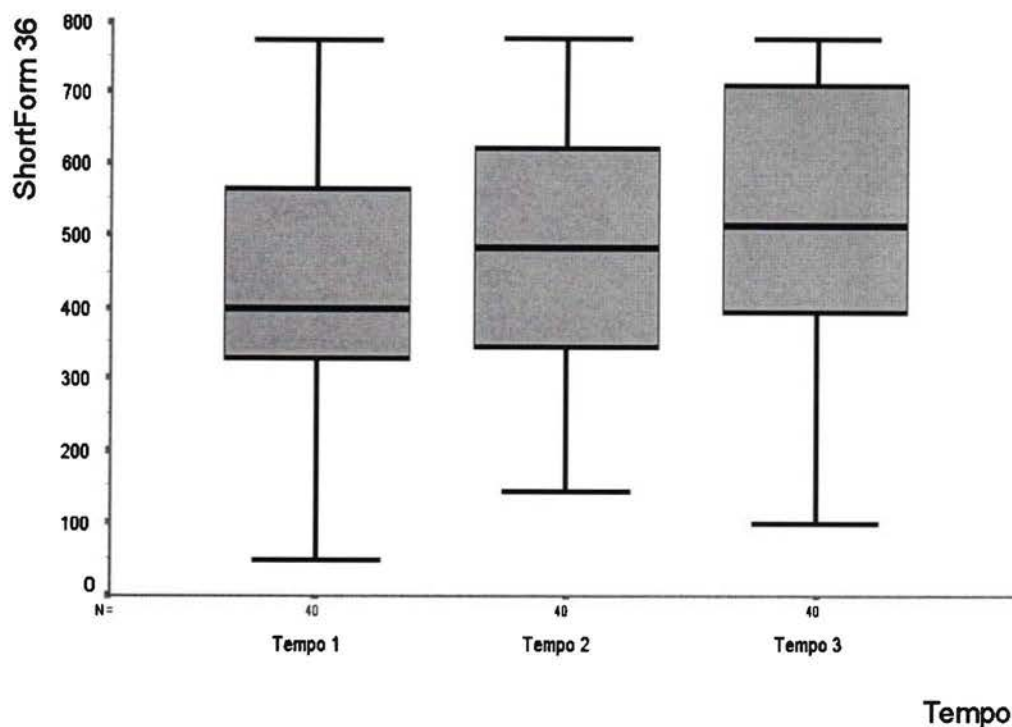
	n	Média	Desvio Padrão	Minimum	Maximum
SF36-1*	40	438,65	178,11	48,0	775,0
SF36-2*	40	479,45	168,11	142	779
SF36-3*	40	527,62	182,04	97	779

<sup>†</sup>Friedman (distribuição não normal)

(\*) SF36-1, SF36-2, SF36-3 correspondem a 1ª, 2ª e 3ª aplicações do questionário Short Form 36 em cada paciente, respectivamente.

Obs: quanto mais alto o valor, melhor a qualidade de vida.

**Gráfico 1** - Mediana e Intervalo 25/75% (Box Plot) dos Índices do Short Form 36, para n=40, obtidos em três tempos ( $p= 0.002$ )

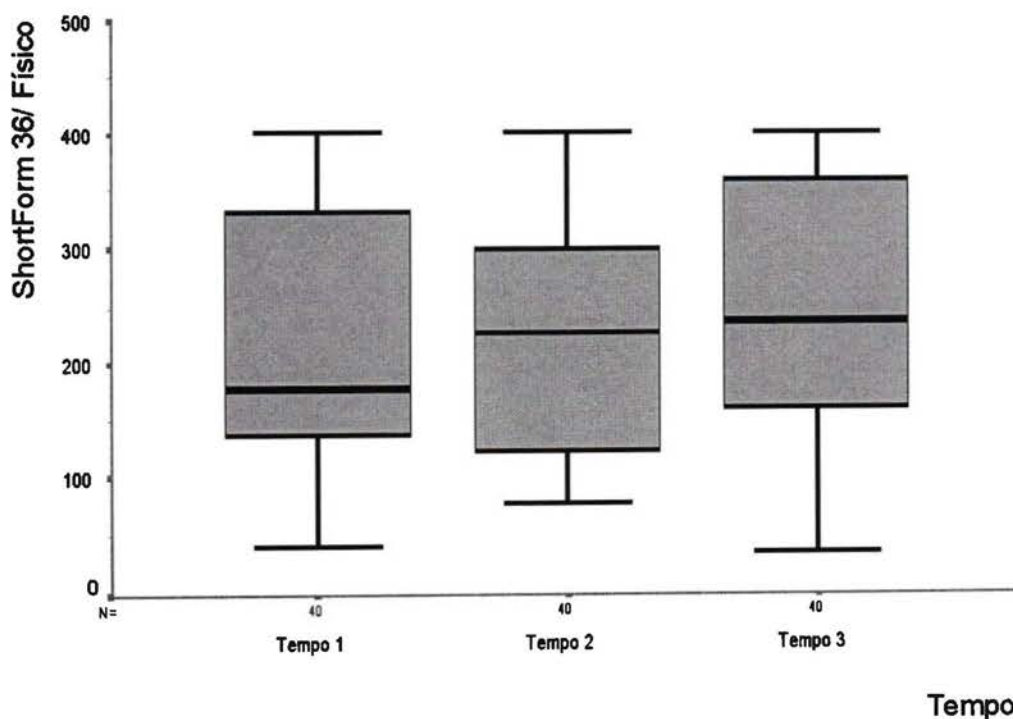


O SF-36 é subdividido em dois grupos, o Físico e o Mental, que por sua vez são compostos por quatro escalas cada um. Ao examinarmos separadamente essas oito escalas, observamos que o ganho na qualidade de vida, apesar de ocorrer em todas elas, não é uniforme. Com significância estatística, destacam-se as escalas Dor, Aspecto Social e Saúde Mental, a primeira do subgrupo Físico e as duas últimas do Mental. As demais – Capacidade Funcional, Aspecto Físico, Estado Geral de Saúde, Vitalidade e Aspecto Emocional – não demonstraram significância na amostra analisada. Na nossa amostra, o ganho da qualidade de vida se deu principalmente às custas da variação do escore mental (Tabela 5, Gráficos 2 e 3).

**Tabela 5** - Significância da variação do Short Form 36 (SF36) e seus componentes em três tempos, para n=40

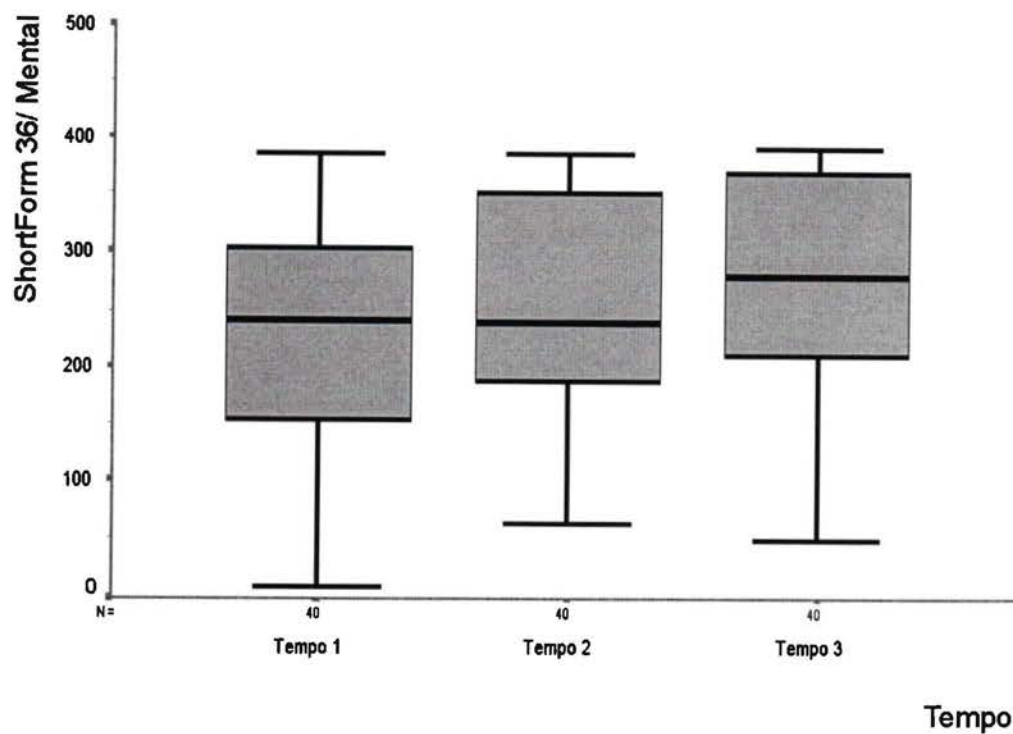
<b>SF36</b>  <b>p= 0.002</b>	<b>Escore Físico</b> <b>p = 0.058</b>	Capacidade funcional	p = 0.216
		Aspecto físico	p = 0.230
		<b>Dor</b>	<b>p = 0.001</b>
		Estado geral de saúde	p = 0.792
	<b>Escore Mental</b> <b>p= 0.005</b>	Vitalidade	p = 0.057
		<b>Aspecto social</b>	<b>p = 0.042</b>
		Aspecto emocional	p = 0.274
		<b>Saúde mental</b>	<b>p &lt; 0.001</b>

**Gráfico 2** - Mediana e Intervalo 25/75%(Box Plot) dos Índices do Componente Físico do Short Form 36, para n=40, obtidos em três tempos (p= 0.058)





**Gráfico 3** - Mediana e Intervalo 25/75%(Box Plot) dos Índices do Componente Mental do Short Form 36, para n=40, obtidos em três tempos ( $p= 0. 005$ )



### 4.3 INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK

O Inventário de Depressão de Beck, capaz de evidenciar sintomas de ansiedade e depressão, também mostrou variação positiva quando confrontados os índices obtidos nas três entrevistas (Tabela 6, Gráfico 4).

**Tabela 6** - Estatística descritiva do Inventário de Depressão de Beck (IDB), para n=40 ( $p= 0.004$ )<sup>†</sup>

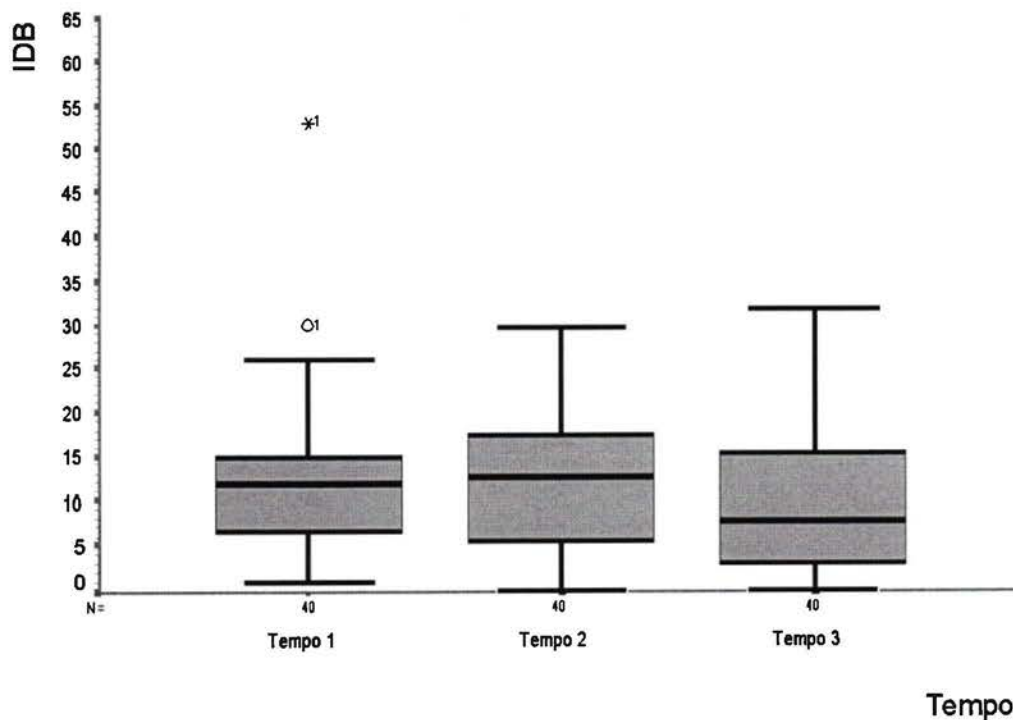
	n	Média	Desvio padrão	Minimum	Maximum
IDB 1*	40	13,05	9,76	1	53
IDB 2*	40	11,50	7,45	0	30
IDB 3*	40	9,78	8,12	0	32

<sup>†</sup> Friedman (distribuição não normal)

(\*) IDB 1, IDB 2, IDB 3 correspondem a 1ª, 2ª e 3ª aplicações do Inventário de Depressão de Beck (IDB) em cada paciente, respectivamente.

