

Qualidade de vida de mulheres submetidas ao tratamento do câncer de mama: estudo transversal

Quality of life of women undergoing breast cancer treatment: a transversal study

André Augusto Vieira¹, Bruna Garcia¹, Daniella Sarilho¹, Gustavo Gabriel Duarte da Silva¹, Samira Maris Magon Brocco¹, Adriana da Costa Gonçalves², Elaine Cristine Lemes Mateus de Vasconcelos³

Resumo: *Introdução:* A mastectomia pode promover consequências físicas e emocionais com repercussão na qualidade de vida da mulher. Acredita-se que medidas quantitativas de qualidade de vida possam guiar estratégias de intervenções terapêuticas e auxiliar na definição de ações que priorizem a promoção da saúde. *Objetivo:* Avaliar a qualidade de vida de mulheres submetidas ao tratamento do câncer de mama. *Material e métodos:* Estudo transversal, no qual participou uma amostra de conveniência de 30 mulheres. Foram aplicados um questionário para caracterização sociodemográfica e clínica da amostra; e o “Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)” para avaliação da qualidade de vida geral. A análise dos dados foi feita por meio de estatística descritiva; o teste *t-Student* foi utilizado para comparar duas variáveis; e o teste ANOVA para comparar mais de duas variáveis. O nível de significância adotado foi $p < 0,05$. *Resultados:* Os domínios do SF-36 com menores escores, indicando mais prejuízos às condições de saúde, foram “aspectos emocionais” (5,1) e “aspectos físicos” (6,5); já os domínios com maiores escores foram “capacidade funcional” (25,0) e “saúde mental” (22,3). Na comparação entre os tratamentos para o câncer de mama no pré-operatório e a qualidade de vida, o domínio “vitalidade” do SF-36 apresentou diferença estatisticamente significativa para a radioterapia ($p=0,04$). A cirurgia de mama de maior prevalência foi a mastectomia radical de Halsted, correspondendo a 43,3% ($n=13$) da amostra. Referente à lateralidade da mama operada, 43,3% ($n=13$) das participantes realizaram a cirurgia no lado não dominante e 70% ($n=21$) realizaram linfadenectomia. Houve predomínio de alterações da sensibilidade (80%; $n=24$) no pós-operatório; e 46,7% ($n=14$) foram submetidas à reconstrução da mama. *Conclusão:* A qualidade de vida avaliada pelo questionário SF-36 apresentou os domínios “aspecto emocionais” e “aspectos físicos” mais prejudicados.

Palavras-chave: Neoplasias da mama; Mastectomia; Qualidade de vida; Fisioterapia.

Abstract: *Introduction:* Mastectomy can promote physical and emotional consequences with repercussions of the woman's quality of life. It is believed that quantitative measures of quality of life can guide therapeutic intervention strategies and assist in the definition of actions that prioritize health promotion. *Objective:* To evaluate the quality of life of women undergoing breast cancer treatment. *Material and methods:* Cross-sectional study, in which a convenience sample of 30 women participated. A questionnaire was applied for sociodemographic and clinical characterization of the sample; and the “Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)” to assess general quality of life. Data analysis was performed using descriptive statistics; the *t-Student* test was used to compare two variables; and the ANOVA test to compare more than two variables. The significance level adopted was $p < 0.05$. *Results:* The SF-36 domains with lowest scores, indicating more damage to health conditions, were “emotional aspects” (5.1) and “physical aspects” (6.5); The domains with the highest scores were “functional capacity” (25.0) and “mental health” (22.3). When comparing preoperative breast cancer treatments with quality of life, the SF-36 “vitality” domain showed a statistically significant difference for radiotherapy ($p=0.04$). The most prevalent breast surgery was Halsted radical mastectomy, corresponding to 43.3% ($n=13$) of the sample. Regarding the laterality of the operated breast, 43.3% ($n=13$) of the participants underwent surgery on the non-dominant side; and 70% ($n=21$) performed lymphadenectomy, and 16.7% ($n=5$) reported lymphedema. There was a predominance of sensitivity changes (80%; $n=24$) postoperatively; and 46.7% ($n=14$) underwent breast reconstruction. In the evaluation of the practice of sexual activity, 63.3% ($n=19$) of the women reported not having an active sex life. *Conclusion:* The quality of life assessed by the SF-36 questionnaire presented the domains “emotional aspect” and “physical aspects” most impaired.

Keywords: Breast neoplasms; Mastectomy; Quality of life; Physical therapy.

Recebimento: 03/06/2020

Aprovação: 01/07/2020

¹ Graduados em Fisioterapia pelo Centro Universitário Barão de Mauá.

² Doutorado em Reabilitação e Desempenho Funcional pela USP. Fisioterapeuta do Hospital das Clínicas da USP. Docente do Centro Universitário Barão de Mauá.

³ Doutorado em Reabilitação e Desempenho Funcional pela USP. Fisioterapeuta do Hospital das Clínicas da USP. Docente do Centro Universitário Barão de Mauá. Contato: elainelemes@baraodemaua.br

INTRODUÇÃO

O câncer de mama encontra-se entre os tipos de câncer de maior incidência mundial, sendo a principal causa de morte por câncer das mulheres brasileiras (MIGOWSKI et al., 2018). As estimativas do Instituto Nacional do Câncer para 2018 apontaram para o risco de 59.700 novos casos de câncer de mama, que representam uma incidência de 51,29 casos por 100.000 mulheres, sendo no estado de São Paulo uma taxa estimada de 57,54 casos (INCA, 2019).

O câncer de mama é considerado uma doença resultante da multiplicação de células anormais da mama, que forma um tumor maligno com potencial de invadir outros órgãos e tecidos (RODRIGUES; CRUZ; PAIXÃO, 2015). A detecção precoce, envolvendo o rastreamento e o diagnóstico em fases iniciais, é considerada prioridade para um melhor prognóstico e redução da mortalidade (GONÇALVES et al., 2017).

