

Qualidade de vida em mulheres mastectomizadas

Quality of life in mastectomized women

Aline Raquel Brito Paiva¹, Cinara Regina Aragão Vieira Monteiro²

Resumo: Introdução: O câncer de mama é a neoplasia de maior incidência entre as mulheres e com alto índice de mortalidade. A mastectomia é uma abordagem terapêutica cirúrgica eficaz, porém pode proporcionar sequelas na qualidade de vida nas pacientes. **Objetivo:** Avaliar qualidade de vida em mulheres mastectomizadas. **Materiais e Métodos:** Foi aplicado um questionário em pacientes atendidas em um hospital de referência em oncologia, contemplando dados clínicos e sócio-demográficos e o SF-36 para avaliação da qualidade de vida. O estudo foi aprovado pelo comitê de ética da Universidade Ceuma. **Resultados:** A faixa etária mais acometida foi de 51 a 60 anos (32,5%), mulheres de raça branca (47,5%), com grau de escolaridade de nível médio (45%) e profissionais da lavoura (25%), acompanhadas no setor ambulatorial do hospital (97,5%). O lado mamário esquerdo foi o mais acometido (40%) e o tratamento mais realizado foi a associação da quimioterapia com a cirurgia (55%). O domínio de qualidade de vida mais comprometido foi o de limitação por aspectos emocionais associado ao tipo de cirurgia, em particular a mastectomia total ($p < 0,05$). **Conclusão:** Tais resultados reforçam a necessidade de uma reabilitação globalizada das pacientes no pós-operatório de mastectomização.

Palavras-chave: Câncer de mama, mastectomia, qualidade de vida.

Abstract: Introduction: Breast cancer is the most prevalent neoplasm among women and with a high mortality rate. Mastectomy is an effective surgical therapeutic approach, but may provide sequelae in patients' quality of life. **Objective:** To evaluate quality of life in mastectomized women. **Materials and Methods:** A questionnaire was applied in patients attending a reference hospital in oncology, including clinical and socio-demographic data and the SF-36 to evaluate the quality of life. The ethics committee of the Ceuma University approved the study. **Results:** The most affected age group was 51 to 60 years old (32.5%), white women (47.5%), medium level of education (45%) and professionals in the field (25%), accompanied in the outpatient sector of the hospital (97.5%). The left breast side was the most affected (40%) and the most used treatment was the association of chemotherapy with surgery (55%). The domain of the most compromised quality of life was the limitation for emotional aspects associated with the surgery type, in particular the total mastectomy ($p < 0.05$). **Conclusion:** These results reinforce the need for a globalized rehabilitation of patients in the postoperative period of mastectomization.

Key words: Breast cancer, mastectomy, quality of life.

1- Discente do curso de Fisioterapia - Universidade CEUMA, São Luís – Maranhão, Brasil.

2- Preceptora de estágio hospitalar do curso de Fisioterapia - Universidade CEUMA, São Luís – Maranhão, Brasil.

Introdução

O câncer é um grande problema de saúde pública no mundo. A neoplasia maligna de mama é a mais prevalente entre as mulheres. Nos Estados Unidos da América (EUA), essa enfermidade é a mais comum entre as mulheres, estima-se 61.000 novos casos de carcinoma de mama feminino, e juntamente com os cânceres de pulmão e cólon retal correspondem a 46% de causa de morte por câncer⁶. No Brasil, a neoplasia mamária é considerada a mais prevalente, principalmente entre mulheres de 40 e 69 anos. De acordo com o Instituto Nacional do Carcinoma (INCA), nos estados brasileiros, esta doença possui grande representatividade, onde a região Sudeste se destaca com 65 novos casos por 100.000 mulheres/ano¹¹.

Os fatores de riscos mais comuns são a idade, histórico familiar, e modificações endócrinas, comportamentais, ambientais, genéticas e hereditárias. A vida reprodutiva tem sido intimamente relacionada à incidência de casos da doença, evidências consistentes apontam que a nuliparidade, terapia hormonal na menopausa e período prolongado entre a menarca e o primeiro parto são fortes condições de risco. A amamentação consiste em um fator protetor para o câncer mamário¹.

As modalidades terapêuticas incluem quimioterapia, radioterapia, cirurgia e hormonioterapia. A mastectomia se caracteriza pela retirada parcial ou total da mama, a depender da necessidade e comprometimento. O tratamento cirúrgico pode ser complementado pelas outras definição terapêutica é determinada pela possibilidade do

tumor em responder ao tratamento e ao aumento da sobrevida. As limitações funcionais e emocionais decorrentes da mastectomização interferem na qualidade de vida das mulheres¹⁵.