Obs: quanto mais baixo o valor, melhor o estado da paciente

**Gráfico 4** - Mediana e Intervalo 25/75% (Box Plot) dos Índices do Inventário de Depressão de Beck (IDB), para  $n=40$ , obtidos em três tempos ( $p=0.004$ )



Composto de vinte e um itens, apresentou variação positiva significativa em três deles: Tristeza, Distúrbio do Sono e Perda de Peso (Tabela 7).

**Tabela 7 - Significância da Variação do Inventário de Depressão de Beck (IDB) e seus componentes em três tempos, para n=40**

<b>IDB</b> <i>p</i> = 0.004	<b>Tristeza</b>	<b><i>p</i> = 0.015</b>
	Pessimismo	<i>p</i> = 0.470
	Sensação de fracasso	<i>p</i> = 0.178
	Falta de satisfação	<i>p</i> = 0.978
	Sensação de culpa	<i>p</i> = 0.332
	Sensação de punição	<i>p</i> = 0.311
	Autodepreciação	<i>p</i> = 0.779
	Auto-acusação	<i>p</i> = 0.052
	Idéias suicidas	<i>p</i> = 0.779
	Crises de choro	<i>p</i> = 0.143
	Irritabilidade	<i>p</i> = 0.444
	Retração social	<i>p</i> = 0.078
	Indecisão	<i>p</i> = 0.223
	Distorção da imagem corporal	<i>p</i> = 0.225
	Inibição para o trabalho	<i>p</i> = 0.985
	<b>Distúrbio do sono</b>	<b><i>p</i> = 0.034</b>
	Fadiga	<i>p</i> = 0.186
	Perda de apetite	<i>p</i> = 0.150
	<b>Perda de peso</b>	<b><i>p</i> = 0.015</b>
	Preocupação somática	<i>p</i> = 0.132
Diminuição da libido	<i>p</i> = 0.316	

Analisando-se os resultados do IDB obtidos, no total de 130 entrevistas realizadas (n=45), notamos que em 15,4% das ocasiões os índices estavam acima de 15, caracterizando disforia, e em 10,8% das entrevistas foram detectados valores acima de 20, compatíveis com o diagnóstico de depressão (Tabela 8).

**Tabela 8 - Índices do Inventário de Depressão de Beck (IDB) em 130 aplicações\***

IDB	n	%
0  ——  15	96	73,8 %
15 ———  20	20	15,4%
> 20	14	10,8%

(\*) IDB foi aplicado três vezes em 40 pacientes e duas vezes em 5 pacientes

#### 4.4 SITUAÇÕES CLÍNICAS

Características individuais das pacientes, como idade, estado civil, escolaridade, o fato de exercer ou não atividade remunerada e apresentar ou não comorbidades, não se mostraram relacionados com a variação da qualidade de vida, embora pacientes de baixa escolaridade e as que não exerciam atividade remunerada apresentassem índices estatísticos próximos da significância em relação ao SF-36. As pacientes com comorbidades apresentaram índices próximos da significância em relação ao IDB. As pacientes com pior performance status inicial apresentaram maiores ganhos de qualidade de vida que as de melhor performance status inicial, resultado estatisticamente significativo (Tabela 9, Gráfico 5).

**Tabela 9** - Significância da Variação em três tempos da Qualidade de Vida (SF36) e de Sintomas Relacionados à Depressão (IDB) segundo características individuais (n=40)

Variáveis	n	SF36	IDB
Idade	< 50 anos	p=0.294	p=0,298
	> 50 anos		
Ter companheiro	sim	p=0.308	p=0,442
	não		
Escolaridade	fundamental *	p=0.053	p=0,139
	média/ superior		
Atividade remunerada	sim	p=0.054	p=0,392
	não*		
Performance Status inicial **	0	<b>p&lt;0,001</b>	p=0,081
	1		
	2		
	3		
	4		
Comorbidades	sim*	p=0.139	p=0,066
	não		

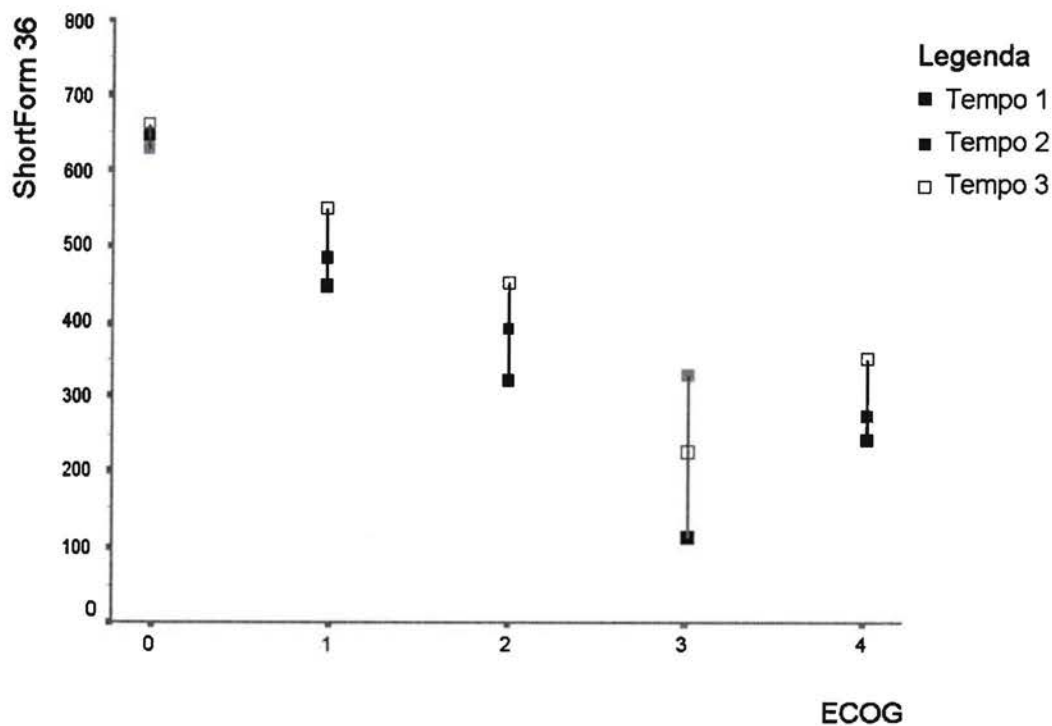
Usado two-way ANOVA, SF36 e IDB como medidas repetidas para dois fatores, o tempo e a variável de interesse.

(\*) maior variação positiva

(\*\*) Quanto pior o Performance Status, maior variação positiva



**Gráfico 5 -** Variação de Qualidade de Vida (Short Form 36), em três tempos, de acordo com Performance Status Inicial (ECOG), para n=40 ( $p < 0.001$ )



Quando levamos em conta as características da neoplasia metastática – intervalo livre de doença, presença de receptor estrogênico, número de sítios comprometidos, e presença de metástases viscerais – notamos que estas não foram determinantes na variação da qualidade de vida, exceto a presença ou não de sintomas secundários à doença metastática. As pacientes sintomáticas exibiram variação positiva de qualidade de vida significativa, tanto com o SF-36 como com o IDB (Tabela 10).

Fundação Antonio Prudente  
Lutz Fernando Lima Reis  
Diretor - Pós-Graduação

**Tabela 10** - Significância da Variação em três tempos da Qualidade de Vida (SF36) e de Sintomas Relacionados à Depressão (IDB) segundo características da doença (n=40)

Variáveis		n	SF36	IDB
Intervalo livre de doença	< 2 a	15	p=0,645	p=0,152
	> 2 a	25		
Receptor Estrogênico	+/desc	22	p=0,726	p=0,207
	-	18		
Sítios de metástase	1	22	p=0,770	p=0,342
	> 1	18		
Metástases	não viscerais	18	p=0,703	p=0,877
	viscerais	22		
Presença de sintomas	sim*	33	<b>p &lt; 0,001</b>	<b>p=0,029</b>
	não	7		

Usado two-way ANOVA, SF36 e IDB como medidas repetidas para dois fatores, o tempo e a variável de interesse (\*) maior variação positiva

No nosso trabalho, não foram evidenciadas interferências na variação da qualidade de vida das pacientes, secundárias ao tipo de tratamento instituído, tenha sido cirúrgico, hormonal, químico ou radioterápico. No entanto, houve diferença estatística significativa entre as pacientes que se submeteram a apenas um tipo de tratamento e as que receberam mais de um tipo, com vantagem para o último grupo, evidenciada pelo SF-36 (Tabela 11).

**Tabela 11** - Significância da Variação em três tempos da Qualidade de Vida (SF36) e de Sintomas Relacionados à Depressão (IDB) segundo tratamento realizado (n=40)

Variável		n	SF36	IDB
Radioterapia	sim	8	P=0,084	p=0,712
	não	32		
Quimioterapia	sim	24	P=0,719	p=0,620
	não	16		
Hormonioterapia	sim	13	P=0,732	p=0,485
	não	27		
Cirurgia	sim	7	P=0,200	p=0,336
	não	33		
Modalidades de tratamento	1	28	<b>P=0,038</b>	p=0,248
	> 1*	12		

Usado two-way ANOVA, SF36 e IDB como medidas repetidas para dois fatores, o tempo e a variável de interesse (\*) maior variação positiva na qualidade de vida

#### 4.5 VARIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA E DE SINTOMAS RELACIONADOS À DEPRESSÃO *VERSUS* RESPOSTA AO TRATAMENTO

Na nossa amostra, ficou constatada uma forte correlação entre variação de qualidade de vida e os índices comumente utilizados para avaliação de resposta ao tratamento: variação do performance status e resposta tumoral (Tabela 12).

**Tabela 12** - Significância da Variação da Qualidade de Vida (SF36) e de Sintomas Relacionados à Depressão (IDB) segundo variação de Performance Status (ECOG) e Resposta Tumoral (n = 40)

ÍNDICE		n	SF36 Físico	SF36 Mental	SF36 Global	IDB
<b>ΔECOG</b>	Melhor	15	<i>P</i> = 0,03(*)	<i>P</i> =0,023(*)	<i>P</i> =0.013 (*)	<i>P</i> =0,029(*)
	Estável	20				
	Pior	5				
<b>Resposta tumoral</b>	RO	17	<i>P</i> =0,01(**)	<i>P</i> =0,001(**)	<i>P</i> =0.001 (**)	<i>P</i> < 0,001(**)
	DE	12				
	DP	11				

Usado two-way ANOVA, SF36 e IDB como medidas repetidas para dois fatores, o tempo e a variável de interesse. RO: resposta objetiva; DE: doença estável; DP: doença em progressão  
 (\*) variação diretamente proporcional à variação do ECOG  
 (\*\*) variação diretamente proporcional a resposta ao tratamento. RO > DE > DP.