O tratamento do câncer de mama pode abranger intervenções locais, como a cirurgia e a radioterapia, e intervenções sistêmicas, como a quimioterapia, a hormonioterapia e a terapia biológica. Estas opções de intervenção clínica podem ser empregadas de forma independente ou simultaneamente (MAJEWSKI et al., 2012).

Os procedimentos cirúrgicos constituem as intervenções mais utilizadas, com o objetivo de reduzir a incidência e melhorar a expectativa de vida, apresentando duas classificações: a cirurgia conservadora e a mastectomia. Nas cirurgias conservadoras, ocorre retirada apenas da parte da glândula mamária que contém o tumor (MAJEWSKI et al., 2012). A mastectomia, por sua vez, é considerada a mutilação da mama, por envolver a retirada total ou parcial da glândula mamária, associada ou não à retirada dos gânglios linfáticos da axila/esvaziamento axilar (FONSECA; BASTISTA, 2016).

A mastectomia, por ser mais agressiva, tem o potencial de promover consequências físicas e emocionais prejudiciais à vida das mulheres, que são determinantes nas alterações da sua qualidade de vida (SILVA et al., 2014). A Organização Mundial de Saúde (OMS) conceitua qualidade de vida como "a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura, sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (AMARAL et al., 2009).

A qualidade de vida tornou-se uma preocupação constante dos seres humanos e, atualmente, é considerada um aspecto essencial a ser investigado com o intuito de mensurar os resultados das intervenções na perspectiva do próprio paciente (SAÇO et al., 2011). Uma grande variedade de instrumentos genéricos e específicos destinados a mensurar a qualidade de vida têm sido desenvolvidos, recomendados e utilizados em pesquisas clínicas, uma vez que permitem a identificação das perturbações em estado emocional, estado físico geral e interação social (SILVA; ALBUQUERQUE; LEITE, 2010).

Os estudos de Majewski et al. (2012) e Silva et al. (2014) constataram que o tratamento cirúrgico do câncer de mama exerce influência na qualidade de vida das mulheres, sendo a mastectomia a principal causadora das mudanças. Neste contexto, fica clara a relevância clínica do presente estudo, pois acredita-se que medidas quantitativas de qualidade de vida possam guiar estratégias de intervenções terapêuticas e auxiliar na definição de ações que priorizem a promoção da saúde.

Desse modo, o objetivo primário do presente estudo foi avaliar a qualidade de vida de mulheres submetidas ao tratamento do câncer de mama; e os objetivos secundários foram: correlacionar o tempo de diagnóstico, tempo de cirurgia e tempo de tratamento fisioterapêutico com a qualidade de vida das mulheres; comparar os tipos de tratamentos realizados, o tipo de cirurgia mais prevalente, a realização de linfadenectomia e o procedimento de reconstrução da mama com a qualidade de vida das mulheres; e identificar as limitações e alterações no pós-operatório, a prática de atividade sexual e a preocupação com a saúde futura, corpo e aparência.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo transversal, com abordagem quantitativa, conduzido na Clínica Escola de Fisioterapia do Centro Universitário Barão de Mauá, localizada no município de Ribeirão Preto-SP, por meio da aplicação de questionários. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Barão de Mauá, conforme Parecer nº 3.481.842 de 02/08/2019. Todas as mulheres que aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Participantes

O recrutamento foi feito verbalmente pelos pesquisadores. Foram recrutadas mulheres submetidas à cirurgia para tratamento do câncer de mama, que estavam em tratamento fisioterapêutico na referida Clínica Escola ou que já o haviam concluído, sendo que estas últimas foram contatadas por meio telefônico.

Foi constituída uma amostra de conveniência composta por mulheres com idade igual ou superior a 18 anos; que realizaram cirurgia para tratamento do câncer de mama, independente do tipo; que estavam ou concluíram o tratamento fisioterapêutico nos últimos cinco anos; e que concordaram em participar do estudo mediante a assinatura do TCLE. Foram excluídas mulheres que apresentaram déficit cognitivo, na fala e/ou auditivo que prejudicaria o fornecimento de informações para o estudo.

Procedimentos

Após a anuência do TCLE, as participantes foram transferidas para uma sala calma, ambiente silencioso e com iluminação adequada para a coleta de dados, sendo posicionadas de forma confortável em cadeira com encosto e apoio lateral de braços.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista individual, com duração média de 30 minutos, e envolveu a aplicação de dois instrumentos:

Questionário para caracterização da amostra

Foi aplicado um questionário para caracterização sociodemográfica e clínica, desenvolvido pelos pesquisadores exclusivamente para esse estudo, composto por questões relacionadas a dados sociodemográficos (idade, sexo, estado civil, escolaridade, profissão), informações clínicas (diagnóstico, doenças associadas) e informações pós-cirúrgicas das participantes.

Questionário para avaliação da qualidade de vida geral

Para avaliação da qualidade de vida geral foi aplicado o *Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)*, que refere-se a um questionário de fácil administração e compreensão, que contém 36 itens englobados em oito componentes: capacidade funcional (10 itens), aspectos físicos (4 itens), dor (2 itens), estado geral da saúde (5 itens), vitalidade (4 itens), aspectos sociais (2 itens), aspectos emocionais (3 itens) e saúde mental (5 itens), além de uma questão de avaliação comparativa entre a condição de saúde atual e a referente ao ano anterior. Apresenta um escore final que varia de 0 a 100, no qual zero corresponde ao pior estado geral de saúde e 100 ao melhor estado de saúde. Os cálculos do escore são realizados em duas fases: na primeira fase, para cada questão, pode ser mantido o valor, somado os valores ou substituído, seguindo uma tabela estabelecida; na segunda fase, é realizado cálculo do *Raw Scale*, onde o valor final não apresenta nenhuma unidade de medida, transformando os valores das questões em notas de oito domínios. Para cada domínio é aplicada a seguinte fórmula: valor obtido nas questões correspondentes, subtraído do limite inferior e multiplicado por cem, dividido pela variação (*Score Ranger*), no qual os limites inferiores e a variação são fixos e estipulados em uma tabela (CICONELLI et al., 1999).