A mulher portadora de câncer de mama evolui ao pensamento relacionado a morte ou com desfecho infeliz, que passa a ter alterações do seu papel feminino na sociedade com sofrimento por pela perda de parte do seu corpo, desencadeando doenças futuras como depressão, ansiedade e o medo exacerbado³.

A reabilitação dessas alterações depende da extensão da área atingida e da gravidade da doença, porém visa essencialmente recuperar as funções comprometidas, prolongar a sobrevida e melhorar a qualidade de vida dessas pacientes em todas as etapas do tratamento oncológico^{7, 2, 12, 10}. Em cada etapa, a conduta fisioterapêutica deve ser traçada com orientações domiciliares e tratamentos específicos para recuperação funcional, evitar aderência cicatricial e minimizar o linfedema^{2,8}.

Este estudo objetivou avaliar a qualidade de vida das mulheres mastectomizadas e contribuiu para identificar quais aspectos são mais afetados pelo procedimento cirúrgico que interferem na manutenção da funcionalidade.

Materiais e Métodos

Trata-se de um estudo epidemiológico, qualitativo, descritivo, observacional e transversal, realizada com um grupo de 40 mulheres, mastectomizadas,

com idade igual e/ou a superior a 18 anos, que aceitaram participar da pesquisa assinando o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), atendidas e acompanhadas no Hospital Tarquínio Lopes Filho, em São Luís – Maranhão.

A coleta dos dados foi feita através da aplicação de um questionário, preenchido parcialmente pela pesquisadora e parcialmente pelas pacientes, porém sob supervisão da pesquisadora. O questionário contempla dados sócio-demográficos, dados clínicos e SF 36 desenvolvido em 1992 por Ware e Sherbourne e validado no Brasil por Ciconelli et al. (2011) para avaliação da qualidade de vida. Os dados em que o paciente não soube responder foram colhidos através dos prontuários disponíveis nas enfermarias ou setor de quimioterapia. A avaliação da qualidade de vida contempla 8 domínios: dor, saúde mental, vitalidade, aspectos físicos, capacidade funcional, estado geral, aspectos sociais e aspectos emocionais.

Os dados foram avaliados pelo programa NCSS 11 (2016). Inicialmente foi feita a estatística descritiva de todas as variáveis através de gráficos e tabelas de frequências. Com estimativas de média, desvio-padrão, máximo e mínimo das variáveis numéricas e das variáveis ordinais (qualidade de vida) estimou-se as medianas e o intervalo interquartil. Posteriormente, para se avaliar associação das variáveis clínicas e qualidade de

vida. Para avaliar a correlação foi realizado o teste não paramétrico de Spearman. O nível de significância para se rejeitar a hipótese de nulidade será de 5%, ou seja, considerar-se-á como estatisticamente significativo um valor de $p < 0,05$.

Esta pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética da Universidade CEUMA, através do parecer N° 2.145.270.

Resultados

A amostra da pesquisa foi composta por 40 pessoas mulheres, mastectomizadas, assistidas no Hospital de Tarquínio Lopes Filho, referência oncológica no estado. As características sócio - demográficas estão demonstradas na Tabela 1.

As características clínicas sobre o tipo de câncer, tempo de doença, presença e localização de metástase, e tipo de tratamento e cirurgia realizados estão descritos na tabela 2.

A avaliação da qualidade de vida evidenciou que a capacidade funcional, limitação por aspectos físicos e emocionais foram os domínios mais afetados neste grupo de mulheres mastectomizadas como demonstrado na tabela 3.

A limitação por aspectos emocionais demonstrou associação quanto ao tipo de procedimento cirúrgico onde a mastectomia total apresentou maior comprometimento deste domínio ($p = 0,026$).