Analisando-se o SF-36, nota-se que a concordância ocorre tanto no resultado global, como nos subgrupos Físico e Mental. A variação do estado psicológico, medida pelo IDB, também é diretamente proporcional à variação de performance status e à resposta tumoral aos tratamentos realizados.

Em anexo, planilha com os principais dados levantados no nosso trabalho, incluindo apenas as pacientes que responderam a três entrevistas (anexo VI).

## 5 DISCUSSÃO

### 5.1 METODOLOGIA

Nossa metodologia foi definida de acordo com as características de um estudo de coorte observacional. Após estimarmos o valor aproximado da amostra ( $n=58$ ), definimos o intervalo de tempo do estudo (12 meses) baseados na expectativa do Departamento de Oncologia Clínica do Hospital AC Camargo, que era de aproximadamente 8 a 10 casos novos de câncer metastático de mama por mês, o que nos daria uma folga confortável quanto ao tamanho da amostra.

Como se pode observar, nossas expectativas quanto ao número de pacientes que preenchessem os critérios de inclusão do nosso estudo não se confirmaram. Captamos por mês menos da metade do estimado (4,25 pac/mês) e ainda tivemos que excluir algumas pacientes, conforme relatado na seção anterior. No entanto, nossa amostra, com um  $n=40$ , mostrou-se suficiente para que atingíssemos nossos objetivos.

O segundo passo foi definir um intervalo de tempo entre as entrevistas que fosse capaz de refletir os efeitos das atitudes médicas na qualidade de vida das pacientes.

Como o tratamento instituído visa essencialmente a palição dos sintomas e o controle da evolução do processo patológico em curto espaço de tempo, e levando-se em conta que dos procedimentos cirúrgicos espera-se que apresentem resultados imediatos, que a radioterapia responda em



curto período, não excedendo duas semanas do término de sua aplicação, e que a quimioterapia apresente sinais de resposta clínica de 4 a 8 semanas após o primeiro ciclo<sup>48</sup>, consideramos que os intervalos de seis e doze semanas entre as aplicações dos questionários foram suficientes para a captação de possíveis variações na qualidade de vida das pacientes, secundárias ao tratamento.

É possível que alguns dos resultados que se mostraram próximos da significância estatística o fossem numa amostra mais representativa mas, por se tratar de um estudo de coorte observacional, não estendemos o período de tempo previamente definido.

## **5.2 RESULTADOS**

A análise dos nossos dados confirma ganho de qualidade de vida com a introdução de tratamento oncológico nos primeiros três meses após o diagnóstico de doença metastática em portadoras de câncer de mama. Esse ganho ocorreu principalmente às custas de três dos oito sub-itens do Short Form 36: Dor, Aspecto Social e Saúde Mental.

A influência da dor na qualidade de vida de pacientes oncológicos foi comprovada por WANG<sup>81</sup>, que mostrou que a qualidade de vida dos pacientes era inversamente proporcional à intensidade da dor exibida pelos pacientes. Por se tratar de um estudo transversal, seu trabalho não foi capaz de mostrar os efeitos do controle deste sintoma na qualidade de vida dos pacientes. HANDY<sup>44</sup> avaliou, por um período de seis meses, os efeitos da

resseccão do câncer de pulmão no status funcional e na qualidade de vida dos pacientes submetidos à cirurgia, e constatou que a dor crônica, secundária à técnica cirúrgica utilizada, seria responsável pela persistência da significativa desqualificação física, emocional, social e mental apresentada pelos pacientes no período avaliado.

Apesar de não pesquisarmos especificamente a presença de dor e os mecanismos utilizados para seu controle, nosso estudo evidencia a forte influência da escala Dor do SF-36 na variação da qualidade de vida das pacientes avaliadas. Nosso achado nos leva a duas conclusões. A primeira delas é a importância do controle adequado da dor na qualidade de vida dessas pacientes. A segunda: pacientes que apresentam dor secundária ao câncer de mama metastático melhoram sua qualidade de vida ao controlar a doença.

Outros estudos que utilizaram o SF-36 como método de mensuração da qualidade de vida detectaram alterações nos mais diferentes componentes, de acordo com a patologia avaliada. O estudo dos efeitos da reabilitação pulmonar sobre a qualidade de vida de portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica, pesquisados por BUERI<sup>9</sup>, acusou variação positiva em quatro dos oito componentes do SF-36 – Capacidade Funcional, Vitalidade, Aspecto Emocional, e Saúde Mental. Já, no estudo feito por HANDY<sup>44</sup>, Capacidade Funcional, Aspecto Físico, Aspecto Social, Dor e Saúde Mental apresentaram variação negativa após cirurgia em portadores de câncer de pulmão. Ao avaliar o impacto do tratamento com interferon-beta na qualidade de vida de portadores de esclerose múltipla, VERMERSCH<sup>80</sup> detectou que, apesar da piora significativa na Capacidade

Funcional, não houve alteração dos escores Físico e Mental do SF-36, compensados por outras escalas, e concluiu que o tratamento não desqualificava a vida dos pacientes.

A significância estatística da variação do escore Mental do SF-36 observada na nossa amostra mostra a influência do câncer de mama metastático e os efeitos do seu tratamento sobre os aspectos psicossociais dessas pacientes. Variações no mesmo sentido e com intensidade similar foram averiguadas com a aplicação do Inventário de Depressão de Beck, evidenciando a influência positiva do tratamento oncológico nos sintomas de ansiedade e depressão apresentados pelas pacientes, e seus reflexos na qualidade de vida como um todo.

Diversos estudos lançaram mão do Inventário de Depressão de Beck para avaliar a presença de sintomas depressivos e sua participação na qualidade de vida de pacientes oncológicos. Um desses trabalhos, buscou a relação entre qualidade de vida e depressão em portadores de câncer de cabeça e pescoço, e concluiu que quanto maior os indícios de depressão, pior a qualidade de vida dos pacientes<sup>23</sup>. PELLETIER<sup>71</sup> avaliou a contribuição de depressão, fadiga, estresse emocional e problemas existenciais na qualidade de vida de portadores de tumores cerebrais e encontrou que a presença de sintomas depressivos era, dos quatro avaliados, o mais importante fator independente na predição da qualidade de vida desses pacientes. BIRKHAUG<sup>5</sup> associa escores elevados no Inventário de Depressão de Beck à pior qualidade de vida, em estudo com pacientes laringectomizados.

Dentre os vinte e um componentes do Inventário de Depressão de Beck, três apresentaram variação estatística significativa na nossa amostra: Tristeza, Distúrbio do Sono e Perda de Peso.

BOTTOMLEY<sup>7</sup> estima que 20 a 25% dos pacientes com câncer sofram de depressão sem que tenham sua condição diagnosticada e devidamente tratada, comprometendo sua qualidade de vida. BERARD<sup>4</sup>, ao estudar a prevalência de depressão em pacientes oncológicos ambulatorias, detectou que apenas 14% dos pacientes que apresentavam sintomas depressivos haviam sido devidamente identificados e tratados. Nossos dados evidenciam sintomas de ansiedade ou depressão em 26,2% das ocasiões em que as pacientes foram abordadas nas primeiras doze semanas após o diagnóstico de doença metastática.

Um olhar mais atento aos aspectos psicossociais das pacientes com câncer de mama metastático certamente levará à detecção de intercorrências que merecem intervenção, permitindo sua abordagem com evidentes benefícios para a qualidade de vida das pacientes.

### **5.2.1 Quanto às características demográficas**

Ao avaliarmos a características demográficas das pacientes que compõem nossa amostra, percebemos que nem idade nem estado civil interferiram na variação da qualidade de vida ou do estado psicológico das mesmas após introdução do tratamento oncológico. No entanto, notamos que as pacientes com menor escolaridade apresentaram tendência a maior



variação de qualidade de vida que as de formação médio/superior. Ao confrontarmos os valores obtidos no SF-36 desses dois grupos de pacientes, notamos que as pacientes com estudo primário/fundamental apresentavam escores mais baixos na primeira entrevista que as de maior escolaridade, sendo, portanto, passíveis de maior variação positiva de qualidade de vida.

Também as que não exercem atividade remunerada tenderam a apresentar maiores ganhos de qualidade de vida que as que trabalham, mas neste caso não encontramos explicação nos valores basais do SF-36. As pessoas necessitam exibir um estado de saúde física e mental compatível com suas atividades para se sentirem bem. Podemos conjecturar que mulheres que exercem atividades profissionais apresentem necessidades clínicas, psicológicas e sociais maiores que as que restringem suas atividades ao âmbito familiar. Desta forma, os ganhos de qualidade de vida adquiridos com o tratamento tenderiam a ser menos valorizados pelas pacientes que exercem atividades remuneradas, trazendo um viés subjetivo ao resultado encontrado.

Pacientes que apresentavam baixo performance status antes de iniciar o tratamento exibiram maior variação positiva de qualidade de vida do que as que tinham bom performance status. Esse achado estatisticamente significativo, mostrando que as pacientes com pior performance status se beneficiam mais do ponto de vista da qualidade de vida com o tratamento oncológico, do que as de melhor performance status, acrescenta informação relevante para a definição da conduta médica na prática clínica.

Inúmeros estudos relacionam performance status à qualidade de vida, mas apenas um deles detectou o valor preditivo do performance status inicial.

COATES<sup>18</sup> estudou o valor prognóstico da qualidade de vida em portadoras de câncer de mama avançado submetidas à quimioterapia, comparando sua variação a de outros fatores prognósticos, dentre eles o performance status. Este trabalho demonstra uma correlação entre qualidade de vida, performance status e sobrevida, não avaliando a relação existente entre o performance status inicial e a variação da qualidade de vida apresentada pelas pacientes.

Num trabalho com portadores de glioma maligno tratados com diferentes doses de radiação associada a carmustina, MURRAY<sup>64</sup> relaciona o performance status inicial dos pacientes com o tempo de sobrevida em que cada paciente permaneceu assintomático, e não com a variação de qualidade de vida apresentada por cada um após a realização do tratamento.

SPRANGERS<sup>77</sup> lança mão do performance status inicial e sua variação ao longo do tempo para avaliar a confiabilidade e a validade de um questionário de qualidade de vida específico para portadoras de câncer de mama, novamente não procurando correlacionar o performance status inicial das pacientes com a variação de qualidade de vida apresentada pelas mesmas.

Um estudo transversal que avalia a qualidade de vida de pacientes com câncer de mama metastático, submetidas a quimioterapia em altas

doses seguida de transplante autólogo de medula óssea, conclui que a qualidade de vida dessas pacientes é pior que a de mulheres que não tiveram câncer, e que essa condição está fortemente associada ao seu pior performance status, dentre outros fatores avaliados<sup>45</sup>.

O único estudo que encontramos que buscou a relação do performance status inicial dos pacientes com a variação de qualidade de vida apresentada pelos mesmos, chegou a conclusão semelhante à nossa. GREIMEL<sup>43</sup> comparou a qualidade de vida de mulheres com diferentes tipos de câncer ginecológico e câncer de mama, buscando identificar fatores preditivos da qualidade de vida e investigando a concordância existente entre a avaliação da qualidade de vida feita pela equipe médica e a feita pelas próprias pacientes. Concluiu que a qualidade de vida global dessas pacientes era afetada durante o curso da doença, independente do sítio primário do tumor. Concluiu ainda que pacientes com pior performance status basal e com maior número de sintomas se beneficiaram mais do tratamento, sob o ponto de vista de qualidade de vida, que as que exibiam melhor condição clínica inicial, e que a realização de cirurgias extensas possuía valor preditivo negativo da qualidade de vida alcançada.