Análise estatística

Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva, que foi realizada por meio de distribuição de frequência absoluta e relativa (para as variáveis qualitativas) e por meio de valor mínimo, valor máximo, média e desvio-padrão (para as variáveis quantitativas). Foi utilizado o teste paramétrico *t-Student* para comparar duas variáveis; o teste paramétrico ANOVA (análise da variância) para comparar mais de duas variáveis. Para medir a correlação entre pares de variáveis quantitativas, foi utilizado o coeficiente de correlação de *Pearson*. A fim de comprovar diferenças estatisticamente significativas, o valor adotado foi $p < 0,05$.

Para o registro dos dados, foi utilizada a planilha de cálculo *Microsoft Excel 2016*; e para a análise dos dados, foi utilizado o software estatístico *GraphPad Prism 5*.

RESULTADOS

No período de agosto a setembro de 2019, foram recrutadas 39 mulheres para o estudo. Destas, uma foi excluída por apresentar déficit cognitivo, duas recusaram participar do estudo e seis estavam com dados desatualizados, inviabilizando o estabelecimento de contato. Portanto, para a análise dos dados, foi utilizada uma amostra composta por 30 mulheres.

Os dados relacionados à caracterização sociodemográfica da amostra estão apresentados na Tabela 1. Verificou-se que a idade das participantes variou entre 41 e 74 anos (média $56,56 \pm 10,08$ anos); houve predomínio do estado civil casada (46,7%; n=14), e da hipertensão arterial e hipercolesterolemia como doenças associadas. O uso de medicamentos predominou, correspondendo a 83,3% (n=25) da amostra. Quanto à profissão, a maior parte das mulheres era dona de casa e aposentada, totalizando 46,7% (n=14).

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica da amostra.

Características	Participantes (n=30)
Idade (anos)	56,56 (10,08) (41 – 74)
Estado civil	
Casada	14 (46,7%)
Divorciada	9 (30,0%)
Solteira	5 (16,7%)
Viúva	1 (03,3%)
Não informado	1 (03,3%)
Doenças associadas	
Hipertensão arterial	12 (40,0%)
Hipercolesterolemia	9 (30,0%)
Diabetes mellitus	4 (13,3%)
Doenças da tireoide	4 (13,3%)
Obesidade	1 (03,3%)
Cardiopatia	1 (03,3%)
Outras	5 (16,7%)
Uso de medicamentos	
Sim	25 (83,3%)
Não	5 (16,7%)

Profissão	
Dona de casa	8 (26,7%)
Aposentada	6 (20,0%)
Serviços administrativos	4 (13,3%)
Profissional da área da saúde	2 (06,7%)
Outras	10 (33,3%)

Frequências absoluta e relativa apresentadas como: n (%).
Média e desvio-padrão apresentados como: média (DP).

Em relação à avaliação da qualidade de vida pelo questionário SF-36, a Tabela 2 aponta que os domínios com menores escores, indicando mais prejuízos às condições de saúde, foram “aspectos emocionais” (5,1) e “aspectos físicos” (6,5); já os domínios com maiores escores foram “capacidade funcional” (25,0) e “saúde mental” (22,3).

Tabela 2 - Média de escore de cada domínio do questionário SF-36.

Domínios do SF-36	Escore médio
Capacidade funcional	25,0
Aspectos físicos	6,5
Dor	7,8
Estado geral de saúde	20,1
Vitalidade	16,4
Aspectos sociais	8,0
Aspectos emocionais	5,1
Saúde mental	22,3

O tempo de diagnóstico do câncer de mama variou entre 0,66 e 16,91 anos (média $5,43 \pm 4,36$ anos) e o tempo de pós-operatório variou entre 0,16 e 16,83 anos (média $4,73 \pm 4,24$ nos). Vinte e cinco participantes (83,3%) realizaram tratamento fisioterapêutico, sendo que o tempo variou entre 0 e 15 anos (média $1,45 \pm 2,89$ anos).

Referente à análise das correlações entre tempo de diagnóstico, tempo de cirurgia e tempo de tratamento fisioterapêutico do câncer de mama com a qualidade de vida avaliada pelo SF-36, foi possível identificar uma fraca correlação entre estas variáveis investigadas (Tabela 3).

Tabela 3 - Correlação dos escores de cada domínio do questionário SF-36 com o tempo de diagnóstico, tempo de cirurgia e tempo de tratamento fisioterapêutico do câncer de mama.

Domínios do SF-36	Tempo de diagnóstico (r)*	Valor -p**	Tempo de cirurgia (r)*	Valor -p**	Tempo de tratamento fisioterapêutico (r)*	Valor -p**
Capacidade funcional	-0,13	0,49	-0,04	0,85	0,18	0,34
Aspectos físicos	0,17	0,38	0,16	0,40	0,15	0,43
Dor	0,03	0,85	-0,01	0,93	0,18	0,33
Estado geral de saúde	0,10	0,58	0,13	0,50	0,21	0,27
Vitalidade	-0,05	0,79	-0,09	0,64	0,09	0,65
Aspectos sociais	0,04	0,82	-0,09	0,64	0,05	0,79
Aspectos emocionais	-0,05	0,81	-0,17	0,37	-0,04	0,83
Saúde mental	0,22	0,23	0,15	0,41	0,14	0,44

-p: probabilidade de significância. r: coeficiente de correlação.

