QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES APÓS RETIRADA DO CÂNCER DE MAMA

Bruna Sandoval Fonseca[1], Marlúcia de Freitas Malta[2], Amanda Azevedo Fumagalli[3], Alessandra Fernandes Loureiro[4], Cláudia Oliveira[5].

recebido em 13/05/2019
aceito em 03/07/2019

[1]Fisioterapeuta, formada pela Universidade Santa Cecília (UNISANTA) – Santos /SP.
[2,3]Acadêmicas do 7º semestre do curso de Fisioterapia da Universidade Santa Cecília (UNISANTA) – Santos /SP.
[4]Fisioterapeuta, docente do curso de Fisioterapia da UNISANTA – Santos/SP.
[5]Fisioterapeuta, docente do curso de Fisioterapia, supervisora de estágio de saúde da mulher na clínica da UNISANTA – Santos/SP.

RESUMO: Avaliar a qualidade de vida em mulheres após retirada do câncer de mama e identificar possíveis queixas associadas ao tratamento pós cirurgia. Trata-se de um estudo observacional transversal do tipo descritivo onde foram avaliadas 25 mulheres com idade entre 30 e 80 anos e que realizaram cirurgia para retirada do câncer de mama. A amostra foi composta por mulheres que frequentavam o Instituto Neo Mama localizado na cidade de Santos. Para a avaliação da qualidade de vida foi utilizado o questionário Whoqol-Bref que é composto de 26 questões, classificadas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Na análise dos dados lê-se que a avaliação da qualidade de vida de 1 até 2,9 necessita melhorar (0), de 3 até 3,9 regular (73,08%), de 4 até 4,9 boa (26,92%) e 5 muito boa (0). Os resultados da presente pesquisa sugerem que a qualidade de vida em mulheres após a retirada do câncer de mama, classifica-se em sua maioria (73,08%) como regular, apontando alguns itens que necessitam melhorar como dor e desconforto, energia /fadiga, auto-estima, imagem corporal/ aparência e suporte social.

PALAVRAS-CHAVE: Câncer de mama; fisioterapia; mulheres; mastectomia; qualidade de vida.

ABSTRACT: To evaluate the quality of life in women after breast cancer removal and to identify possible complaints associated with treatment after surgery. This is a descriptive cross-sectional observational study in which 25 women aged 30 to 80 years who underwent surgery to remove breast cancer were evaluated. The sample consisted of women who attended the Neo Mama Institute located in the city of Santos. To assess quality of life, the Whoqol-Bref questionnaire was used, which is composed of 26 questions, classified into four domains: physical, psychological, social relations and environment. The data analysis shows that the quality of life assessment from 1 to 2.9 needs to improve (0), from 3 to 3.9 regular (73.08%), from 4 to 4.9 good (26, 92%) and 5 very good (0). The results of the present research suggest that the quality of life in women after breast cancer withdrawal is mostly classified (73.08%) as fair, pointing out some items that need improvement such as pain and discomfort, energy / fatigue. , self-esteem, body image / appearance and social support.

KEYWORDS: Breast cancer; physiotherapy; women; mastectomy; quality of life.

1. INTRODUÇÃO

O câncer de mama é um tumor maligno que se desenvolve nas células do tecido mamário. O tumor maligno consiste num grupo de células alteradas que pode invadir os tecidos vizinhos e gerar metástases para outros órgãos do corpo [1].

Esse é provavelmente o tipo de câncer mais temido entre as mulheres, em decorrência de sua elevada freqüência, mas também pelos seus efeitos psicológicos que afetam a própria imagem pessoal. A incidência deste tipo de câncer acima dos 35 anos de idade cresce rápida e progressivamente [2].

Segundo dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA), o câncer de mama é a primeira causa de mortes em mulheres no Brasil e é o segundo tipo de câncer mais frequente no mundo, o mais comum entre as mulheres respondendo por 22% dos casos novos a cada ano. O INCA estima 52.680 novos casos em 2012 [2].

Dados da literatura indicam que a neoplasia de mama é resultado da interação de fatores genéticos com estilo de vida, hábitos reprodutivos e fatores ambientais [3]. Na maioria das vezes, o diagnóstico é estabelecido em uma fase tardia da doença, isso se deve a uma política ineficaz de controle e rastreamento da doença, que tem na mamografia, aliada ao exame clínico das mamas e ao auto-exame, seus instrumentos fundamentais [4].