A presença de comorbidades não interferiu na variação da qualidade de vida, mas ficou próxima de um resultado significativo na variação do estado psicológico. No subgrupo de portadoras de comorbidades, foi encontrada uma maior concentração de disfóricas e deprimidas na primeira aplicação do IDB. Como houve melhora dos escores do IDB após a introdução do tratamento oncológico, é natural que o grupo de pacientes

com maior incidência de ansiedade e depressão na primeira entrevista acusasse maiores variações desses índices.

### **5.2.2 Quanto às características da doença metastática**

Ao avaliarmos características do câncer de mama metastático que possuem valor prognóstico, percebemos que estas não exercem influência na variação da qualidade de vida das pacientes. Maior ou menor intervalo livre de doença, presença ou não de receptor estrogênico, mais ou menos sítios comprometidos por metástases, existência ou não de invasão visceral são indicadores prognósticos de resposta terapêutica e sobrevida em câncer de mama metastático<sup>73,74,85</sup>, mas não se mostraram relacionados à maior ou menor variação de qualidade de vida após introdução do tratamento.

A presença de sintomas secundários à doença metastática, sem qualquer valor prognóstico comprovado, mostrou-se de grande valia na predição de variação de qualidade de vida. Em 1994, OSOBA<sup>69</sup> ressaltou o papel dos sintomas secundários ao câncer ou ao seu tratamento na desqualificação da qualidade de vida dos pacientes. Destacou, no entanto, que terapias agressivas poderiam melhorar a qualidade de vida, quando pacientes responsivos ao tratamento apresentavam melhora de sintomas desqualificantes como dor, dispnéia, anorexia, insônia e depressão, compensando os efeitos colaterais dos mesmos. Em 1996, o Outcomes Working Group da American Society of Clinical Oncology<sup>70</sup>, ao definir objetivos prioritários do tratamento oncológico, observou que a melhoria de



qualidade de vida em pacientes oncológicos responsivos ao tratamento estaria provavelmente relacionada ao fato de eles apresentarem sintomas secundários à doença metastática.

A expressiva melhora dos índices de qualidade de vida que encontramos nas pacientes sintomáticas e a estabilidade desses mesmos índices nas assintomáticas demonstram que a melhoria da qualidade de vida em portadoras de câncer de mama metastático está fortemente associada à presença de sintomas antes do início do tratamento.

Nas duas últimas décadas, apesar dos avanços no diagnóstico e no tratamento do câncer de mama, não se conseguiu demonstrar benefícios na sobrevida ao se diagnosticar e tratar doença metastática em pacientes assintomáticas<sup>52,56,59</sup>. A ausência de incremento na qualidade de vida com a introdução de tratamento oncológico em pacientes assintomáticas é mais um argumento contra a prática do uso intensivo de exames no seguimento de pacientes tratadas de câncer primário de mama que permaneçam sem sintomas.

ROSSELLI DEL TURCO<sup>75</sup> conclui, num ensaio clínico randomizado, que a realização de raios X de tórax e cintilografia óssea no seguimento de pacientes tratadas de câncer de mama antecipa a detecção de metástases, mas não provoca nenhum impacto na sua sobrevida, não devendo ser recomendada em pacientes assintomáticas. PIVOT<sup>72</sup> demonstra que a presença de sintomas é o principal indicador de recidiva de doença em portadoras de câncer de mama e que exames laboratoriais e de imagem são responsáveis pela detecção de apenas 10,3% das recidivas, encarecendo o



acompanhamento e não interferindo nem na sobrevida livre de doença, nem na sobrevida global das pacientes. Conclusão semelhante foi alcançada por YOUNES<sup>86</sup> em relação à realização regular de exames laboratoriais e de imagem no seguimento de pacientes tratados de câncer de pulmão.

O achado de que pacientes assintomáticas não apresentam melhora na qualidade de vida com a introdução de tratamento oncológico específico corrobora a normatização da ASCO para seguimento de pacientes tratadas de câncer de mama<sup>76</sup>. Nessa normatização é preconizado o auto-exame mensal das mamas, a mamografia anual da mama preservada e da contralateral, anamnese e exame físico cuidadosos a cada 3/6 meses por 3 anos, a cada 6/12 meses por 2 anos, e depois anualmente, não recomendando a realização rotineira de exames hematológicos, pesquisa de marcadores tumorais, raio X de tórax, cintilografia óssea, ultra-som hepático ou tomografias computadorizadas em pacientes assintomáticas fora de ensaios clínicos. A realização periódica desses exames provoca, além do aumento de custos financeiros, aumento do risco de se realizar procedimentos invasivos em caso de resultados falso-positivos, e sofrimento psicológico para as pacientes a cada investigação, sem garantias de benefícios na sobrevida ou na qualidade de vida dessas pacientes<sup>51,75</sup>.

### **5.2.3 Quanto ao tratamento realizado**

Encontramos que a variação da qualidade de vida independe do tipo de tratamento realizado, seja quimioterapia, hormonioterapia, radioterapia ou cirurgia. No entanto, pacientes que se submeteram a mais de uma

modalidade terapêutica alcançaram maiores ganhos na qualidade de vida do que as que se submeteram a apenas um tipo de tratamento.

Este fato pode ser facilmente entendido se observamos que em câncer de mama metastático cirurgia e radioterapia são geralmente associados a tratamentos sistêmicos – químico e hormonioterapia – com o intuito de resolver, de forma imediata, intercorrências localizadas como drenagem de líquidos em cavidades, correção de fraturas patológicas, dores ósseas e fenômenos compressivos, que geralmente cursam com sintomas desqualificantes que precisam ser paliados rapidamente<sup>51,57,84</sup>. De fato, na nossa amostra, apenas pacientes que apresentavam sintomas secundários à doença metastática receberam mais de um tipo de tratamento.

As pacientes tratadas com radioterapia – nunca isoladamente, sempre associada a outra modalidade terapêutica – apresentaram valores próximos da significância estatística, sugerindo que, numa amostra maior, esses dados poderiam se tornar significativos.

#### **5.2.4 Quanto ao Performance Status e à Resposta Tumoral ao Tratamento**

Ensaio clínico randomizados, tradicionalmente, avaliam a eficácia de novas intervenções terapêuticas usando intervalo livre de doença, tempo de sobrevida e resposta tumoral como parâmetros. Como instrumentos próprios de avaliação de qualidade de vida são raramente utilizados em publicações científicas<sup>63</sup>, a maioria delas usa performance status, resposta tumoral e toxicidade como indicadores indiretos da qualidade de vida dos

pacientes<sup>15</sup>. Esses índices partem do corpo médico em direção ao paciente oncológico, espelhando uma visão unilateral dos eventos avaliados, portanto parcial e incompleta.

Mais recentemente, a avaliação da qualidade de vida vem sendo valorizada por refletir o ponto de vista do paciente, trazendo uma compreensão mais humanista ao tratamento oncológico<sup>8,63</sup>. A adoção de um parâmetro que inclua a visão do paciente oncológico em estudos randomizados e na prática clínica propicia um entendimento mais realista da doença, do doente e, conseqüentemente, dos efeitos das intervenções médicas sobre os pacientes. Com capacidade de refletir aspectos físicos, psicológicos e sociais da vida do paciente, qualidade de vida é um parâmetro independente e prioritário, capaz por si só de recomendar tratamentos em câncer metastático, mesmo que estes não aumentem a sobrevida dos pacientes<sup>70</sup>.

A relação existente entre performance status e qualidade de vida foi muito bem documentada por BRADY<sup>11</sup>, que relacionou diretamente mudanças do performance status com mudanças na qualidade de vida em portadoras de câncer de mama, ao validar um questionário de qualidade de vida. GEELS<sup>37</sup> demonstrou a relação entre resposta tumoral e qualidade de vida, ao comprovar a significativa associação entre controle de sintomas secundários ao câncer de mama metastático e resposta tumoral, pesquisando a variação dos sintomas através de dados obtidos em um questionário de qualidade de vida.

Ao encontramos associação significativa entre variação da qualidade de vida e variação do performance status das pacientes, e resposta tumoral



ao tratamento, confirmamos a íntima relação existente entre esses parâmetros. Desta forma, melhora de performance status e resposta tumoral ao tratamento são evidências fortes de melhora de qualidade de vida. Mas o contrário não é necessariamente verdadeiro, isto é, não podemos concluir que não há melhora de qualidade de vida quando não ocorre ganho de performance status ou resposta objetiva ao tratamento, tornando imprescindível a avaliação direta da qualidade de vida nesses casos. Se, na nossa amostra, todas as pacientes que apresentaram melhora de performance status, melhoraram sua qualidade de vida, duas das cinco que pioraram o performance status, aumentaram seus escores no SF-36. Das onze pacientes que apresentaram progressão de doença, sete melhoraram seus índices no SF-36, enquanto que das dezessete que apresentaram resposta objetiva ao tratamento, duas pioraram sua qualidade de vida.

MCLACHLAN<sup>60</sup> comprovou, em interessante trabalho, a presença de ganho de qualidade de vida em pacientes cujos tumores não exibiram resposta objetiva ao tratamento e também naquelas que apresentavam doença não mensurável, com a introdução de tratamento quimioterápico de terceira linha em portadoras de câncer de mama metastático. Nesse trabalho, metade das pacientes admitidas não apresentava doença mensurável, e o critério de avaliação de resposta biológica do tumor foi substituído como parâmetro de resposta ao tratamento pela variação da qualidade de vida, um critério de benefício ao paciente, numa crítica aos ensaios clínicos tradicionais, onde pacientes sem doença mensurável são excluídos.

Alguns autores evidenciam que o índice de qualidade de vida obtido antes do tratamento possui valor prognóstico independente tanto para sobrevida livre de progressão de doença como para sobrevida global<sup>14,69</sup>, apresentando em alguns trabalhos peso mais forte que performance status. Se isso for confirmado, qualidade de vida medida antes do início do tratamento pode vir a substituir performance status como critério de seleção em ensaios clínicos.



## 6 CONCLUSÕES

- a. Pacientes com câncer da mama metastático podem apresentar melhora de qualidade de vida com a introdução do tratamento oncológico, evidenciada pela variação observada no Short Form-36 e no Inventário de Depressão de Beck.
- b. Essa melhora, quando ocorre, se dá mais às custas dos aspectos mentais que dos físicos.

Dos oito aspectos de qualidade de vida avaliados pelo Short Form-36, Aspecto Social, Dor e Saúde Mental foram os que mais se beneficiaram com o tratamento.

Dos vinte e um componentes do Inventário de Depressão de Beck, três apresentaram variação positiva após introdução do tratamento: Tristeza, Distúrbio do Sono e Perda de Peso.

- c. Pacientes com pior performance status antes do início do tratamento e as que apresentavam sintomas secundários à doença metastática tiveram maior variação de qualidade de vida do que as de melhor performance status inicial e as assintomáticas.

Pacientes que receberam mais de uma modalidade terapêutica nas primeiras doze semanas após o diagnóstico de doença metastática apresentaram maior variação positiva de qualidade de vida que as que se submeteram a apenas um tipo de tratamento no mesmo período.

- d. Existe concordância entre ganho de qualidade de vida e melhora do performance status, assim como a presença de resposta objetiva ao tratamento se relaciona a melhora de qualidade de vida.

## 7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Albertsen PC, Aaronson NK, Muller MJ, Keller SD, Ware JE Jr. Health-related quality of life among patients with metastatic prostate cancer. **Urology** 1997; 49:207-16.
2. Barakat RR. Tamoxifen and the endometrium. **Cancer Treat Res** 1998; 94:195-207.
3. Batel-Copel LM, Komblith AB, Batel PC, Holland JC. Do oncologists have an increasing interest in the quality of life of their patients? A literature review of the last 15 years. **Eur J Cancer** 1997; 33:29-32.
4. Berard RM, Boermeester F, Viljoen G. Depressive disorders in an out-patient oncology setting: prevalence, assessment, and management. **Psychooncology** 1998; 7:112-20.
5. Birkhaug EJ, Aarstad HJ, Aarstad AK, Olofsson J. Relation between mood, social support and the quality of life in patients with laryngectomies. **Eur Arch Otorhinolaryngol** 2002; 259:197-204.