*Correlação avaliada pelo coeficiente de correlação de *Pearson*, onde $r < 0,30$ indica correlação fraca;

**Teste *t-Student* não pareado, considerando $p < 0,05$ para significância estatística.

Quanto aos tratamentos no pré-operatório realizados pelas participantes, 46,7% (n=14) foram submetidas à quimioterapia; 33,3% (n=10) à radioterapia; e 66,7% (n=20) a outros tipos de tratamento, sendo 56,7% (n=17) radioterapia adjuvante, 33,3% (n=10) quimioterapia adjuvante e 10% (n=3) hormonioterapia.

A Tabela 4 refere-se à comparação entre os tratamentos realizados de quimioterapia e radioterapia e a qualidade de vida das mulheres avaliada pelo questionário SF-36. Verifica-se maiores diferenças, embora estatisticamente não significativas, caracterizadas por menores escores (pior qualidade de saúde) nas participantes que realizaram a quimioterapia nos domínios “estado geral de saúde” e “saúde mental”; e nos domínios “capacidade funcional”, “estado geral de saúde”, “vitalidade”, “aspectos sociais” e, principalmente, “saúde mental” nas mulheres que realizaram a radioterapia. O domínio “vitalidade” foi o único que apresentou diferença estatisticamente significativa para a radioterapia.

Tabela 4 - Comparação dos escores de cada domínio do questionário SF-36 com os tratamentos para o câncer de mama.

Domínios do SF-36	Realizaram quimioterapia				Realizaram radioterapia			
	Sim	Não	Diferença	Valor -p*	Sim	Não	Diferença	Valor -p*
Capacidade funcional								
Aspectos físicos	25,4	24,7	0,7	0,67	24,4	25,4	-1,0	0,33
Dor	7,0	6,1	0,9	0,10	6,7	6,4	0,3	0,65
Estado geral de saúde	8,3	7,4	0,9	0,38	7,7	7,9	-0,2	0,46
Vitalidade	19,1	21,1	-2,0	0,07	17,9	21,3	-3,4	0,20
Aspectos sociais	16,1	16,8	-0,7	0,71	14,4	17,5	-3,1	0,04
Aspectos emocionais	7,8	8,1	-0,3	0,68	7,0	8,5	-1,5	0,15
Saúde mental	5,1	5,0	0,1	0,74	4,8	5,2	-0,4	0,34
	20,9	23,6	-2,7	0,23	18,5	24,3	-5,8	0,27

-p: probabilidade de significância.

*Teste *t-Student* não pareado, considerando $p < 0,05$ para significância estatística.

A cirurgia de maior prevalência realizada pelas participantes foi a mastectomia radical de *Halsted*, correspondendo a 43,3% (n=13) da amostra; seguida por 30% (n=9) de quadrantectomia; 13,3% (n=4) de tumorectomia; e 6,7% (n=2) de mastectomia tipo *Patey*. A categoria “outras” corresponde a 6,7% (n=2) e refere-se a uma participante que não soube informar o tipo de cirurgia realizada e outra que realizou a adenomastectomia profilática. Não houve relatos de mastectomia tipo *Madden*.

Para análise da qualidade de vida e os tipos de cirurgias realizadas, as participantes foram distribuídas em dois grupos, sendo um composto pelas mulheres submetidas à mastectomia radical de *Halsted* e mastectomia radical modificada de *Patey*, o que corresponde a 50% (n=15) da amostra; e outro grupo composto pelas mulheres submetidas às cirurgias conservadoras, incluindo a quadrantectomia, a tumorectomia e outras, também correspondendo a 50% (n=15) da amostra.

As médias da comparação encontram-se descritas na Tabela 5. Verifica-se que não houve diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos em relação à qualidade de vida. Contudo, observa-se que o domínio “saúde mental” apresentou menor escore para as mulheres submetidas às cirurgias conservadoras comparativamente às mulheres que realizaram a mastectomia radical e a mastectomia radical modificada.

Tabela 5 - Comparação dos escores de cada domínio do questionário SF-36 com os tipos de cirurgia para o câncer de mama.

Domínios do SF-36	Mastectomia radical e radical modificada	Cirurgias conservadoras	Diferença	Valor -p*
Capacidade funcional	25,2	24,9	0,3	0,85
Aspectos físicos	6,2	6,8	-0,6	0,31
Dor	7,8	7,8	0,0	0,93
Estado geral de saúde	20,4	19,9	0,5	0,69
Vitalidade	17,1	15,8	1,3	0,49
Aspectos sociais	8,3	7,6	0,7	0,37
Aspectos emocionais	5,3	4,9	0,4	0,35
Saúde mental	23,9	20,7	3,2	0,15

-p: probabilidade de significância.

*Teste *t-Student* não pareado, considerando $p < 0,05$ para significância estatística.

Referente à lateralidade da mama operada, 43,3% (n=13) das participantes realizaram a cirurgia no lado não dominante; 33,3% (n=10) no lado dominante; e 23,3% (n=7) bilateralmente.

Associada à cirurgia da mama, 70% (n=21) das participantes realizaram a linfadenectomia, sendo 26,7% (n=8) com remoção total dos linfonodos, 23,3% (n=7) com remoção parcial, 13,3% (n=4) com remoção do linfonodo sentinela e 6,7% (n=2) não souberam informar o tipo. Na Tabela 6 consta a comparação entre os tipos de linfadenectomia e a qualidade de vida avaliada pelo questionário SF-36. Nesta análise, foi possível identificar pequenas variações nos domínios, não permitindo afirmar que a realização da linfadenectomia alterou significativamente a qualidade de vida das mulheres investigadas.

Tabela 6 - Comparação dos escores de cada domínio do questionário SF-36 com a realização da linfadenectomia.