Tabela 1: Dados sócio - demográficos de mulheres mastectomizadas

Variáveis	n	%
Idade		
< 31	5	12,5
31 - 40	10	25,0
41 - 50	6	15,0
51 - 60	13	32,5
> 60	6	15,0
Cor/Raça		
Branca	19	47,5
Parda	10	25,0
Negra	11	27,5
Escolaridade		
Analfabeto	2	5,0
Ens. Fundam. Incompleto	9	22,5
Ens. Médio Completo	18	45,0
Ens. Superior Completo	11	27,5
Atividade profissional		
Lavradora	10	25,0
Dona de casa	8	20,0
Pedagoga	5	12,5
Doméstica	4	10,0
Enfermeira	2	5,0
Outros	11	27,5
Procedência		
Ambulatorial	39	97,5
Internação	1	2,5
Total	40	100,0

Tabela 2: Dados clínicos sobre o câncer mamário das pacientes mastectomizadas.

Variáveis	n	%
Tipo de câncer		
Direito	15	37,5
Esquerdo	16	40,0
Bilateral	8	20,0
Ignorado	1	2,5
Tempo da doença (anos)		
< 1	2	5,0
1	13	32,5
1-2	16	40,0
2-3	4	10,0
> 3	5	12,5
Metástase		
Sim	19	47,5
Não	19	47,5
Ignorado	2	5,0
Localização		
Não especificou	21	52,5
Pulmão	13	32,5
Fígado	2	5,0
Coluna	1	2,5
Crânio	1	2,5
Olhos	1	2,5
Ossos	1	2,5
Tipo de tratamento		
Quimioterapia e Cirurgia	22	55,0
Quimioterapia, Radioterapia e Cirurgia	18	45,0
Tipo de cirurgia		
Mastectomia total	19	47,5
Quadrantectomia	17	42,5
Mastectomia total e Quadrantectomia	4	10,0
Total	40	100,0

Tabela 3: Dados da avaliação da qualidade de vida da amostra estudada.

Variáveis	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Capacidade Funcional	40	0	100	32,00	29,41
Saúde Mental	40	0	100	56,10	28,26
Limitação Física	40	0	75	4,38	16,88
Limitação Emocional	40	0	100	27,25	18,23
Aspectos Sociais	40	12	100	64,08	25,40
Dor	40	10	100	61,40	24,44
Estado Geral de Saúde	40	5	97	62,13	23,75
Vitalidade	40	0	100	53,00	24,38

Discussão

As principais alterações encontradas nesse estudo em relação aos domínios da qualidade de vida com maior comprometimento foram limitação por aspectos físicos, limitação por aspectos emocionais e a capacidade funcional.

Dor no ombro, diminuição da ADM, dificuldade na realização de exercícios físicos e/ou atividades diárias, câimbra no membro superior homolateral à cirurgia, diminuição da força muscular com diminuição para os movimentos de abdução, flexão e rotação lateral do ombro homolateral foram observados em pacientes mastectomizadas, corroborando com os resultados do estudo realizado reforçando o aparecimento de sequelas da motricidade e funcional após a cirurgia. Na avaliação da qualidade de vida (SF 36) foi demonstrado maior comprometimento nos domínios de limitação por aspectos físicos, vitalidade e dor ^{13,16}.

A aplicação de um protocolo de exercícios em um grupo de mulheres submetidas ao tratamento oncológico mamário resultou em melhora nos aspectos clínicos e funcionais, evitando declínio nos domínios da qualidade de vida ¹⁴.

A vida amorosa, atividade laboral e situação econômica de mulheres jovens mastectomizadas sofreram impacto negativo após a cirurgia. A médio e longo prazo houve declínio significativo do estado geral de saúde, aspectos físicos, capacidade funcional e surgimento de dor. O câncer de mama e seu tratamento provocam alterações e limitações que afetam significativamente a vida das pacientes a curto, médio e longo prazo ⁵.

O câncer de mama é o câncer mais temido entre as mulheres, pelo fato do trauma psicológico que a doença desenvolve, quanto ao tratamento e ao medo da mutilação e distorção da autoimagem, comprometendo o aspecto físico, psicológico e social; pois a mama apresenta grande importância para o corpo da mulher como parte simbólica e característica da imagem feminina, faz relação com a sexualidade e também com a função de mulher na sociedade ⁹.

Conclusão

Após a realização do estudo percebeu-se a importância da assistência multidisciplinar global no acompanhamento pós-operatório de

mulheres mastectomizadas, com ênfase na reabilitação. A mastectomia acarreta diversas alterações nos aspectos psicológicos, sexuais, laborais, sociais e funcionais, é importante que essas alterações sejam identificadas precocemente para prevenção de complicações futuras que possam comprometer a qualidade de vida das mulheres submetidas à cirurgia de mama.