Houve uma grande evolução nos últimos 20 anos quanto ao tratamento dessa patologia, onde as cirurgias são menos radicais e a terapêutica complementar, como a radioterapia, quimioterapia e hormonioterapia têm uma abordagem equilibrada no que diz respeito à dose, efeitos secundários e eficácia do tratamento [5].

Entre os métodos mais utilizados está a mastectomia, muitas vezes mutiladora, podendo conduzir a mulher a alterações na sua auto-imagem, perda funcional, alterações psíquicas, emocionais e sociais [4].

No final do século XIX, uma técnica inovadora de remoção cirúrgica foi iniciada, como sendo muito promissora para a cura do câncer de mama. Esta técnica, denominada mastectomia radical, consiste na retirada total da mama afetada pelo câncer e, por ser considerado um tratamento cirúrgico e traumático para a mulher, atualmente vêm sendo substituído por outras cirurgias que evitam a mutilação. Essas inovações contribuíram para que a mastectomia não representasse a única forma de tratamento para o câncer de mama, dando lugar a cirurgias que preservem o corpo da mulher, como

a quadrantectomia (a cirurgia retira o tumor, uma parte do tecido normal que o envolve e o tecido que recobre a mama abaixo do tumor) e lumpectomia (remove apenas o nódulo mamário e uma margem adjacente de tecido normal)[6].

A resposta à mutilação é individual e pode estar relacionada a fatores como idade, auto-imagem, estado emocional e situação sócio-econômica. A mastectomia requer, como em qualquer mutilação, cuidados da cirurgia e apoio emocional, para uma melhor compreensão, adaptação e aceitação da auto-imagem [7, 8, 9].

Portanto, entende-se que o peso de uma doença mamária implica em uma grande carga emocional para a paciente, seu parceiro, seus familiares e amigos [9, 10].

Outros autores ressaltam ainda que o câncer de mama representa uma ameaça em vários níveis, e, que os efeitos deletérios dessa doença (o medo da morte, da rejeição, de ser estigmatizada, da mutilação, da recidiva, dos efeitos da quimioterapia, incerteza quanto ao futuro e outros) têm preocupado os profissionais da saúde envolvidos com a qualidade de vida das pacientes [11, 12].

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define qualidade de vida como a "percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações". A qualidade de vida pode ser avaliada do ponto de vista do paciente, referindo-se à apreciação dos pacientes e satisfação com o seu nível funcional, comparado com o que ele percebe como sendo possível ou ideal. Dessa forma, a avaliação da qualidade de vida global inclui os funcionamentos físico, psicológico, social, sexual e espiritual, incluindo ainda nível de independência, ambiente e crenças pessoais [13].

O diagnóstico e o tratamento do câncer de mama podem afetar de maneira muito singular os vários domínios de qualidade de vida, envolvendo desde o bem estar psicológico, sexual e físico [7, 14].

Para avaliar uma paciente mastectomizada como um todo devem ser examinados vários aspectos: o grau dos sintomas, o estado emocional, o estado do humor e a adaptação à nova aparência física. Esses aspectos podem ser medidos por meio de instrumentos quantitativos, como os questionários de qualidade de vida utilizados para este fim [15].

O uso de questionários que avaliam qualidade de vida tem sido uma maneira de mensurar os problemas, a fim de auxiliar os profissionais de saúde a conhecerem as necessidades funcionais, psicológicas e sociais das pacientes [15].

Os instrumentos destinados à mensuração da qualidade de vida podem ser divididos em duas categorias: gerais e específicos. Ambos possuem a mesma função, porém suas características particulares justificam a eleição dos questionários específicos como os mais indicados para o uso clínico. Os instrumentos gerais utilizam-se de perguntas amplas a respeito de como a doença afeta a atividade diária do paciente e permitem obter respostas geralmente representadas por uma escala compacta que varia do "pouco" ou "nada" ao "muito". Eles possuem caráter abrangente, podendo ser utilizados para doenças crônicas em geral, e são igualmente curtos e de simples administração, porém, em sua maioria, não possuem o requisito sensibilidade[15, 16, 17] .

Os instrumentos específicos, por sua vez, são relacionados a determinados distúrbios na vida diária e bem-estar de pacientes acometidos por uma patologia crônica em especial. Envolvem perguntas mais direcionadas à sintomatologia do entrevistado e requer maior complexidade na administração quando comparados aos instrumentos gerais. Grande parte desses instrumentos são comprovadamente sensíveis, reprodutíveis e válidos[15, 16, 17] .