Domínios do SF-36	Tipo de linfadenectomia			Valor -p*
	Total	Parcial	Sentinela	
Capacidade funcional	25,5	24,4	27,3	0,60
Aspectos físicos	6,9	5,7	7,0	0,27
Dor	8,2	8,5	7,1	0,71
Estado geral de saúde	20,9	19,3	19,9	0,67
Vitalidade	17,0	17,4	17,5	0,97
Aspectos sociais	8,1	8,1	8,5	0,95
Aspectos emocionais	4,9	5,1	4,8	0,86
Saúde mental	23,0	22,1	23,3	0,94

-p: probabilidade de significância.

*Teste ANOVA (análise de variância), considerando $p < 0,05$ para significância estatística.

Em relação às limitações e alterações relatadas pelas participantes no pós-operatório da cirurgia da mama, houve predomínio de alterações da sensibilidade (80%; n=24), seguidas pela dificuldade de movimentar o braço (70%; n=21); dificuldade nas atividades de vida diária (70%; n=21); dor lombar (40%; n=12); dificuldade para sentar/levantar (6%; n=20) e linfedema (16,7%; n=5).

Quanto à realização da cirurgia para a reconstrução da mama, 46,7% (n=14) das participantes realizaram a reconstrução, predominando 30% (n=9) a colocação de próteses; 20% (n=6) colocação de expansor; 6,7% (n=2) reconstrução com o músculo grande dorsal; 6,7% (n=2) reconstrução com retalho do músculo reto abdominal; 3,3% (n=1) realizou a cirurgia oncoplástica; e 3,3% (n=1) realizou mamoplastia redutora com enxertia na mama contralateral. Dez mulheres (33,3%) não realizaram cirurgia reconstrutora da mama e 20% (n=6) estavam aguardando o procedimento. A Tabela 7 refere-se à análise comparativa entre a realização da reconstrução da mama e a qualidade de vida avaliada pelo questionário SF-36. Verifica-se que não houve diferença estatisticamente significativa entre as mulheres que realizaram a cirurgia de reconstrução da mama, as que não a realizaram e as que estavam aguardando a intervenção; entretanto, as mulheres que realizaram a reconstrução da mama mostraram escores mais altos em todos os domínios, com exceção da “capacidade funcional”.

Tabela 7 - Comparação dos escores de cada domínio do questionário SF-36 com a realização da reconstrução da mama.

Domínios do SF-36	Reconstrução da mama			Valor -p
	Sim	Aguarda o procedimento	Não	
Capacidade funcional	25,0	27,2	23,8	0,40
Aspectos físicos	06,7	06,7	06,1	0,63
Dor	08,0	08,0	07,4	0,87
Estado geral de saúde	20,7	19,3	19,8	0,62
Vitalidade	16,4	16,0	16,7	0,96
Aspectos sociais	08,7	07,0	07,5	0,21
Aspectos emocionais	05,2	05,0	04,9	0,81
Saúde mental	24,7	19,3	20,8	0,11

-p: probabilidade de significância. Teste ANOVA (análise de variância), considerando $p < 0,05$ para significância estatística.

Na avaliação da prática de atividade sexual, 63,3% (n=19) das participantes relataram não ter vida sexual ativa. A preocupação com a saúde futura foi relatada por 63,3% (n=19) das participantes.

Na Tabela 8 estão discriminadas as informações referentes ao questionamento sobre o corpo e a aparência das participantes, sendo que a maior parte das mulheres relatou quase nunca ou nunca sentir-se insatisfeita com o corpo (50,0%; n=15) ou menos bonita devido à doença ou tratamento (73,3%; n=22). Além disso, a maior parte negou dificuldade em observar-se nua (73,3%; n=22).

Tabela 8 - Relatos sobre o corpo e aparência das participantes.

Variável	Quase sempre ou sempre	A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)	Algumas vezes (cerca de metade do tempo)	Poucas vezes (menos da metade do tempo)	Quase nunca ou nunca
Sentir-se insatisfeita com o corpo	3 (10%)	3 (10%)	5 (16,7%)	4 (13,3%)	15 (50%)
Sentir-se menos bonita devido à doença ou tratamento	1 (3,3%)	3 (10%)	1 (3,3%)	0 (0%)	22 (73,3%)
Dificuldade em observar-se nua	2 (6,7%)	3 (10%)	3 (10%)	0 (0%)	22 (73,3%)

Números absolutos com porcentagens apresentados como: n (%).

DISCUSSÃO

O presente estudo investigou a qualidade de vida de mulheres submetidas ao tratamento do câncer de mama, pois as técnicas mais utilizadas atualmente, representadas pela mastectomia e demais terapias, tendem a favorecer o desencadeamento de complicações físicas e psicológicas, que podem influenciar a qualidade de vida das mulheres (FURLAN et al., 2013).

De acordo com a análise da qualidade de vida geral das participantes pelo questionário SF-36, foi possível identificar que os domínios mais prejudicados foram

“aspectos emocionais” e “aspectos físicos”, o que corrobora com os achados de Amaral et al. (2009), que empregaram um tamanho amostral igual ao do presente estudo, e concluíram que o tratamento do câncer de mama promove alterações na vida das mulheres, com a realização de menos tarefas, dificuldades com o trabalho e falta de cuidado para seus afazeres, aspectos diferentes de antes do diagnóstico, além da angústia e necessidade de aceitação da nova percepção corporal.

Segundo os dados do Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2019), um dos fatores de risco mais importantes para o desenvolvimento do câncer de mama é a idade, onde cerca de quatro em cada cinco casos ocorre após os 50 anos, corroborando com os achados do presente estudo, cuja média de idade das participantes foi de 56,56 anos. Esse risco é justificado pelas alterações biológicas decorrentes do envelhecimento e das exposições ao longo da vida.