6. Bodurka-Bevers D, Basen-Engquist K, Carmack CL, et al. Depression, anxiety, and quality of life in patients with epithelial ovarian cancer. **Gynecol Oncol** 2000; 78:302-8.
7. Bottomley A. Depression in cancer patients: a literature review. **Eur J Cancer Care** 1998; 7:181-91.
8. Bottomley A. The cancer patient and quality of life. **Oncologist** 2002; 7:120-5.
9. Boueri FMV, Bucher-Bartelson BL, Glenn KA, Barry J. Make quality of life measured with a generic instrument (Short Form-36) improves following pulmonary rehabilitation in patients with COPD. **Chest** 2001; 119:77-84.
10. Bowling A, Brazier J. Quality of life in social science and medicine. **Soc Sci Med** 1995; 41:1337-8.
11. Brady MJ, Cella DF, Mo F, et al. Reliability and validity of the functional assessment of cancer therapy-breast quality-of-life instrument. **J Clin Oncol** 1997; 15:974-86.

12. Broeckel JA, Jacobsen PB, Balducci L, Horton J, Lyman GH. Quality of life after adjuvant chemotherapy for breast cancer. **Breast Cancer Res Treat** 2000; 62:141-50.
13. Buccheri G, Ferrigno D, Tamburini M. Karnofsky and ECOG performance status scoring in lung cancer: a prospective, longitudinal study of 536 patients from a single institution. **Eur J Cancer** 1996; 32A:1135-41.
14. Cardoso F, Di LA, Lohrisch C, Bernard C, Ferreira F, Piccart MJ. Second and subsequent lines of chemotherapy for metastatic breast cancer: what did we learn in the last two decades? **Ann Oncol** 2002; 13:197-207.
15. Carlson RW. Quality of life issues in the treatment of metastatic breast cancer. **Oncology** 1998; 12(3 suppl 4):27-31.
16. Christensen AJ, Ehlers SL, Raichle KA, Bertolatus JA, Lawton WJ. Predicting change in depression following renal transplantation: effect of patient coping preferences. **Health Psychol** 2000; 19:348-53.



17. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Rev Bras Reumatol** 1999; 39:143-50.
18. Coates A, Gebiski V, Signorini D, et al. Prognostic value of quality-of-life scores during chemotherapy for advanced breast cancer. Australian New Zealand Breast Cancer Trials Group. **J Clin Oncol** 1992; 10:1833-8.
19. Coelho R, Ramos E, Prata J, Barros H. Psychosocial indexes and cardiovascular risk factors in a community sample. **Psychother Psychosom** 2000; 69:261-74.
20. Colleoni M, Mandala M, Peruzzotti G, Robertson C, Bredart A, Goldhirsch A. Depression and degree of acceptance of adjuvant cytotoxic drugs. **Lancet** 2000; 356:1326-7.
21. Conill C, Verger E, Salamero M. Performance status assessment in cancer patients. **Cancer** 1990; 65:1864-6.
22. Costantino J. The impact of hormonal treatments on quality of life of patients with metastatic breast cancer. **Clin Ther** 2002; 24 Suppl C:C26-42.

23. D'Antonio LL, Long SA, Zimmerman GJ, Peterman AH, Petti GH, Chonkich GD. Relationship between quality of life and depression in patients with head and neck cancer. **Laryngoscope** 1998; 108:806-11.
24. Day R, Ganz PA, Constantino JP, Cronin WM, Wickerham DL, Fisher B. Health-related quality of life and tamoxifen in breast cancer prevention: a report from the National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project P-1 Study. **J Clin Oncol** 1999; 17:2659-69.
25. Denham JW, Hauer-Jensen M. The radiotherapeutic injury--a complex 'wound'. **Radiother Oncol** 2002; 63:129-45.
26. Destri GL, Sapienza S, Rodolico M, et al. Stress of routine follow-up in colorectal cancer operated patients. **Chir Ital** 2000; 52:695-8.
27. DiMatteo MR, Lepper HS, Croghan TW. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. **Arch Intern Med** 2000; 160:2101-7.
28. Dorian P, Jung W, Newman D, et al. The impairment of health-related quality of life in patients with intermittent atrial fibrillation: implications for the assessment of investigational therapy. **J Am Coll Cardiol** 2000; 36:1303-9.

29. Endler NS, Rutherford A, Denisoff E. Beck depression inventory: exploring its dimensionality in a nonclinical population. **J Clin Psychol** 1999; 55:1307-12.
30. Essink-Bot ML, Krabbe PF, Bonsel GJ, Aaronson NK. An empirical comparison of four generic health status measures: The Nottingham Health Profile, the Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey, the COOP/WONCA charts, and the EuroQol instrument. **Med Care** 1997; 35:522-37.
31. Faden R, Leplege A. Assessing quality of life: moral implications for clinical practice. **Med Care** 1992; 30 Suppl 5:MS166-75.
32. Fewer EJ, Wun L-M, Boring CC, Flanders WD, Timmel MJ, Tong T. **The lifetime risk of developing breast cancer.** [monograph line]. National Cancer Institute's. Surveillance Epidemiology and end results program. SEER Cancer Statistics Review 1973-1999. Available from <URL:<http://srab.cancer.gov/devcan/report1.pdf>>. [2002 Nov 21]
33. Ficarra V, Righetti R, D'Amico A, et al. General state of health and psychological well-being in patients after surgery for urological malignant neoplasms. **Urol Int** 2000; 65:130-4.

34. Fitzpatrick R, Fletcher A, Gore S, Jones D, Spiegelhalter D, Cox D. Quality of life measures in health care. I: Applications and issues in assessment. **BMJ** 1992; 305:1074-7.
35. Fossati R, Confalonieri C, Torri V, et al. Cytotoxic and hormonal treatment for metastatic breast cancer: a systematic review of published randomized trials involving 31,510 women. **J Clin Oncol** 1998; 16:3439-60.
36. Ganz PA, Rowland JH, Meyerowitz BE, Desmond KA. Impact of different adjuvant therapy strategies on quality of life in breast cancer survivors. **Recent Results Cancer Res** 1998; 152:396-411.
37. Geels P, Eisenhauer E, Bezjak A, Zee B, Day A. Palliative effect of chemotherapy: objective tumor response is associated with symptom improvement in patients with metastatic breast cancer. **J Clin Oncol** 2000; 18:2395-405.
38. Gorenstein C, Andrade L. Validation of a Portuguese version of the Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. **Braz J Med Biol Res** 1996; 29:453-7.



39. Gorenstein C, Andrade L. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. **Rev Psiquiatria Clin** 1998; 25:245-50.
40. Gorenstein C, Andrade L, Vieira Filho AH, Tung TC, Artes R. Psychometric properties of the Portuguese version of the Beck Depression Inventory on Brazilian college students. **J Clin Psychol** 1999; 55:553-62.
41. Greenberg DB, Jonasch E, Gadd MA, et al. Adjuvant therapy of melanoma with interferon-alpha-2b is associated with mania and bipolar syndromes. **Cancer** 2000; 89:356-62.
42. Greer S, Morris T, Pettingale KW. Psychological response to breast cancer: effect on outcome. **Lancet** 1979; 2:785-7.
43. Greimel E, Thiel I, Peintinger F, Cegnar I, Pongratz E. Prospective assessment of quality of life of female cancer patients. **Gynecol Oncol** 2002; 85:140-7.
44. Handy JR Jr, Asaph JW, Skokan L, et al. What happens to patients undergoing lung cancer surgery? Outcomes and quality of life before and after surgery. **Chest** 2002; 122:21-30.



45. Hann DM, Jacobsen PB, Martin SC, Kronish LE, Azzarello LM, Fields KK. Quality of life following bone marrow transplantation for breast cancer: a comparative study. **Bone Marrow Transplant** 1997; 19:257-64.
46. Harris J, Morrow M, Norton L. Malignant tumors of the breast. In: De Vita VT Jr, Hellman S, Rosenberg SA, editors. **Cancer: principles and practice of oncology**. 5<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincopp-Raven; 1997. p.1557-616.
47. Hays RD, Cunningham WE, Sherbourne CD, et al. Health-related quality of life in patients with human immunodeficiency virus infection in the United States: results from the HIV Cost and Services Utilization Study. **Am J Med** 2000; 108:714-22.
48. Healey JH. Metastatic cancer to the bone. In: De Vita VT Jr, Hellman S, Rosenberg SA, editors. **Cancer: principles and practice of oncology**. 5<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincopp-Raven; 1997. p.2570-86.
49. Heyland DK, Hopman W, Coe H, Tranmer J, McColl MA. Long-term health-related quality of life in survivors of sepsis. Short-Form 36: a valid and reliable measure of health-related quality of life. **Crit Care Med** 2000; 28:3599-605.

50. Hosaka T, Sugiyama Y, Tokuda Y, Okuyama T. Persistent effects of a structured psychiatric intervention on breast cancer patients' emotions. **Psychiatry Clin Neurosci** 2000; 54:559-63.
51. Kagan AR. Radiation therapy in the management of distant breast cancer metastases. **Semin Radiat Oncol** 1994; 4:283-91.
52. Kinne DW. Staging and follow-up of breast cancer patients. **Cancer** 1991; 67 Suppl 4:1196-8.
53. Kurki T, Hiilesmaa V, Raitasalo R, Mattila H, Ylikorkala O. Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. **Obstet Gynecol** 2000; 95:487-90.
54. Kwan W, Jackson J, Weir LM, Dingee C, McGregor G, Olivotto IA. Chronic arm morbidity after curative breast cancer treatment: prevalence and impact on quality of life. **J Clin Oncol** 2002; 20:4242-8.
55. Lane D, Carroll D, Ring C, Beevers DG, Lip GY. Do depression and anxiety predict recurrent coronary events 12 months after myocardial infarction? **QJM** 2000; 93:739-44.
56. Lee YT. Bone scanning in patients with early breast carcinoma: should it be a routine staging procedure? **Cancer** 1981; 47:486-95.

57. Lo Russo P. Analysis of skeletal-related events in breast cancer and response to therapy. **Semin Oncol** 2001; 28 (4 Suppl 11):22-7.
58. Lutgendorf SK, Anderson B, Rothrock N, Buller RE, Sood AK, Sorosky JI. Quality of life and mood in women receiving extensive chemotherapy for gynecologic cancer. **Cancer** 2000; 89:1402-11.
59. Mansi JL, Earl HM, Powles TJ, Coombes RC. Tests for detecting recurrent disease in the follow-up of patients with breast cancer. **Breast Cancer Res Treat** 1988; 11:249-54.
60. McLachlan SA, Pintilie M, Tannock IF. Third line chemotherapy in patients with metastatic breast cancer: an evaluation of quality of life and cost. **Breast Cancer Res Treat** 1999; 54:213-23.
61. McPherson K, Steel CM, Dixon JM. ABC of breast diseases. Breast cancer-epidemiology, risk factors, and genetics. **BMJ** 2000; 321:624-8.
62. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa, incidência e mortalidade por câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA; 2002.
63. Mosconi P, Colozza M, De Laurentiis M, De Placido S, Maltoni M. Survival, quality of life and breast cancer. **Ann Oncol** 2001; 12 Suppl 3:15-9.