Dentro desse universo, o questionário Whoqol-breve é um questionário publicado e validado para a língua portuguesa. É um questionário que contém 26 questões, classificadas em quatro domínios, a saber: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente [6].

Devido à influência do câncer de mama na vida diária, com alterações no universo biopsicossocial das mulheres com esse tipo de acometimento faz-se necessária a sua investigação e quantificação por meio de novos estudos permitindo pensar e desenvolver estratégias que possam contribuir para melhorar a oferta em termos de atenção à saúde em mulheres com câncer de mama.

1.1 OBJETIVOS

1.1.2 OBJETIVOS GERAIS

- O objetivo foi de avaliar a qualidade de vida em mulheres após retirada do câncer de mama.

1.1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar possíveis queixas associadas ao tratamento após retirada do câncer de mama.

2. MATERIAL E MÉTODO

2.1 DELINEAMENTOS DO ESTUDO: Trata-se de um estudo observacional transversal do tipo descritivo. Foi utilizado o *Questionário de qualidade Vida,* Whoqol-Bref [18], que é um questionário breve para avaliar a qualidade de vida de um modo geral. O questionário é constituído por 26 questões, duas são gerais de qualidade de vida e, 24 representam cada uma das vinte e quatro facetas que compõem o instrumento original do Whoqol-100. Diferentemente deste, onde cada uma das 24 facetas é avaliada a partir de 4 questões; no Whoqol-Bref cada faceta é avaliada por apenas uma questão. Este instrumento utiliza os seguintes domínios: domínio físico que abrange dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação e medicamentos e capacidade de trabalho; domínio psicológico que abrange sentimentos positivos, pensar, aprender, memória e concentração, auto-estima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos e espiritualidade, religião, crenças pessoais; domínio sobre as relações sociais abrange relações pessoais, suporte (apoio) social e atividade sexual; domínio sobre o meio ambiente abrange segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade, oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, participação em, a oportunidades de recreação/lazer, ambiente físico: poluição, ruído, trânsito, clima e transporte. Para cada questão serão utilizadas respostas categóricas: 1- muito ruim, 2- ruim, 3- nem ruim nem boa, 4- boa e 5- muito boa.

A transcrição textual da sintaxe do Whoqol-Bref [19] se apresenta da seguinte forma: é verificado se todas as 26 questões foram preenchidas com valores entre 1 e 5; invertem-se todas as questões cuja escala de respostas é invertida; os escores dos

domínios são calculados através da soma dos escores da média da "n" questões que compõem cada domínio.

Nos domínios compostos por até sete questões, este será calculado somente se o número de facetas não calculadas não for igual ou superior a dois. Nos domínios compostos por mais de sete questões, este será calculado somente se o número de facetas não calculadas não for igual ou superior a três. O resultado é multiplicado por quatro, sendo representado em uma escala de 4 a 20; os escores dos domínios são convertidos para uma escala de 0 a 100. As respondentes que deixaram de preencher ou preencheram incorretamente mais do que seis questões (80% do total de questões do instrumento) serão excluídas da amostra.

2.2 LOCAL DO ESTUDO: A amostra do estudo foi coletada no Instituto Neo Mama, na cidade de Santos (SP).

2.3 POPULAÇÃO ESTUDADA: A amostra foi constituída de 25 mulheres entre 30 e 80 anos, frequentadoras do Instituto Neo Mama a partir dos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos no projeto.

2.4 COLETA DE DADOS: A coleta de dados teve início após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Santa Cecília no dia 13/11/2012 sob nº de CAAE 09744212.0.0000.5513.

2.5 ASPECTOS ÉTICOS: O estudo trata de um aspecto delicado da vida de uma mulher, fazendo necessário que todos os cuidados sejam tomados para garantir que as participantes sejam preservadas e respeitadas em sua vontade. Esta pesquisa foi realizada de forma ética, de acordo com as diretrizes da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

2.6 TRATAMENTO ESTATÍSTICO: Os resultados de dados contínuos (idade e Whoqol-Bref) foram expressos como média, desvio padrão e intervalo de confiança de 95%. Os dados nominais (estado civil, raça), foram expressos através da freqüência relativa e absoluta. Os dados ordinais (escolaridade) foram expressos como mínima,

percentil 25, mediana, percentil 75 e máxima. Os dados coletados foram registrados em planilha do Programa Microsoft Excel® para depois serem analisados pelo programa estatístico Graph Pad Prism 5.0.

