

# Qualidade de Vida de Pacientes Pós-Mastectomizadas em Reabilitação Oncológica

## Quality of Life of Breast Cancer Patients during Post-Treatment Period

Kaciani Cezar<sup>a</sup>; Alessandra Pinheiro Costa Nascimento<sup>a\*</sup>

<sup>a</sup>Universidade de Cuiabá, MT, Brasil

\*E-mail: ale\_pcn@hotmail.com.

Recebido: 9 de julho de 2013; Aceito: 20 de dezembro de 2013.

### Resumo

O câncer de mama é o tipo de câncer que mais acomete mulheres em todo o mundo. Afeta diretamente a qualidade de vida, o bem estar físico, mental, psicológico e emocional, além dos relacionamentos sociais. O objetivo do estudo foi avaliar a qualidade de vida de pacientes pós-mastectomizadas em reabilitação oncológica. Foram selecionadas, através da central de regulação do município de Primavera do Leste - MT, cinco mulheres submetidas à cirurgias da mama. A avaliação da qualidade de vida foi aplicada por meio do questionário SF 36, no início e após cinco meses de atendimento. Através da análise descritiva dos dados, concluiu-se que a terapia de grupo contribui em todos os domínios para a melhora da qualidade de vida desses pacientes. A abordagem multidisciplinar na atenção de pacientes com câncer de mama determina melhores resultados no seu controle. A convivência de grupos com problemas semelhantes proporciona experiências que podem desenvolver um clima de muito valor terapêutico.

**Palavras-chave:** Neoplasias da Mama. Reabilitação. Qualidade de Vida.

### Abstract

*Breast cancer is a type of cancer that affects women worldwide. It directly affects the quality of life, physical, mental, psychological and emotional well being, as well as the social relationships. The aim of the study was to assess quality of life of breast cancer patients during their post-treatment period. Five women undergoing breast surgery have been selected through the central regulation of the municipality of Primavera do Leste - MT. A SF 36 questionnaire was applied to evaluate the quality of life at baseline and after five months of service. Through descriptive analysis of the data, it was concluded that group therapy plays an important role for improving the quality of life of these patients. A multidisciplinary approach in the care of patients with breast cancer provides better results for controlling the disease. The coexistence of groups with similar problems provides experiences that can create a situation of much therapeutic value.*

**Keywords:** Breast Neoplasms. Rehabilitation. Quality of Life.

### 1 Introdução

O câncer de mama é o tipo de câncer que mais acomete mulheres em todo o mundo. As taxas de mortalidade encontram-se elevadas no Brasil, devido a maioria dos casos ser diagnosticado em estágios avançados. A sobrevida média de cinco anos na população de países desenvolvidos tem apresentado um discreto aumento, cerca de 85%. Entretanto, nos países em desenvolvimento, a sobrevida vida é em torno de 60%<sup>1</sup>.

O câncer de mama é uma doença do genoma celular, podendo ser induzida no organismo humano por fatores exógenos (ambientais) e endógenos (do próprio organismo). Esses fatores causam mutações de genes, os quais iniciam e promovem a transformação e o crescimento maligno. Os fatores de risco para o câncer de mama são: idade, cor da pele, raça e etnia, câncer de mama prévio, doenças benignas de mamas, história familiar, lesões genéticas hereditárias, fatores endócrinos (menarca precoce, número de gestações

e paridade, amamentação, menopausa tardia), hormônios exógenos (medicamentos, como anticoncepcional oral, medicamentos fitoterápicos, pesticidas), radiação ionizante, obesidade e qualidade de vida<sup>2</sup>.

A Organização Mundial da Saúde - OMS conceitua qualidade de vida como o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade, apresentando, assim, uma relação com a percepção individual de cada pessoa sobre saúde e valores subjetivos que a constituem<sup>3</sup>.

Aspectos como a diminuição da mobilidade e linfedema do membro superior podem comprometer a qualidade de vida de mulheres com câncer de mama, devido aos desconfortos, dores, aumento do risco de infecções, diminuição da amplitude de movimento, alterações sensitivas, e problemas com a imagem corporal. No caso do câncer mamário, a luta contra uma doença capaz de ameaçar a sobrevida desses pacientes combina-se com agressão maciça à autoestima e com o tabu

caracterizando a atitude da sociedade, afetando diretamente a qualidade de vida dessas pessoas<sup>2</sup>.