64. Murray KJ, Nelson DF, Scott C, et al. Quality-adjusted survival analysis of malignant glioma: patients treated with twice-daily radiation (RT) and carmustine: a report of Radiation Therapy Oncology Group (RTOG) 83-02. **Int J Radiat Oncol Biol Phys** 1995; 31:453-9.
65. Nabholz JM, Tonkin K, Swylie M, Mackey J, Janowska-Wieczorek A. Review of docetaxel and doxorubicin-based combinations in the management of breast cancer: from metastatic to adjuvant setting. **Semin Oncol** 1999; 26(1 Suppl 3):10-6.
66. Neto JF, Ferraz MB, Cendoroglo M, Draibe S, Yu L, Sesso R. Quality of life at the initiation of maintenance dialysis treatment--a comparison between the SF-36 and the KDQ questionnaires. **Qual Life Res** 2000; 9:101-7.
67. Norris B, Pritchard KI, James K, et al. Phase III comparative study of vinorelbine combined with doxorubicin versus doxorubicin alone in disseminated metastatic/recurrent breast cancer: National Cancer Institute of Canada Clinical Trials Group Study MA8. **J Clin Oncol** 2000; 18:2385-94.
68. Okamura H, Watanabe T, Narabayashi M, et al. Psychological distress following first recurrence of disease in patients with breast cancer: prevalence and risk factors. **Breast Cancer Res Treat** 2000; 61:131-7.



69. Osoba D. Lessons learned from measuring health-related quality of life in oncology. **J Clin Oncol** 1994; 12:608-16.
70. Outcome Working Group. Health Service Research Committee, American Society of Clinical Oncology. **J Clin Oncol** 1996; 14:671-9.
71. Pelletier G, Verhoef MJ, Khatri N, Hagen N. Quality of life in brain tumor patients: the relative contributions of depression, fatigue, emotional distress, and existential issues. **J Neurooncol** 2002; 57:41-9.
72. Pivot X, Asmar L, Hortobagyi GN, Theriault R, Pastorini F, Buzdar A. A retrospective study of first indicators of breast cancer recurrence. **Oncology** 2000; 58:185-90.
73. Ravdin PM, Green S, Dorr TM, et al. Prognostic significance of progesterone receptor levels in estrogen receptor-positive patients with metastatic breast cancer treated with tamoxifen: results of a prospective Southwest Oncology Group study. **J Clin Oncol** 1992; 10:1284-91.
74. Rizzieri DA, Vredenburgh JJ, Jones R, et al. Prognostic and predictive factors for patients with metastatic breast cancer undergoing aggressive induction therapy followed by high-dose chemotherapy with autologous stem-cell support. **J Clin Oncol** 1999; 17:3064-74.

75. Rosselli Del Turco M, Palli D, Cariddi A, Ciatto S, Pacini P, Distante V. Intensive diagnostic follow-up after treatment of primary breast cancer: a randomized trial. National Research Council Project on Breast Cancer follow-up. **JAMA** 1994; 271:1593-7.
76. Smith TJ, Davidson NE, Schapira DV, et al. American Society of Clinical Oncology 1998 update of recommended breast cancer surveillance guidelines. **J Clin Oncol** 1999; 17:1080-2.
77. Sprangers MA, Groenvold M, Arraras JI, et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer breast cancer-specific quality-of-life questionnaire module: first results from a three-country field study. **J Clin Oncol** 1996; 14:2756-68.
78. Stark DP, House A. Anxiety in cancer patients. **Br J Cancer** 2000; 83:1261-7.
79. Tsavaris N, Kosmas C, Mylonakis N, et al. Parameters that influence the outcome of nausea and emesis in cisplatin based chemotherapy. **Anticancer Res** 2000; 20:4777-83.
80. Vermersch P, de Seze J, Delisse B, Lemaire S, Stojkovic T. Quality of life in multiple sclerosis: influence of interferon-beta1 a (Avonex) treatment. **Mult Scler** 2002; 8:377-81.

81. Wang XS, Cleeland CS, Mendoza TR, et al. The effects of pain severity on health-related quality of life: a study of Chinese cancer patients. **Cancer** 1999; 86:1848-55.
82. Ware JE Jr. SF-36 health survey update. **Spine** 2000; 25:3130-9.
83. Ware JE Jr. Using generic measures of functional health and well-being to increase understanding of disease burden [editorial]. **Spine** 2000; 25:1467.
84. Wedin R, Bauer HC, Rutqvist LE. Surgical treatment for skeletal breast cancer metastases: a population-based study of 641 patients. **Cancer** 2001; 92:257-62.
85. Yamamoto N, Watanabe T, Katsumata N, et al. Construction and validation of a practical prognostic index for patients with metastatic breast cancer. **J Clin Oncol** 1998; 16:2401-8.
86. Younes RN, Gross JL, Deheinzelin D. Follow-up in lung cancer: how often and for what purpose? **Chest** 1999; 115:1494-9.

# **ANEXOS**



# ANEXO I

## Consentimento pós-informado

### CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

ID: |\_|\_|\_|

Eu, \_\_\_\_\_, consinto em participar da pesquisa "Qualidade de Vida em Câncer de Mama Metastático" após ser devidamente esclarecida de que:

- esse consentimento é exclusivo para esta pesquisa, sem possibilidade de extensão do mesmo para outros projetos;
- essa pesquisa se propõe a estudar a variação da qualidade de vida em pacientes portadoras de câncer de mama metastático que se encontram em tratamento, e seus resultados ajudarão na compreensão da minha doença e dos benefícios alcançados pelos diferentes tratamentos utilizados;
- serei entrevistada três vezes, num período de doze semanas, ocasiões em que responderei a questionários relativos à qualidade de vida, sem possibilidade de correr qualquer risco de vida, sem sofrer desconforto ou constrangimento;
- os dados pessoais por mim fornecidos permanecerão confidenciais, não havendo exposição pública dos mesmos;
- não receberei qualquer compensação financeira por minha participação na pesquisa ou por possíveis danos relacionados à mesma;
- tenho o direito de não participar e de que poderei desistir a qualquer tempo, sem que meu tratamento seja prejudicado em caso de recusa ou desistência;
- poderei contactar a Dra. Fernanda Amado, para quaisquer esclarecimentos relativos aos meus direitos como participante na pesquisa e/ou danos relacionados à mesma, pelo telefone 9957-6334; caso não obtenha informações/esclarecimentos suficientes, entrarei em contato com o Coordenador do Comitê de Ética do Hospital do Câncer-SP, pelo telefone 3272-5000, ramais 1113 ou 1117.

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2001


\_\_\_\_\_

**Fundação Antonio Prudente**

**Luiz Fernando Lima Reis**  
Diretor - Pós-Graduação

## ANEXO II

### Short Form 36 (página 1/3)

<p><b>CENTRO DE TRATAMENTO E PESQUISA</b>    <b>HOSPITAL DO CANCER</b>  <small>A. C. CAMARGO</small></p>	<p style="text-align: right;"><b>ID</b>        </p> <p style="text-align: right;">SF        </p> <p style="text-align: right;">SM        </p> <p style="text-align: right;">Total        </p>																																												
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);"><b>Questionário de Qualidade de Vida</b></p> <p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);"><b>SF-36</b></p>																																													
<p><b>Nome</b> _____</p> <p><b>Reg</b>   <b>Tel</b> _____</p> <p><b>Visita</b> ① ② ③ <b>Data</b>                     <b>Próxima visita</b>                    </p>																																													
<p><b>Esta pesquisa é sobre sua saúde. Estas informações nos ajudarão a saber como você se sente e como poderemos ajudá-la. Procure responder a todas as perguntas. Caso você fique em dúvida, marque a resposta que mais se aproxime da sua situação.</b></p>																																													
<p><b>1. Em geral, você diria que sua saúde é:</b></p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td><b>Excelente</b></td> <td><b>Muito boa</b></td> <td><b>Boa</b></td> <td><b>Ruim</b></td> <td><b>Muito ruim</b></td> </tr> <tr> <td>①</td> <td>②</td> <td>③</td> <td>④</td> <td>⑤</td> </tr> </table>		<b>Excelente</b>	<b>Muito boa</b>	<b>Boa</b>	<b>Ruim</b>	<b>Muito ruim</b>	①	②	③	④	⑤																																		
<b>Excelente</b>	<b>Muito boa</b>	<b>Boa</b>	<b>Ruim</b>	<b>Muito ruim</b>																																									
①	②	③	④	⑤																																									
<p><b>2. Comparada com há um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral <u>agora</u>?</b></p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td><b>Muito melhor</b></td> <td><b>Um pouco melhor</b></td> <td><b>Quase a mesma</b></td> <td><b>Um pouco pior</b></td> <td><b>Muito pior</b></td> </tr> <tr> <td>①</td> <td>②</td> <td>③</td> <td>④</td> <td>⑤</td> </tr> </table>		<b>Muito melhor</b>	<b>Um pouco melhor</b>	<b>Quase a mesma</b>	<b>Um pouco pior</b>	<b>Muito pior</b>	①	②	③	④	⑤																																		
<b>Muito melhor</b>	<b>Um pouco melhor</b>	<b>Quase a mesma</b>	<b>Um pouco pior</b>	<b>Muito pior</b>																																									
①	②	③	④	⑤																																									
<p><b>3. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?</b></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Sim, dificulta muito</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Sim, dificulta um pouco</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Não dificulta de modo algum</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. <b>Atividades vigorosas</b>, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar de esportes árduos</td> <td style="text-align: center;">①</td> <td style="text-align: center;">②</td> <td style="text-align: center;">③</td> </tr> <tr> <td>b. <b>Atividades moderadas</b>, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa</td> <td style="text-align: center;">①</td> <td style="text-align: center;">②</td> <td style="text-align: center;">③</td> </tr> <tr> <td>c. Levantar ou carregar mantimentos</td> <td style="text-align: center;">①</td> <td style="text-align: center;">②</td> <td style="text-align: center;">③</td> </tr> <tr> <td>d. Subir <b>vários</b> lances de escada</td> <td style="text-align: center;">①</td> <td style="text-align: center;">②</td> <td style="text-align: center;">③</td> </tr> <tr> <td>e. Subir <b>um</b> lance de escada</td> <td style="text-align: center;">①</td> <td style="text-align: center;">②</td> <td style="text-align: center;">③</td> </tr> <tr> <td>f. Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se</td> <td style="text-align: center;">①</td> <td style="text-align: center;">②</td> <td style="text-align: center;">③</td> </tr> <tr> <td>g. Andar <b>mais de 1 quilômetro</b></td> <td style="text-align: center;">①</td> <td style="text-align: center;">②</td> <td style="text-align: center;">③</td> </tr> <tr> <td>h. Andar <b>vários</b> quarteirões</td> <td style="text-align: center;">①</td> <td style="text-align: center;">②</td> <td style="text-align: center;">③</td> </tr> <tr> <td>i. Andar <b>um</b> quarteirão</td> <td style="text-align: center;">①</td> <td style="text-align: center;">②</td> <td style="text-align: center;">③</td> </tr> <tr> <td>j. Tomar banho ou vestir-se</td> <td style="text-align: center;">①</td> <td style="text-align: center;">②</td> <td style="text-align: center;">③</td> </tr> </tbody> </table>			Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não dificulta de modo algum	a. <b>Atividades vigorosas</b> , que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar de esportes árduos	①	②	③	b. <b>Atividades moderadas</b> , tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa	①	②	③	c. Levantar ou carregar mantimentos	①	②	③	d. Subir <b>vários</b> lances de escada	①	②	③	e. Subir <b>um</b> lance de escada	①	②	③	f. Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	①	②	③	g. Andar <b>mais de 1 quilômetro</b>	①	②	③	h. Andar <b>vários</b> quarteirões	①	②	③	i. Andar <b>um</b> quarteirão	①	②	③	j. Tomar banho ou vestir-se	①	②	③
	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não dificulta de modo algum																																										
a. <b>Atividades vigorosas</b> , que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar de esportes árduos	①	②	③																																										
b. <b>Atividades moderadas</b> , tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa	①	②	③																																										
c. Levantar ou carregar mantimentos	①	②	③																																										
d. Subir <b>vários</b> lances de escada	①	②	③																																										
e. Subir <b>um</b> lance de escada	①	②	③																																										
f. Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	①	②	③																																										
g. Andar <b>mais de 1 quilômetro</b>	①	②	③																																										
h. Andar <b>vários</b> quarteirões	①	②	③																																										
i. Andar <b>um</b> quarteirão	①	②	③																																										
j. Tomar banho ou vestir-se	①	②	③																																										

Short Form 36 (página 2/3)

ID | | | |

Questionário de Qualidade de Vida SF-36

**4.** Durante as **últimas 4 semanas**, você teve alguns dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a. Você diminuiu a <b>quantidade de tempo</b> que dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	①	②
b. Realizou <b>menos tarefas</b> do que você gostaria?	①	②
c. Esteve limitada no seu <b>tipo</b> de trabalho ou em outras atividades?	①	②
d. Teve <b>dificuldade</b> de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex: necessitou de um esforço extra?)	①	②

○

**5.** Durante as **últimas 4 semanas**, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como sentir-se deprimida ou ansiosa?)