3. RESULTADOS

Foram avaliadas 25 mulheres no período de Março a Maio de 2013, com média de idade de 51,60 ± 11,88 (46,69 – 56,50), sendo 84% da raça branca, 4% da raça parda e 12% da raça negra. Destas, 60% eram casadas, 16% solteiras, 16% divorciadas e 8% viúvas. Com relação à escolaridade, 56% possuíam ensino superior completo, 28% ensino médio completo e 16% ensino fundamental completo.

Já com relação ao trabalho, observou-se que 52% das mulheres trabalhavam, 32% não trabalhavam e 16% eram aposentadas. Em relação à prática de atividade física observou-se que 84% das mulheres eram praticantes de alguma atividade.

A religião mais prevalente foi a católica com 60% de adeptas, seguidas por espírita com 28%, e evangélica com 12%.

A tabela 1 ilustra as características específicas da amostra relacionadas ao câncer expressas em frequências relativa e absoluta. É possível observar que o tipo de cirurgia para a remoção do câncer mais encontrado foi a mastectomia, correspondente a 56%.

Tabela 1 – Tipo de cirurgia para a remoção do câncer

Tipo de câncer		
Mastectomia	*14*	*56%*
Quadrantectomia	*10*	*40%*
Setorial	*1*	*4%*

É possível observar na tabela 2, que o tipo de queixa mais relatada pelas participantes desta pesquisa foi a dor no membro superior homolateral a cirurgia, correspondente a 36%.

Tabela 2 – Principais queixas relatadas

Queixas		
Dor no braço	*9*	*36%*
Dor nas costas	*2*	*8%*
Inchaço	*2*	*8%*
Deficiência crônica	*1*	*4%*
Cãimbras	*1*	*%*

A tabela 3 demonstra que o tratamento mais realizado pelas participantes foi a cirurgia seguida de quimioterapia e radioterapia, correspondendo a 72%.

Tabela 3 – Tratamentos realizados pelas participantes

Tratamentos realizados			
Quimioterapia		*1*	*14%*
Cirurgia	+	*6*	*24%*
Quimioterapia			
Cirurgia	+	*18*	*72%*
Quimioterapia	+		
Radioterapia			

Na tabela 4 é possível observar que das mulheres entrevistadas 52% apresentaram linfedema. Quanto ao tempo de linfedema 16% apresentaram esta

complicação no 1º mês do pós operatório e 16% apresentaram após o 1º ano de pós operatório. Dessas, 48% realizaram tratamento para o linfedema sendo a fisioterapia o tratamento escolhido por 44%das mulheres.

Tabela 4 – Presença de linfedema, tempo de linfedema e tratamentos

Presença de linfedema		
Não	*12*	*48%*
Sim	*13*	*52%*
Tempo de linfedema		
No 1º mês de pós operatório	*4*	*16%*
Entre o 2º e 6º mês de pós operatório	*3*	*12%*
Entre o 6º e o 1º ano de pós operatório	*2*	*8%*
Após o 1º ano de pós operatório	*4*	*16%*
Tratamento para linfedema		
Não	*1*	*4%*
Sim	*12*	*48%*
Qual tratamento?		
Fisioterapia	*11*	*44%*
Acupuntura	*1*	*4%*

Já a tabela 5 ilustra que a reconstrução da mama foi realizada por 52% das mulheres. Destas, 32% não realizaram reconstrução tardia. O tipo de prótese mais colocada foi à prótese expansora (32%). Ao total, 32% ficaram satisfeitas com a reconstrução e 36% relataram um impacto positivo na qualidade de vida.

Tabela 5 – Reconstrução da mama, tipo de prótese, reconstrução tardia, satisfação com a reconstrução e impacto na qualidade de vida

Reconstrução da mama?		
Não	*12*	*48%*
Sim	*13*	*52%*
Tipo de prótese		
Prótese expansora	*8*	*32%*
Prótese de silicone	*5*	*20%*
Reconstrução tardia?		
Não	*8*	*32%*
Sim	*5*	*20%*
Satisfação com a reconstrução?		
Não	*5*	*20%*
Sim	*8*	*32%*

Impacto na Qualidade de vida		
Melhor	*9*	*36%*
Pior	*4*	*16%*

A tabela 6 traz os resultados referentes aos diferentes domínios e facetas (questões) do questionário de qualidade de vida Whoqol Bref. Na análise dos dados lê-se que a avaliação da qualidade de vida de 1 até 2,9 necessita melhorar (0), de 3 até 3,9 regular (73,08%), de 4 até 4,9 boa (26,92%) e 5 muito boa (0). Desta forma, a maioria das questões tiveram a média entre 3 e 3,9 tendo a classificação como regular na avaliação da qualidade de vida.