Em relação ao tempo de diagnóstico, tempo de cirurgia e tempo de tratamento fisioterapêutico, no presente estudo foi encontrada uma fraca correlação com a qualidade de vida, o que pode ser atribuída à heterogeneidade e tamanho reduzido da amostra. No estudo de Lopes et al. (2018), com uma amostra de 100 mulheres com seguimento clínico de 12 meses, verificou-se associação entre menor tempo de diagnóstico e presença de maior preocupação com a saúde, com interferência na qualidade de vida destas mulheres. O estudo de Bezerra et al. (2013), com 197 mulheres tratadas cirurgicamente do câncer de mama, encontrou que o tempo de cirurgia exerce influência na qualidade de vida, no qual a partir de quatro meses de pós-operatório, as participantes começaram a se adaptar à nova condição. Os autores identificaram que quanto maior o tempo após a cirurgia, melhores escores as mulheres apresentavam, principalmente nos domínios físico, emocional e funcional.

No que diz respeito ao tratamento fisioterapêutico com o objetivo de prevenir as complicações advindas da mastectomia, é de conhecimento que o mesmo promove melhora significativa das disfunções provenientes deste tipo de cirurgia (RODRIGUES et al., 2018). O estudo desenvolvido por Paiva e Monteiro (2018) destaca que a aplicação de um protocolo de exercícios fisioterapêuticos em mulheres submetidas à mastectomia resulta em melhora da qualidade de vida, envolvendo tanto aspectos clínicos como funcionais.

Quanto ao tratamento com quimioterapia e radioterapia, no presente estudo, o domínio mais alterado em ambos os tratamentos foi a “saúde mental”, justificado pelos desconfortos emocionais, econômicos, espirituais, físicos e sociais que o tratamento pode desencadear. Destaca-se o domínio “vitalidade” do SF-36, que foi o único do estudo que apresentou diferença estatística significativa nas mulheres submetidas à radioterapia, indicando que a radioterapia influencia neste aspecto, provavelmente devido aos efeitos adversos que desencadeia na mulher em tratamento. Um aspecto a considerar é que a qualidade de vida é subjetiva, com ampla variação no contexto biopsicossocial. No estudo de Sousa e Monteiro (2018) sobre qualidade de vida em pacientes submetidos ao tratamento quimioterápico, com uma amostra de 76 participantes com diagnóstico de câncer variado, constatou-se declínio nos domínios “aspectos físicos” e “aspectos emocionais” após o tratamento com a quimioterapia. O estudo de Fireman et al. (2018) aponta que a realização da quimioterapia e da radioterapia interfere diretamente na percepção da imagem corporal, no caso, a aparência física, das pacientes mastectomizadas.

A prevalência da mastectomia radical de *Halsted* no presente estudo corrobora com os achados de Furlan et al. (2013); contudo, na comparação da qualidade de vida, prevaleceu menores escores nas participantes que realizaram a cirurgia conservadora, o que contradiz a literatura encontrada, já que a mastectomia consiste em uma técnica mais agressiva, esperando-se maior comprometimento da qualidade de vida nas participantes submetidas a este procedimento cirúrgico. Em um estudo de revisão sobre as contribuições da reconstrução mamária para mulheres após a mastectomia, verificou-se que ao realizarem a mastectomia total, as mulheres sentem-se menos atraentes, infelizes com a aparência e desenvolvem limitações no trabalho e no lazer (AZEVEDO; LOPES, 2010). No estudo de Simeão et al. (2013), concluiu-se que o método cirúrgico no tratamento do câncer de mama é um fator determinante na qualidade de vida. Os resultados obtidos, também utilizando o questionário SF-36, apontaram que as mulheres que realizaram a cirurgia de quadrantectomia e não necessitaram de reconstrução mamária apresentaram melhores escores médios em todos os domínios; e o grupo de mulheres mastectomizadas apresentam um nível muito baixo de qualidade de vida.

De acordo com os achados neste estudo, não foi possível afirmar que a retirada dos linfonodos interferiu diretamente na qualidade de vida das participantes. É de conhecimento que a linfadenectomia axilar aumenta a ocorrência de linfedema no membro superior, sendo a mais frequente complicação no pós-operatório. Contudo, as sequelas comumente advindas do esvaziamento axilar não foram encontradas nesse estudo, com baixa porcentagem de mulheres com linfedema (16,7%), complicação que possivelmente comprometeria a qualidade de vida. Portanto, a ausência de linfedema pode constituir uma justificativa do não comprometimento significativo da qualidade de vida nas mulheres estudadas.

As cirurgias, bem como as terapias associadas, podem desencadear limitações e alterações físicas como: infecção, seroma, aderência e deiscência cicatriciais, limitação da amplitude de movimento (ADM) do ombro, cordão axilar, dor, alteração sensorial, lesão de nervo motor e/ou sensitivo, fraqueza muscular e linfedema (NASCIMENTO et al., 2012). No presente estudo, as dificuldades nas atividades de vida diária (AVD) e as limitações de ADM, ainda que investigadas subjetivamente, estavam presentes em 70% das participantes. Apesar das alterações da ADM e AVD serem relatadas pela maioria das mulheres, provavelmente não acarretavam limitações funcionais expressivas com repercussão na sua qualidade de vida.

As alterações de sensibilidade foram reportadas por 80% das participantes; contudo, por geralmente ter características de hipoestesia ou parestesia na pós-mastectomia, e não de sintomatologia dolorosa, não exerceu interferência negativa significativa na qualidade de vida.

O impacto na vida das mulheres que necessitam operar a mama, associado a um tratamento agressivo, enfrentando a ansiedade e o medo, têm contribuído para a escolha da reconstrução mamária como conduta terapêutica. O estudo de Azevedo e Lopes (2010) sobre a reconstrução mamária após a mastectomia, identificou que das mulheres que se submeteram à esta técnica, 90% descreveram o desejo de melhorar a autoestima e 10% de se reintegrarem ao convívio social. Referente à comparação entre qualidade de vida e realização da reconstrução da mama, no estudo de Furlan et al. (2013), não foram encontradas diferenças, exceto na função emocional que foi estatisticamente inferior no grupo de mulheres mastectomizadas

que ainda não havia sido submetido à reconstrução mamária. No presente estudo, também não houve diferença estatisticamente significativa, todavia, as mulheres que realizaram a reconstrução da mama mostraram escores mais altos em todos os domínios do SF-36, com exceção da “capacidade funcional”, demonstrando que esta intervenção atua mais positivamente nos quesitos psicológicos e sociais do que nos funcionais.