	Sim	Não
a. Você diminuiu a <b>quantidade de tempo</b> que dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	①	②
b. Realizou <b>menos tarefas</b> do que você gostaria?	①	②
c. Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto <b>cuidado</b> como geralmente faz?	①	②

○

**6.** Durante as **últimas 4 semanas**, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, vizinhos, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma ①      Ligeiramente ②      Moderadamente ③      Bastante ④      Extremamente ⑤

**7.** Quanta dor no corpo você teve durante as **últimas 4 semanas**?

Nenhuma ①      Muito leve ②      Leve ③      Moderada ④      Grave ⑤      Muito grave ⑥

**8.** Durante as **últimas 4 semanas**, quanto a dor interferiu com o seu trabalho normal? (incluindo tanto o trabalho fora de casa quanto o doméstico)

De forma nenhuma ①      Um pouco ②      Moderadamente ③      Bastante ④      Extremamente ⑤

Short Form 36 (página 3/3)

ID

9. Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as **últimas 4 semanas**. Para cada questão, por favor, dê a resposta que mais se aproxima da maneira que você se sente.

Questionário de Qualidade de Vida SF-36

Em relação às <b>últimas 4 semanas</b> , quanto tempo você tem se sentido...	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a. ...cheia de vigor, cheia de vontade, cheia de força?	①	②	③	④	⑤	⑥
b. ...uma pessoa muito nervosa?	①	②	③	④	⑤	⑥
c. ...tão deprimida que nada pode animá-la?	①	②	③	④	⑤	⑥
d. ...calma ou tranqüila?	①	②	③	④	⑤	⑥
e. ...com muita energia?	①	②	③	④	⑤	⑥
f. ...desanimada e abatida?	①	②	③	④	⑤	⑥
g. ...esgotada?	①	②	③	④	⑤	⑥
h. ...uma pessoa feliz?	①	②	③	④	⑤	⑥
i. ...cansada?	①	②	③	④	⑤	⑥

10. Durante as **últimas 4 semanas**, sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais, como visitar amigos e parentes?

Todo o tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
①	②	③	④	⑤

11. Quão VERDADEIRA ou FALSA é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeira	Verdadeira na maioria das vezes	Não sei	Falsa na maioria das vezes	Definitivamente falsa
a. Costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	①	②	③	④	⑤
b. Sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	①	②	③	④	⑤
c. Acho que a minha saúde vai piorar	①	②	③	④	⑤
d. Minha saúde é excelente	①	②	③	④	⑤

# ANEXO III

## Inventário de Depressão de Beck (página 1/2)

<b>CENTRO DE TRATAMENTO E PESQUISA</b> <b>HOSPITAL DO CANCER</b> <small>A. S. CARNEIRO</small>	<b>ID</b>	<b>Questionário</b>
	<b>SF</b>	
	<b>SM</b>	
	<b>Total</b>	
<b>Nome</b> _____		
<b>Reg</b>                                     <b>Tel</b> _____		
<b>Visita</b> ① ② ③ <b>Data</b>                 <b>Próxima visita</b>		
<p><b>Esta pesquisa é sobre sua saúde. Estas informações nos ajudarão a saber como você se sente e como poderemos ajudá-la. Procure responder a todas as perguntas. Caso você fique em dúvida, marque a resposta que mais se aproxime da sua situação.</b></p>		
<hr/>		
<input type="radio"/>	<b>1.</b>	<b>0.</b> Não me sinto triste <b>1.</b> Eu me sinto triste <b>2.</b> Estou sempre triste e não consigo sair disso <b>3.</b> Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar
<input type="radio"/>	<b>2.</b>	<b>0.</b> Não estou especialmente desanimada quanto ao futuro <b>1.</b> Eu me sinto desanimada quanto ao futuro <b>2.</b> Acho que nada tenho a esperar <b>3.</b> Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar
	<b>3.</b>	<b>0.</b> Não me sinto um fracasso <b>1.</b> Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum <b>2.</b> Quando olho para trás, na minha vida, tudo que posso ver é um monte de fracassos <b>3.</b> Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso
	<b>4.</b>	<b>0.</b> Tenho tanto prazer em tudo como antes <b>1.</b> Não sinto mais prazer nas coisas como antes <b>2.</b> Não encontro um prazer real em mais nada <b>3.</b> Estou insatisfeita ou aborrecida com tudo
<input type="radio"/>	<b>5.</b>	<b>0.</b> Não me sinto especialmente culpada <b>1.</b> Eu me sinto culpada às vezes <b>2.</b> Eu me sinto culpada na maior parte do tempo <b>3.</b> Eu me sinto sempre culpada
	<b>6.</b>	<b>0.</b> Não acho que esteja sendo punida <b>1.</b> Acho que posso ser punida <b>2.</b> Creio que vou ser punida <b>3.</b> Acho que estou sendo punida
	<b>7.</b>	<b>0.</b> Não me sinto decepcionada comigo mesma <b>1.</b> Estou decepcionada comigo mesma <b>2.</b> Estou enojada de mim <b>3.</b> Eu me odeio
	<b>8.</b>	<b>0.</b> Não me sinto de qualquer modo pior que os outros <b>1.</b> Sou crítica em relação a mim devido a minhas fraquezas ou meus erros <b>2.</b> Eu me culpo sempre por minhas falhas <b>3.</b> Eu me culpo por tudo de mal que acontece
	<b>9.</b>	<b>0.</b> Não tenho quaisquer idéias de me matar <b>1.</b> Tenho idéias de me matar mas não as executaria <b>2.</b> Gostaria de me matar <b>3.</b> Eu me mataria se tivesse oportunidade
		<b>1</b>



## Inventário de Depressão de Beck (página 2/2)

ID ( ) ( ) ( ) ( )

Questionário

IDB

10. 0. Não choro mais que o habitual
1. Choro mais agora do que costumava
  2. Agora, choro o tempo todo
  3. Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo mesmo que o queira
11. 0. Não sou mais irritadiça agora do que já fui
1. Fico molestanda ou irritada mais facilmente do que costumava
  2. Atualmente me sinto irritada o tempo todo
  3. Absolutamente não me irrita com as coisas que costumavam irritar-me
12. 0. Não perdi o interesse nas outras pessoas
1. Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas
  2. Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas
  3. Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas
13. 0. Tomo decisões mais ou menos tão bem como em outras épocas
1. Adio minhas decisões mais do que costumava
  2. Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes
  3. Não consigo mais tomar decisões
14. 0. Não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser
1. Preocupo-me por estar parecendo velha ou sem atrativos
  2. Sinto que há mudanças permanentes em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos
  3. Considero-me feia
15. 0. Posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes
1. Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa
  2. Tenho de me esforçar muito até fazer qualquer coisa
  3. Não consigo fazer nenhum trabalho
16. 0. Durmo tão bem quanto de hábito
1. Não durmo tão bem quanto costumava
  2. Acordo uma ou duas horas mais cedo do que de hábito e tenho dificuldade para voltar a dormir
  3. Acordo várias horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldade para voltar a dormir
17. 0. Não fico mais cansada do que de hábito
1. Fico cansada com mais facilidade do que costumava
  2. Sinto-me cansada ao fazer quase qualquer coisa
  3. Estou cansada demais para fazer qualquer coisa
18. 0. Meu apetite não está pior do que de hábito
1. Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser
  2. Meu apetite está muito pior agora
  3. Não tenho mais nenhum apetite
19. 0. Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente
1. Perdi mais de 2,5kg
  2. Perdi mais de 5kg
  3. Perdi mais de 7,5kg
- Estou deliberadamente tentando perder peso ( ) sim ( ) não
20. 0. Não me preocupo mais que o de hábito com a minha saúde
1. Preocupo-me com problemas físicos como dores e aflições ou perturbações no estômago ou prisão de ventre
  2. Estou muito preocupada com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa que não isso
  3. Estou tão preocupada com meus problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa
21. 0. Não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual
1. Estou menos interessada por sexo do que costumava
  2. Estou bem menos interessada em sexo ultimamente
  3. Perdi completamente o interesse por sexo

2

# ANEXO IV

## Ficha de levantamento de Dados

	<b>ID</b>								
<b>CENTRO DE TRATAMENTO E PESQUISA</b>									
<b>HOSPITAL DO CANCER</b>		Nome _____		DN _____					
<small>A. L. CAMARGO</small>		Reg _____	Tel _____						
<b>Ficha de Levantamento de Dados</b>									
<b>Estado Civil</b>	① Solteira	② Casada	③ Divorciada	④ Viúva	⑤ Vive Maritalmente	_			
<b>Escolaridade</b>	① Analfabeta	② Primária	③ Fundamental	④ Média	⑤ Superior	_			
<b>Atividade remunerada</b>	① não	② sim				_			
<b>Data de diagnóstico</b>					_ _ _ _ _				
<b>Estadiamento</b>	① I	② IIa	③ IIb	④ IIIa	⑤ IIIb	⑥ IV	⑦ desc.	_	
<b>Marcadores hormonais</b>	① RE+	② RE-	③ RP+	④ RP-	⑤ desc.			_ _	
<b>Trat. Realizado</b>	① Cir	② Rxt	③ Qt	④ Horm	⑤ outros	⑥ desc.			_ _ _ _ _
<b>Comorbidades</b>	① não				② sim			_	
<b>Med. para comorbidade em uso</b>	① não				② sim			_	
<b>Status menopausal</b>	① pré		② pós	③ desc.				_	
<b>Data do diagnóstico da metástase</b>					_ _ _ _ _				
<b>Local</b>	① subcutânea	② mama	③ mama contra-lateral	④ ossos	⑤ pulmão			_ _ _ _ _	
	⑥ pleura	⑦ fígado	⑧ SNC	⑨ outros				_ _ _ _ _	
<b>Sintomas secundários à metástase</b>	① sim		② não					_	
<b>Tratamento</b>	① Cir	② Rxt	③ Qt	④ Horm	⑤ suporte clínico			_ _ _ _	
<b>Data de início e fim de cada modalidade de tratamento</b>									
① Cir 1	_ _ _ _	② Rxt I1	_ _ _ _	③ Qt I1	_ _ _ _	④ Horm I1	_ _ _ _		
2	_ _ _ _	F1	_ _ _ _	F1	_ _ _ _	F1	_ _ _ _		
3	_ _ _ _	I2	_ _ _ _	I2	_ _ _ _	I2	_ _ _ _		
		F2	_ _ _ _	F2	_ _ _ _	F2	_ _ _ _		
⑤ SC 1	_ _ _ _	I3	_ _ _ _	I3	_ _ _ _	I3	_ _ _ _		
F	_ _ _ _	F3	_ _ _ _	F3	_ _ _ _	F3	_ _ _ _		
<b>Critério de resposta</b>									
2ª visita:		① RC	② RP	③ doença estável	④ progressão				_
3ª visita:		① RC	② RP	③ doença estável	④ progressão				_
<b>SF-36</b>									
<b>1ª visita:</b>	<b>2ª visita:</b>		<b>3ª visita:</b>						
data	_ _ _ _	data	_ _ _ _	data	_ _ _ _				
Físico	_ _	Físico	_ _	Físico	_ _				
Mental	_ _	Mental	_ _	Mental	_ _				
Total	_ _ _	Total	_ _ _	Total	_ _ _				
<b>IDB</b>									
<b>1ª visita:</b>	<b>2ª visita:</b>		<b>3ª visita:</b>						
data	_ _ _ _	data	_ _ _ _	data	_ _ _ _				
Total	_ _ _	Total	_ _ _	Total	_ _ _				
<b>ECOG</b>									
	①	②	③	④	⑤				
<b>1ª visita:</b>	_	<b>2ª visita:</b>	_	<b>3ª visita:</b>	_				