Tabela 6 – Questões do questionário Whoqol Bref

Questões	***Média ± Desvio padrão (IC 95%)***
Questão1*(Percepção da qualidade de vida)*	*4,16 ± 0,55 (3,93 - 4,39)*
Questão2*(Satisfação com a saúde)*	*3,96 ± 0,79 (3,63- 4,28)*
Questão3*(Dor e desconforto)*	*3,44 ± 1,04 (3,01 - 3,87)*
Questão4*(Energia e fadiga)*	*3,24 ± 0,92 (2,86 - 3,62)*
Questão5*(Sentimentos positivos)*	*4,08 ± 0,76 (3,77 - 4,39)*
Questão6*(Pensar, aprender, memória e concentração)*	*4,44 ± 0,65 (4,17 - 4,71)*
Questão7*(Auto-estima)*	*3,68 ± 0,63 (3,42-3,94)*
Questão8*(Segurança física e proteção)*	*3,80 ± 0,71 (3,51-4,09)*
Questão9*(Ambiente no lar)*	*3,72 ± 0,79 (3,39 - 4,05)*
Questão10*(Sono e repouso)*	*3,64 ±0,76 (3,33 - 3,95)*
Questão11*(Imagem corporal e aparência)*	*3,72 ± 1,02 (3,30 - 4,14)*
Questão12*(Recursos financeiros)*	*3,16 ± 1,03 (2,73 - 3,58)*

Questão13*(Cuidados de saúde e sociais)*	*3,80 ± 0,82 (3,46 - 4,14)*
Questão14*(Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades)*	*3,60 ± 0,87 (3,24 - 3,96)*
Questão15*(Mobilidade)*	*4,20 ±0,76 (3,89 - 4,51)*
Questão16*(Atividades da vida cotidiana)*	*3,12 ± 1,05 (2,69 - 3,55)*
Questão17*(Dependência de medicação ou tratamentos)*	*3,64 ± 1,00 (3,23 - 4,05)*
Questão18*(Capacidade de trabalho)*	*3,24 ± 0,97 (2,84 - 3,64)*
Questão19*(Sentimentos negativos)*	*3,88 ± 1,01 (3,46 - 4,29)*
Questão20*(Relações pessoais)*	*4,44 ± 0,71 (4,11 - 4,69)*
Questão21*(Suporte social)*	*3,48 ± 1,16 (3,00 - 3,96)*
Questão22*(Atividade sexual)*	*4,40 ± 0,71 (4,11 - 4,63)*
Questão23*(Participação no lazer)*	*4,12 ± 0,93 (3,73 - 4,50)*
Questão24*(Ambiente físico)*	*3,80 ± 0,87 (3,44 - 4,16)*
Questão25*(Transporte)*	*3,44 ± 1,16 (2,96 - 3,62)*
Questão26*(Espiritualidade, religião, crença pessoal)*	*3,92 ± 0,76 (3,61 - 4,23)*

É possível observar na tabela 7 os resultados referentes ao questionário de qualidade de vida Whoqol Bref quanto aos domínios específicos (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente). Na análise dos dados lê-se que a avaliação da qualidade de vida de 1 até 2,9 necessita melhorar**,** de 3 até 3,9 regular, de 4 até 4,9 boa e 5 muito boa. Desta forma, pode-se observar que a média dos domínios relacionados aos aspectos físico (3,47), psicológico (3,93) e meio ambiente (3,62) encontra-se na classificação regular. Entretanto, a média do domínio relacionado às relações sociais (4,8) encontra-se na classificação boa qualidade de vida.

Tabela 7 – Domínios específicos do questionário Whoqol Bref

Domínios	***Média ± Desvio padrão (IC 95%)***
Físico	*3,47 ± 0,65 (3,20 - 3,74)*
Psicológico	*3,93 ± 0,50 (3,72 - 4,14)*
Relações sociais	*4,08 ± 0,65 (3,81 - 4,35)*
Meio ambiente	*3,62 ± 0,59 (3,38 - 3,86)*

4. DISCUSSÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a qualidade de vida é definida como "a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações". Ela também é descrita como uma sensação de bem estar na realização das atividades físicas, intelectuais e psíquicas, dentro da realidade particular de cada indivíduo[13].