A sexualidade feminina durante o enfrentamento e tratamento do câncer de mama sofre alterações, interferindo na autoimagem, na função sexual e na qualidade de vida. Segundo Brito et al. (2019), o declínio da atividade sexual, como constatado no presente estudo, deve-se primordialmente ao impacto de se ter um câncer do que à perda da mama. Entretanto, entende-se que a percepção da imagem corporal também é um fator determinante da função sexual, já que o cuidado e aceitação da feminilidade são perspectivas necessárias para que a mulher tenha segurança com a sua sexualidade. No presente estudo, destaca-se que a baixa frequência de atividades sexuais poderia relacionar-se também à idade das participantes, pois na faixa etária de 41 a 74 anos, as mulheres encontram-se no climatério, com alterações dos níveis do hormônio estrogênio, resultando na diminuição do suporte pélvico e da lubrificação dos tecidos urogenitais, predispondo à dispareunia e dificuldade na atividade sexual. O hipoestrogenismo promove também a redução do colágeno cutâneo e alterações na distribuição de gordura corporal, causando mudanças na configuração corporal, o que, por sua vez, afetaria a autoimagem feminina, favorecendo uma menor autoestima e a perda do desejo sexual (CREMA; TILIO; CAMPOS, 2017).

A cirurgia realizada, independente da extensão, promove impactos na autoestima e autoimagem das mulheres (LOPES et al., 2018). No presente estudo, foi possível observar menores repercussões nas participantes, pois prevaleceram relatos de não se sentirem, nunca ou quase nunca, insatisfeitas com o corpo e com a aparência, aspecto que pode ser justificado pelos mecanismos adotados de enfrentamento da doença, que constitui um potencial influenciador da percepção de qualidade de vida e bem-estar. Outra possível justificativa para este fato refere-se ao tempo de pós-operatório, pois as participantes do estudo estavam em uma média de

pós-operatório mais crônico, com reconstruções já realizadas. Desse modo, questiona-se a mudança dos achados caso o tratamento do câncer de mama fosse mais recente.

Considera-se uma limitação do presente estudo a heterogeneidade e o número reduzido de mulheres participantes. Contudo, é importante ressaltar os seus pontos fortes e relevantes, por constituir um tema atual e de grande impacto no âmbito individual e de saúde pública. Adicionalmente, a literatura é escassa de estudos com uma abordagem ampla e que envolva extensas comparações entre variáveis relacionadas ao tratamento do câncer de mama, como executado neste estudo.

Diante destas colocações, destaca-se a importância de se empreender novos estudos com essa temática e com uma amostra maior, a fim de acrescentar informações sobre a qualidade de vida das mulheres submetidas ao tratamento do câncer de mama.

CONCLUSÃO

A qualidade de vida geral das mulheres submetidas ao tratamento do câncer de mama avaliada pelo questionário SF-36 apresentou os domínios “aspecto emocionais” e “aspectos físicos” mais prejudicados; e os domínios “capacidade funcional” e “saúde mental” com menores comprometimentos.

Houve uma fraca correlação entre o tempo de diagnóstico, tempo de cirurgia e tempo de tratamento fisioterapêutico com a qualidade de vida das mulheres investigadas.

Embora não estatisticamente significativos, maiores prejuízos às condições de saúde foram encontrados nas participantes que realizaram a quimioterapia nos domínios “estado geral de saúde” e “saúde mental”; e nos domínios “capacidade funcional”, “estado geral de saúde”, “vitalidade”, “aspectos sociais” e, principalmente, “saúde mental” nas mulheres que realizaram a radioterapia. O domínio “vitalidade” apresentou diferença estatisticamente significativa nas mulheres submetidas à radioterapia.

Na comparação entre o tipo de cirurgia mais prevalente e a qualidade de vida, o domínio “saúde mental” apresentou maior comprometimento nas mulheres submetidas às cirurgias conservadoras.

Em relação à cirurgia de linfadenectomia e a qualidade de vida das participantes, foi identificada pequenas variações nos domínios do SF-36, não permitindo afirmar que a realização da linfadenectomia alterou significativamente a qualidade de vida das mulheres.

Quanto ao procedimento de reconstrução da mama e sua repercussão na qualidade de vida, não foi identificada diferença estatisticamente significativa entre as mulheres que realizaram a cirurgia de reconstrução da mama, as que não a realizaram e as que estavam aguardando a intervenção; entretanto, as mulheres que realizaram a reconstrução da mama mostraram melhor qualidade de vida em todos os domínios avaliados, com exceção da “capacidade funcional”.

Referente às limitações e alterações relatadas pelas participantes no pós-operatório da cirurgia da mama, predominaram as alterações da sensibilidade.

Na avaliação da prática de atividade sexual, houve predomínio de mulheres que relataram não ter vida sexual ativa. A preocupação com a saúde futura foi relatada pela maioria das participantes.

Em relação aos relatos sobre o corpo e a aparência das participantes, a maior parte das mulheres relatou quase nunca ou nunca se sentir insatisfeita com o corpo ou menos bonita devido à doença ou tratamento. Além disso, a maior parte negou dificuldade em observar-se nua.

Conflito de interesse: Os autores declaram que não há conflito de interesse.