Agradecimentos: Primeiramente a Deus por ter permitido que chegasse até aqui com saúde e força para superar as dificuldades, aos meus pais por ter me incentivado e concedido os estudos, a minha orientadora Cinara Aragão por tanto zelo, dedicação e confiança para elaboração deste trabalho e por fim as minhas amigas Taise e Hellen que estiveram comigo nessa jornada, vocês com certeza fazem parte dessa vitória.

Conflito de interesses: nada a declarar.

Referências

1. Anderson KN, Schwab RB, Martinez ME. Reproductive risk factors and breast cancer subtypes: a review of the literature. **Breast Cancer Res Treat**, 2014; 144:1–10
2. Bergmann A, Ribeiro MIP, Pedrosa E, Nogueira EA, Oliveira ACG. Fisioterapia em mastologia oncológica: rotinas do Hospital do Câncer III/INCA. **Rev Bras Cancerol** 2006; 52:97-109.
3. Caetano, AJ. Soares, E. Mulheres mastectomizadas diante do processo de adaptação do self-físico e self-
pessoal. **Revista Enfermagem** 2005; 210-216.
4. Ciconelli RM, Campolina AG, Bortoluzzo AB, Ferraz MB. Validação da versão brasileira do questionário genérico de qualidade de vida short-form 6 dimensions (SF -6D Brasil). **Ciência e Saúde Coletiva** 2011; 16:3103-3110.
5. Conde CR, Lemos TMR, Pozati MPS, Ferreira MLSM. A repercussão do diagnóstico e tratamento do câncer de mama no contexto familiar. **Investigação Qualitativa em Saúde//Investigación Cualitativa en salud//Atas CIAIQ** 2016; 2:1544-1553.
6. DeSantis CE, MA J, Sauer AG, Newman LA, Jemal A. Breast Cancer Statistics, 2017, Racial Disparity in Mortality by State. **Ca Cancer J Clin**, 2017; 67:439-448.
7. Duarte TP, Andrade AN. Enfrentando a Mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade. **Estudos de Psicologia** 2006; 8:155-1635.
8. Fabro EAN, Costa RM, Oliveira JF, Lou MBA, Torres DM, Ferreira FO, Macedo FO, Carvalho CM, Ribeiro MJP, Bergman A. Atenção fisioterapêutica no controle do linfedema secundário ao tratamento do câncer de mama: rotina do Hospital do Câncer III/Instituto Nacional do Câncer. **Revista Brasileira Mastologia**, 2016; 26:4-8.
9. Gouveia PF, Gonzalez EO, Grer PA, Fernandes Ca, Lima MC. Avaliação da amplitude de movimento e força da cintura escapular em pacientes de pós-operatório tardio de mastectomia radical modificada. **Revista Fisioterapia e Pesquisa** 2008;15:172-6.

10. Grant A, Walton SI, Knapik G, Collacutt VI, Brigden M. Rehabilitative medicine and physiotherapy services in community oncology. **Feature** 2017, 16:10-15.
11. INCA. Instituto Nacional de Câncer. Câncer de mama: é preciso falar disso. / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – 4. ed. – Rio de Janeiro: **Inca**, 2016.
12. Kabak VY, Tas N, Ekinci Y, Uysal SA, Düger T. Investigation on The Physical and Functional Needs in Adult Cancer Patients Consulted to Physiotherapy and Rehabilitation. **Turkish Journal of Oncology** 2016; 31:104-108.
13. Lahoz MA, Nyssen SM, Correia GN, Garcia Apu, Driusso P. Capacidade Funcional e Qualidade de Vida em Mulheres Pós Mastectomizadas. **Revista Brasileira de Cancerologia** 2010; 56:423-430.
14. Leites GT, Knorst MR, Lima CHLI, Zerwes FP, Frison VP. Fisioterapia em oncologia mamária: qualidade de vida e evolução clínico funcional. **Revista Ciência & Saúde** 2010; 3:14-21.
15. Silva CB, Albuquerque V, Leite J. Qualidade de vida em pacientes portadoras de neoplasia mamária submetidas a tratamentos quimioterápicos. **Revista Brasileira Cancerologia** 2010; 56:227-36.
16. Vieira RAC, Silva FCB, Biller G, Silva JJ, Paiva CE, Sarri AJ. Instrumentos de avaliação quantitativa e qualitativa das sequelas relacionadas ao tratamento de câncer de mama. **Revista Brasileira Mastologia** 2016; 26:126-132.