Porém, o câncer de mama traz repercussões físicas, sociais e psíquicas para as mulheres que são acometidas por esta afecção, fazendo-se necessária a avaliação da sua repercussão na qualidade de vida.

Para a avaliação da qualidade de vida em geral há grande variedade na literatura de instrumentos que podem ser utilizados, entretanto, não há nenhuma escala específica para a avaliação da qualidade de vida no câncer de mama que seja adaptada culturalmente para a população brasileira. A maioria dos estudos sobre o câncer de mama no Brasil utiliza, então, questionários genéricos de qualidade de vida validados, cujo questionário mais utilizado é o Whoqol-Bref, escolhido também como instrumento para a presente pesquisa. A utilização desse questionário pode ser encontrado nos estudos de Kluthcovsky et al[20], Ferraz et al[6] e Huguet et al[21].

No estudo realizado por Ferraz et al[6], em relação à média de idade das participantes da pesquisa foi observado que as mulheres tinham em média 57 anos, onde 72% da amostra apresentavam 50 anos ou mais. A média de idade encontrada no

presente trabalho foi de 51 anos, onde 56% apresentavam 50 anos ou mais, demonstrando que os dados foram semelhantes entre as duas pesquisas. Essa incidência corrobora com o Instituto Nacional do Câncer (INCA)[2], que justifica que o câncer de mama é relativamente raro antes dos 35 anos, onde acima desta faixa etária sua incidência cresce rápida e progressivamente.

Em relação ao tipo de câncer, no estudo de Ferraz et al[6] foi observado que 28,3% da amostra realizaram a quadrantectomia e, 71,7% realizaram a cirurgia radical (mastectomia). Já no presente trabalho, pode-se observar que 56% da amostra realizaram a mastectomia, 40% a quadrantectomia e somente 4% a setorial. Os dados da presente pesquisa corroboram com o estudo de Ferraz et al[6] uma vez que o tipo de cirurgia mais prevalente também foi a mastectomia. Apesar da alta incidência de mastectomia, Ferraz et al[6] relata que o tipo de câncer não se mostrou associado com os domínios da saúde física e psicológica, como relatado em outros estudos[22,23]. Porém, apresentou significância limítrofe com o domínio das relações sociais, sugerindo talvez, entre outros aspectos, a importância da imagem corporal. Infelizmente no presente trabalho não há a correlação entre esses dados uma vez que o objetivo principal foi avaliar de forma geral o impacto que o câncer de mama gera na qualidade de vida dessas mulheres.

Na pesquisa realizada por Sales et al[13] a qualidade de vida após o câncer de mama foi avaliada pela maioria das mulheres como boa ou ótima, assim como na avaliação realizada por Lindley et al[24] e Lahoz et al[12]. Dow et al[25] e Wyatt et al[26] acreditam que o bom relacionamento e apoio, saúde física, fé e valorização da vida são itens que justificam essa boa qualificação. Entretanto, esses resultados diferem do encontrado na presente pesquisa, onde para a maioria das mulheres (73,08%) a qualidade de vida foi avaliada como regular. As razões indicadas para a avaliação da qualidade de vida ruim ou regular, segundo Dow et al[25], estão relacionadas a dor, insônia, dificuldades psicológicas, preocupações financeiras e medo de recorrência.

Em relação à avaliação de cada domínio do questionário Whoqol-Bref, de acordo com Lahoz et al[12] o aspecto físico foi um dos que mostraram maior comprometimento. Já na avaliação feita por Kluthcovsky et al[20] os domínios meio ambiente e psicológico foram classificados como regular e o menor escore médio foi observado no domínio físico, classificando-se ainda como regular. Esses resultados

corroboram com o encontrado na presente pesquisa onde os mesmos três domínios (físico, meio ambiente e psicológico) também foram classificados como regular. Mesmo considerando que os estudos foram realizados com mulheres em diferentes períodos após o tratamento, inclusive vários anos depois, onde já têm a possibilidade de terem se adaptado às novas realidades ou terem adquirido nova forma de enfrentar diversas situações, ainda assim, pôde-se observar grande impacto da cirurgia para a retirada do câncer de mama na qualidade de vida em todos os trabalhos supra citados incluindo-se o apurado nesta obra.