## ANEXO V

### Performance Status (ECOG)



#### Performance Status

#### ECOG      CARACTERÍSTICAS

- |          |  |
|----------|--|
| <b>0</b> | Totalmente ativo, capaz de desempenhar todas as atividades pré-doença, sem restrição.  |
| <b>1</b> | Restrito em atividade física vigorosa, mas pode caminhar, e é capaz de realizar trabalho de natureza leve ou sedentária, p. ex. trabalho doméstico leve, trabalho em escritório. |
| <b>2</b> | Pode caminhar, e é capaz de cuidar de si mesmo totalmente, mas não consegue realizar quaisquer atividades de trabalho. Ativo por mais de 50% das horas em que fica acordado.     |
| <b>3</b> | Capaz de cuidar de si mesmo de forma limitada, confinado à cama ou à cadeira por mais de 50% das horas em que fica acordado.   |
| <b>4</b> | Totalmente incapacitado. Não consegue cuidar de si mesmo de maneira alguma. Totalmente confinado à cama ou à cadeira.  |

ID	Nome	REG	DN	Entr-1	Entr-2	Entr-3	EC	Esc	AR	RE	Cm	SM	Met	Sin	Trat	RT	PS-1	PS-2	PS-3	IDB-1	IDB-2	IDB-3	SF36-1	SF36-2	SF36-3
2	MGFF	0102065-0	21/11/53	11/05/01	08/06/01	26/07/01	3	5	1	1	0	1	12479	1	3	2	2	1	1	15	12	7	246,50	381,00	494,00
3	MARF	0101950-3	01/07/54	17/05/01	21/06/01	27/07/01	2	4	1	1	0	1	49	1	3	2	1	1	1	10	6	9	388,00	514,50	707,00
4	NLS	9504078-1	11/08/38	29/05/01	28/06/01	14/08/01	2	4	0	1	0	2	457	1	3	4	0	1	0	17	17	4	546,00	421,83	735,00
5	EFS	0102064-1	06/04/60	30/05/01	06/07/01	24/08/01	3	4	1	1	0	1	1	1	24	2	2	1	1	15	12	2	289,83	446,00	732,00
8	AMCG	9800184-1	08/10/53	04/06/01	11/07/01	22/08/01	2	4	0	1	1	1	4	1	4	3	1	0	0	5	18	7	446,50	591,50	740,00
9	MLS	0102388-8	13/07/56	06/06/01	05/07/01	29/08/01	1	2	1	1	0	1	4	1	124	2	4	2	1	11	16	16	294,00	220,00	335,50
10	MJSL	9801631-8	24/09/41	07/06/01	17/07/01	20/08/01	2	3	0	0	1	2	15	1	3	4	1	1	1	15	18	19	346,83	275,00	252,00
11	MAGG	0102191-5	25/03/44	18/06/01	18/07/01	31/08/01	2	5	0	1	0	2	4	1	4	2	1	0	0	6	3	1	658,33	734,00	774,00
12	AAN	0102601-1	30/03/35	18/06/01	18/07/01	31/08/01	4	2	0	1	1	2	5	1	4	2	2	1	1	5	0	0	404,00	574,00	689,00
13	BGVL	9900756-8	26/08/36	18/06/01	03/08/01	12/09/01	2	5	0	1	0	2	7	0	3	3	0	0	0	1	4	1	741,00	621,00	534,50
14	EG	9701243-2	03/07/27	19/06/01	01/08/01	12/09/01	4	2	0	0	0	2	6	1	13	2	2	1	1	10	9	10	354,50	635,00	461,33
15	NAGS	9804018-9	18/01/54	12/07/01	24/08/01	05/10/01	2	5	1	0	0	1	4	1	3	4	0	0	0	15	15	10	517,66	403,33	583,66
16	DAS	9403366-8	13/10/53	13/07/01	23/08/01	26/09/01	2	2	0	0	0	1	12456	1	3	2	1	1	0	12	6	8	323,00	416,50	593,00
17	EVF	0000389-1	03/11/39	20/07/01	21/08/01	27/09/01	3	4	0	0	0	2	159	1	3	4	0	0	1	10	8	10	663,00	709,00	455,50
18	MCAV	0102546-5	06/11/60	16/08/01	28/09/01	09/11/01	2	3	0	0	0	1	139	1	3	2	1	0	0	26	13	7	478,00	527,50	743,00
19	YVA	9504803-0	27/09/26	23/08/01	18/09/01	14/11/01	2	2	0	9	1	2	4	1	24	3	2	2	2	14	7	7	397,00	397,50	391,00
20	IAAO	0004600-0	23/10/41	28/08/01	12/10/01	22/11/01	1	4	0	0	1	2	4	1	5	2	1	0	1	9	16	32	585,00	605,00	431,00
22	NMCM	8600335-6	01/12/46	01/10/01	13/11/01	28/12/01	3	5	0	9	1	1	369	1	14	3	1	1	1	11	3	1	465,50	623,00	719,00
24	RJO	0101393-9	12/11/55	11/10/01	05/11/01	02/01/02	1	4	1	1	0	1	4	1	4	3	1	1	1	16	20	16	334,33	347,83	399,50
27	RPFS	9800080-2	10/04/69	18/10/01	26/11/01	08/01/02	2	3	1	0	0	1	13	0	3	3	0	0	0	1	1	0	709,00	677,50	762,00
28	AF	8603770-6	12/11/35	24/10/01	26/11/01	18/01/02	1	2	0	9	1	2	5	0	4	3	0	0	0	5	6	2	696,00	703,00	717,00
29	AMMFC	0104689-6	16/01/53	26/11/01	04/01/02	18/02/02	2	5	1	0	0	1	156	0	4	2	0	0	0	15	14	11	526,33	674,66	685,00
30	LPS	8804878-0	30/07/46	26/11/01	08/01/02	15/02/02	2	2	0	1	0	1	14	1	3	1	1	0	0	8	7	7	457,50	621,00	573,00
31	DRG	0104840-6	17/02/35	29/11/01	03/01/02	05/02/02	4	2	1	1	1	2	4	1	14	1	2	2	1	14	14	5	392,00	353,00	466,50
32	ZSR	0104367-6	30/04/66	11/12/01	21/01/02	06/03/02	1	3	1	9	1	1	146	1	13	4	2	3	3	53	30	32	200,00	142,00	227,00
34	SMR	9803305-0	28/05/72	19/12/01	18/01/02	07/03/02	1	4	1	0	0	1	1457	1	23	4	1	1	2	13	13	11	383,00	343,50	439,00
35	MCS	9900224-8	29/01/49	21/12/01	21/01/02	26/02/02	2	2	1	0	1	2	1	1	3	4	2	1	0	30	26	12	205,00	200,50	314,66
37	LAM	0103935-0	28/07/50	27/12/01	07/02/02	14/03/02	3	5	1	1	0	2	47	0	3	3	0	0	0	5	6	4	605,00	754,00	730,00
38	RLFM	9801858-2	09/05/54	09/01/02	19/02/02	19/03/02	4	4	1	0	0	1	6	1	3	2	1	1	1	13	4	2	493,00	487,00	589,00
40	MNFJ	9904412-9	01/03/60	15/01/02	19/02/02	04/04/02	2	2	0	0	1	1	469	1	12	4	4	3	2	20	19	12	191,50	329,00	370,50
41	KKW	7904028-4	08/03/26	28/01/02	27/02/02	08/04/02	4	4	1	0	1	2	7	1	3	4	3	3	4	21	18	23	180,50	273,00	97,00
43	ESCM	0200067-9	30/06/67	01/02/02	14/03/02	24/04/02	2	5	1	0	0	1	15	1	3	4	1	2	3	7	18	19	440,00	257,50	228,50
44	MLSM	0100071-3	23/07/29	15/02/02	13/03/02	22/04/02	4	2	0	1	1	2	134	1	24	4	3	2	2	30	22	21	48,00	384,00	361,00
45	RGC	9901551-0	23/12/38	25/02/02	03/04/02	16/05/02	1	5	1	1	0	2	5	1	3	3	2	1	2	4	2	15	358,00	316,50	317,50
46	APGAS	0100631-2	11/01/66	13/03/02	24/04/02	05/06/02	5	4	1	1	0	1	4	1	12	3	1	2	1	1	5	1	736,50	496,50	639,00
47	WLC	9004727-3	04/02/54	13/03/02	24/04/02	03/06/02	2	5	1	9	0	1	4	1	24	3	2	1	1	8	13	7	361,00	482,00	431,00
48	JPS	0102023-4	28/04/63	14/03/02	24/04/02	05/06/02	3	2	0	0	0	1	1	1	3	2	1	2	1	23	19	17	270,50	343,33	475,33
49	LSF	9403975-5	06/03/32	13/03/02	22/04/02	05/06/02	2	2	0	9	0	2	15	1	3	2	1	1	1	15	3	5	362,33	588,50	485,00
50	NAO	9801534-6	23/02/36	05/04/02	07/05/02	17/06/02	1	5	0	0	1	2	4	0	3	3	0	0	0	1	0	2	775,00	779,00	779,00
51	NMSO	9600987-0	09/01/48	12/04/02	13/05/02	19/06/02	2	4	0	0	0	1	1	0	3	2	0	1	0	12	17	16	677,00	529,00	647,66

## LEGENDA:

ID: Identificação da paciente • Nome: Iniciais da paciente • REG: registro hospitalar • DN: data de nascimento • Entr-1 a 3: Data das três entrevistas, respectivamente • EC: estado civil (1- solteira, 2- casada, 3- divorciada, 4- viúva, 5- vive maritalmente) • Esc: escolaridade (1- analfabeta, 2- primária, 3- fundamental, 4- média, 5- superior) • AR: atividade remunerada (0- não, 1- sim) • RE: receptor estrogênico (0- negativo, 1- positivo, 9- desconhecido) • Cm: comorbidades (0- não, 1- sim) • SM: status menopausal (1- pré-menopausa, 2- pós-menopausa) • Met: sítios metastáticos (1- subcutânea, 2- mama, 3- mama contra-lateral,

4- ossos, 5- pulmão, 6- pleura, 7- fígado, 9- outros) • Sin: sintomas (0- ausentes, 1- presentes) • Trat: tratamento realizado (1- cirurgia, 2- radioterapia, 3- quimioterapia, 4- hormonioterapia, 5- suporte clínico) • RT: resposta ao tratamento (1- resposta completa, 2- resposta parcial, 3- doença estável, 4- doença em progressão) • PS-1 a 3: performance status, segundo ECOG, em cada uma das entrevistas, respectivamente • IDB-1 a 3: escore do Inventário de Depressão de Beck em cada uma das entrevistas, respectivamente • SF36-1 a 3: escore do Short Form 36 em cada uma das entrevistas, respectivamente