REFERÊNCIAS

AMARAL, A. V.; MEELO, R. M.; SANTOS, N. O.; LOBO, R. C.; BENUTE, G. R.; LUCIA, M. C. Qualidade de vida em mulheres mastectomizadas: as marcas de uma nova identidade impressa no corpo. **Psicologia Hospitalar**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 36-54, 2009.

AZEVEDO, R. F.; LOPES, R. L. M. Revisando as contribuições da reconstrução mamária para mulheres após a mastectomia por câncer. **Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 298-303, 2010.

BEZERRA, K. B.; SILVA, D. S.; CHEIN, M. B.; FERREIRA, P. R.; MARANHÃO, J. K.; RIBEIRO, N. L.; MOCHEL, E. G. Qualidade de vida de mulheres tratadas de câncer de mama em uma cidade do nordeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, p. 1933-1941, 2013.

BRITO, E. A. S.; FEITOSA, P. W.; VIEIRA, J.; OLIVEIRA, I. C.; SOUSA, C. M.; ROMÃO, L. M.; SOUZA, A. A. S.; SOUSA, F. R.; SANTANA, W. J. Considerações sobre a saúde sexual de mulheres com câncer: uma revisão integrativa da literatura. **Id On Line Revista de Psicologia**, v. 13, n. 45, p.750-762, 2019.

CICONELLI, R. M. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Revista Brasileira de Reumatologia**, Campinas, v. 39, n. 3, p. 143-150, 1999.

CREMA, I. L.; TILIO, R.; CAMPOS, M. T. A. Repercussões da menopausa para a sexualidade de idosas: revisão integrativa da literatura. **Psicologia**, Brasília, v. 37, n. 3, p. 753-769, 2017.

FIREMAN, K. M.; MACEDO, F. O.; TORRES, D. M.; FERREIRA, F.; LOU, M. B.. Percepção das mulheres sobre sua funcionalidade e qualidade de vida após mastectomia. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 64, n. 4, p. 499-508, 2018.

FONSECA, J. T. L.; BASTISTA, K. S. **O impacto da mastectomia na sexualidade das mulheres**. 2016. 38 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (Emescam), Vitória, 2016.

FURLAN, V. L. A.; SABINO NETO, M.; ABLA, L. E.; OLIVEIRA, C. J.; LIMA, A. C.; RUIZ, B. F.; FERREIRA, L. M. Qualidade de vida e autoestima de pacientes mastectomizadas submetidas ou não a reconstrução de mama. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 264-269, 2013.

GONÇALVES, C. V.; CAMARGO, V. P.; CAGOL, J. M.; MIRANDA, B.; MENDOZA-SASSI, R. O conhecimento de mulheres sobre os métodos para prevenção secundária do câncer de mama. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 4073-4082, 2017.

INCA. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Câncer de mama**. 2019. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-mama>>.

LOPES, J. V.; BERGEROT, C. D.; BARBOSA, L. R.; CALUX, N. M.; ELIAS, S.; ASHING, K.; DOMENICO, E. B. Impact of breast cancer and quality of life of women survivors. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, n. 6, p. 2916-2921, 2018.

MAJEWSKI, J. M.; LOPES, A. D. F.; DAVOGLIO, T.; LEITE, J. C. Qualidade de vida em mulheres submetidas à mastectomia comparada com aquelas que se submeteram à cirurgia conservadora: uma revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 707-716, 2012.

MIGOWSKI, A.; SILVA, G. A.; DIAS, M. B.; DIZ, M. P.; SANTANA, D. R.; NADANOVSKY, P. Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil. II - Novas recomendações nacionais, principais evidências e controvérsias. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 1-16, 2018.

NASCIMENTO, S. L.; OLIVEIRA, R. R.; OLIVEIRA, M. M.; AMARAL, M. T. Complicações e condutas fisioterapêuticas após cirurgia por câncer de mama: estudo retrospectivo. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 248-255, 2012.

PAIVA, A. R. B.; MONTEIRO, C. R. A. V. Qualidade de vida em mulheres mastectomizadas. **Revista de Investigação Biomédica**, São Luís, v. 10, n. 1, p. 30-37, 2018.

RODRIGUES, J. D.; CRUZ, M. S.; PAIXÃO, A. N. Uma análise da prevenção do câncer de mama no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3163-3176, 2015.

RODRIGUES, J. H. A.; LIMA, P. C.; MACHADO, E. R.; MARQUES, J. R. Análise dos efeitos da intervenção fisioterapêutica em mulheres mastectomizadas. **Saúde & Ciência em Ação: Revista Acadêmica do Instituto de Ciências da Saúde**, Goiânia, v. 4, n. 1, p. 21-36, 2018.

SAÇO, L. F.; PAULA, O. R.; MIGLIORINI, G. E.; PEREIRA, N. P.; FERREIRA, E. L. Características e avaliação da qualidade de vida em um grupo de pacientes submetidos a tratamento quimioterápico. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 37, n. 1, p. 95-102, 2011.

SILVA, C. B.; ALBUQUERQUE, V.; LEITE, J. Qualidade de vida em pacientes portadoras de neoplasia mamária submetidas a tratamentos quimioterápicos. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 56, n. 2, p. 227-236, 2010.

SILVA, S. H.; KOETZ, L. C.; SEHNEM, E.; GRAVE, M. T. Q. Qualidade de vida pós-mastectomia e sua relação com a força muscular de membro superior. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 180-185, 2014.

SIMEÃO, S. F. A. P.; LANDRO, I. C.; CONTI, M. H. S.; GATTI, M. A. N.; DELGALLO, W. A.; VITTA, A. Qualidade de vida em grupos de mulheres acometidas de câncer de mama. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 779-788, 2013.

SOUSA, T. K. C.; MONTEIRO, C. R. A. V. Qualidade de vida em pacientes submetidos ao tratamento quimioterápico. **Revista de Investigação Biomédica**, São Luís, v. 10, n. 1, p. 38-45, 2018.