Sobre o domínio relações sociais, Lahoz et al[12] verificou que este foi o que menos apresentou impacto, sendo classificado como boa qualidade vida. O mesmo foi verificado na avaliação feita por Kluthcovsky et al[20] onde o maior escore qualidade de vida para as pacientes foi para o domínio relações sociais. Esses resultados corroboram com o encontrado nesta pesquisa, onde a média do escore deste domínio foi de *4,08* classificando-se como boa qualidade vida. Conde et al[27], Pinheiro et al[28], Gomes et al[29], Barbosa et al[30] e Simeão et al[31] justificam esta boa pontuação relatando que as mulheres que têm o apoio social e familiar, assim como, dos profissionais da saúde apresentam melhor qualidade de vida para o domínio relações social.

Apesar dos resultados obtidos pelo presente estudo, algumas limitações apareceram no decorrer do seu desenvolvimento como, por exemplo, o número de participantes foi menor do que o esperado, uma vez que houve redução do número de mulheres que freqüentavam o local escolhido para a realização deste estudo. Apesar dessa limitação, este estudo pode contribuir para o melhor conhecimento da qualidade de vida em pacientes sobreviventes de câncer de mama, contribuindo com dados importantes e que podem ser usados como fontes para auxiliar profissionais da área da saúde na definição de condutas e políticas mais completas, como também, esclarecer as mulheres sobre a doença e a influência da mesma no seu dia a dia.

Com isso, são necessários novos estudos com maior número de participantes incluídas, como também, pesquisas que comparem de forma mais ampla e profunda a correlação entre as variáveis analisadas no questionário, como também, a qualidade de vida entre os diferentes tipos de cirurgia (mastectomia *X* quadrantectomia *X* setorial).

5. CONCLUSÃO

Os resultados da presente pesquisa sugerem que a qualidade de vida em mulheres após a retirada do câncer de mama, classifica-se em sua maioria (73,08%) como regular, apontando alguns itens que necessitam melhorar como dor e desconforto, energia /fadiga, auto-estima, imagem corporal/ aparência e suporte social.

6. AGRADECIMENTOS

Gostaria de deixar um agradecimento especial ao Instituto Neo Mama por todo carinho e comprometimento desde o primeiro instante, principalmente a presidente do instituto, Gilze Maria Costa Francisco, por ter cedido o espaço para minha pesquisa.

7. REFERÊNCIAS

1. Ramos S P. Câncer de Mama – Informações, sintomas e diagnóstico. Disponível em <http://cancer-de-mama-info.blogspot.com.br/2007/09/o-que-o-cancer-de-mama.html> Acessado em 5 de julho de 2012.

2. Mortalidade por câncer no Brasil. Instituto Nacional de Câncer. Disponível em <www.inca.gov.br> Acessado em 7 de julho de 2012.

3. Basegio DL. Por que eu? A mulher e o câncer de mama. Passo Fundo: Ed. Universitária UPF, 2003; p. 50-65.

4. Abreu E, Koifman S. Fatores prognósticos no câncer da mama feminina. Rev Bras Cancerol. 2002; 48(1):113-131.

5. Bervian P, Perlini N. A família (con)vivendo com a mulher/mãe após mastectomia. Revista Brasileira de Cancerologia. 2006; 52(2):121-128.

6. Ferraz AMN, Bozzetti MC. Avaliação da qualidade de vida de mulheres mastectomizadas; Dissertação de mestrado. Faculdade de Medicina / Universidade Federal do Rio Grande do Sul / Orientadora: Profª. Dra. Mary Clarisse Bozzetti. 2009; total de 14 páginas.

7. Speer J, Fann BH. Study of Sexual Functioning Determinants in Breast Cancer Survivors. The Breast Journal. 2005; 11(6):440-447

8. Lotti C B R, Barra A A, Dias C R, Makluf S D A. Impacto do Câncer de Mama na Qualidade de vida. Revisão de Literatura; 2007; p.12-18.

9. Talhaferro B, Lemos SS, Oliveira E. Mastectomia e suas conseqüências na vida da mulher; 2007; Arq Ciênc Saúde 2007 jan-mar;14(1):17-22.

10. Kovács M, Amorin A. Avaliação da Qualidade de Vida em pacientes oncológicos em estado avançado da doença. Psico-oncologia no Brasil: resgatando o viver. 1998; 159-185.

11. Kimlin Ta-Giwa A B et al. Undertstanding the breast cancer experience women: A qualitative study of African, American, Asian American, Latina and Caucasian cancer survivors. Pychooncology. 2004; 13(6):408-428.

12. Lahoz AM, Nyssen MS, Correia NG, Garcia UPA, Driusso P. Capacidade funcional e Qualidade de vida em mulheres pós mastectomia. Revista Brasileira de Cancerologia. 2010; 56(4): 423-430.

13. Sales CAC, Paiva L, Scandiuzzi D, Anjos ACY. Qualidade de vida de mulheres tratadas de câncer de mama: funcionamento social. Revista Brasileira de Cancerologia. 2001; 47(3):263-272.

14. Barros AC, Barbosa EM. Gebrim L H. Diagnóstico e tratamento do câncer de mama. Projeto Diretrizes Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. 2001; p. 20-32.

15. Moreira ECH, Manaia CAR. Qualidade de vida das pacientes mastectomizadas atendidas pelo serviço de fisioterapia do Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina. Semina: Ciências Biológicas e da Saúde. 2005; 26(1):21-30.

16. Guyatt G H, Funy D H, Patrick D L. Measuring Health-related Quality of Life. Annals of Internal Medicine. 1993; 118(8):622-629.

17. Mcsweenny AJ, Creer TL. Health-Related Qualityof-Life Assessment in Medical Care. *Disease-a-Month. 1995;* 41(1):1-72.

18. Fleck MP, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação de qualidade de vida "Whoqol-bref" Rev. Saúde Pública. 2000; 34(2): 178-83

19. Pedroso B, Pilatti A L, Gutierrez L G, Picinin T C. Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-bref através do Microsoft Excel. Rev. Brasileira de qualidade de vida, Ponta Grossa, v. 1, n. 1, p. 23-32, jan./ jul. 2009.

20. Kluthcovsky ACGC, Urbanetz AAL. Qualidade de vida em pacientes sobreviventes de câncer de mama comparada à de mulheres saudáveis. Rev Bras Ginecol Obstet. 2012; 34(10):453-8.

21. Huguet PR, Morais SS, Osis MJD, Pinto-Neto AM, Gurgel MSC. Qualidade de vida e sexualidade de mulheres tratadas de câncer de mama. Rev Bras Ginecol Obstet. 2009; 31(2):61-7.

22. Ganz P, Rowland JH, Desmond K, Meyerowitz BE, Wyatt GE. Life after Breast Cancer: understanding women´s health-related quality of life and sexual functioning. J. Clin Oncol. 1998; 16(2): 501-14.

23. Derchain S, Avelar AM, Camargo CCP, Lourenço LS, Sarian LO, Yoshida A. Qualidade de vida, ansiedade e depressão em mulheres com câncer de mama antes e após a cirurgia. Rev de Ciências Médicas. 2006; 15:11-206.

24. Lindley C, Vasa S, Sawyer WT, Winer EP. Quality of life and preferences for treatment following systematic adjuvant therapy for earlystage breast cancer. J Clin Oncol 1998;16(4):1380-7.

25. Dow KH, Ferrell BR, Leigh S, Ly J, Gulasekaram P. An evaluation of the quality of life among long-term survivors of breast cancer. Breast Cancer Res Treat 1996;39: 261-73.

26. Wyatt G, Kurtz M, Liken M. Breast cancer survivors: an exploration of quality of life issues. Cancer Nurs 1993;16(6):440-8.

27. Conde DM, Pinto-Neto AM, Cabello CC, Santos-Sá D, Costa-Paiva L, Martinez EZ. Quality of life in Brazilian breast cancer survivors age 45-65 years: associated factors. Breast J 2005; 11(6): 425-32.

28. Pinheiro CPO, Silva RM, Mamede MV, Fernandes AFC. Participação em grupo de apoio: experiência de mulheres com câncer de mama. *Rev Latinoam Enferm* 2008; 16(4):733-738.

29. Gomes FA, Panobianco MS, Ferreira CB, Kebbe LM, Meirelles MCC. Utilização de grupos na reabilitação de mulheres com câncer de mama. *Rev enferm UERJ* 2003; 11(3):292-295.

30. Barbosa RCM, Ximenes LB, Pinheiro AKB. Mulher mastectomizada: desempenho de papéis e redes sociais de apoio. *Acta Paul Enf* 2004; 17(1):18-24.

31. Simeão SFAP, Landro ICR, Conti MHS, Gatti MAN, Delgallo WD, Vitta A. Qualidade de vida em grupo de mulheres acometidas de câncer de mama. Ciência & Saúde Coletiva, 18(3):779-788, 2013