A necessidade de uma abordagem multidisciplinar na atenção ao câncer de mama determina melhores resultados no seu controle. Dentro da equipe multidisciplinar, a fisioterapia deve estar voltada à profilaxia em geral, principalmente para manutenção da mobilidade e da capacidade funcional do braço ou para o seu restabelecimento, evitando que o paciente adote posições de defesa e contribuindo para evitar a formação do linfedema<sup>4</sup>.

A fisioterapia exerce papel de destaque na identificação, prevenção e/ou tratamento das seguintes alterações: diminuição da capacidade funcional e da mobilidade do ombro e da coluna cervical/torácica, consecutiva à linfonodectomia, cicatrizes cirúrgicas, hematoma na área da cirurgia, esclerose de vias linfáticas (formação de cordões), fibrose, atraso da cicatrização e/ou infecção da ferida operatória no início do pós-operatório e também no linfedema do braço. Problemas neurológicos tais como: distúrbios sensitivos na face interna do braço, dores neurálgicas no braço, restrições da mobilidade devidas à lesão de nervos (nervo torácico longo, nervo toracodorsal) e síndrome da “bola de tênis”, devida à presença de aderências na fossa axilar<sup>4</sup>.

Após a cirurgia, as pacientes passam a ter uma nova realidade do esquema corporal, pois ocorrem alterações importantes em nível anatômico, fisiológico e funcional que podem vir acompanhadas de dores, degradação da forma física e mudança no esquema corporal, alterando sua maneira de sentir e vivenciar o corpo. Baseada nestas alterações, a reabilitação física através da fisioterapia torna-se primordial<sup>5</sup>.

Assim, como a intervenção fisioterapêutica, as intervenções psicológicas possuem um papel de suma importância para amenizar o sofrimento emocional que pode ocorrer após o diagnóstico e durante o período subsequente. As reações mais frequentes incluem ansiedade, depressão, raiva e hostilidade<sup>6</sup>.

A convivência em grupo composto por pessoas com problemas semelhantes proporciona uma experiência que pode desenvolver um clima de muito valor terapêutico. Isso ajuda os participantes a quebrarem barreiras criadas por sentimentos de solidão e isolamento, especialmente pela possibilidade de *feedback* e sugestões construtivas de outras pessoas que vivenciam os mesmos problemas<sup>7</sup>.

Considerando os vários aspectos que podem influenciar a qualidade de vida de mulheres com história de câncer de mama, a pesquisa teve como objetivo avaliar a qualidade de vida de pacientes pós-mastectomizadas em reabilitação oncológica.

## 2 Material e Métodos

Os sujeitos recrutados foram pacientes do sexo feminino, acometidos pelo câncer de mama, submetidos à cirurgia de mastectomia (retirada total ou parcial da mama) e linfadenectomia (retirada dos gânglios linfáticos axilares) e que frequentavam o Centro de Reabilitação Gervásio Pinto Pereira, de Primavera do Leste - MT, uma vez por semana, sendo uma semana atendimentos fisioterapêuticos e na outra, psicológicos. Foram excluídas as mulheres que não tinham feito cirurgia de mastectomia.

Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/ UNIC) com o registro nº 187, protocolo nº 2011-187, foi realizada a coleta de informações e registros escritos através da central de regulação do município de Primavera do Leste – MT, para identificação dos indivíduos em tratamento de câncer de mama.

A coleta de dados começou com a avaliação da qualidade de vida, onde as participantes responderam ao *Medical Outcome Study 36-item Short Form (MOS SF-36)*, um questionário traduzido e validado para a língua portuguesa por Ciconelli *et al.*<sup>4</sup>, composto por 36 itens, que se resumem em oito escalas, com o resultado variando de 0 a 100, sendo 0 o pior estado geral de saúde e 100 o melhor estado de saúde. Ele foi aplicado tanto no mês de fevereiro de 2012, logo no início das terapias de grupo, quanto em julho, após totalizar cinco meses de acompanhamento e era preenchido pelas entrevistadoras.

Este questionário é composto por 36 questões que englobam oito domínios: Aspectos sociais: analisam integração do indivíduo em atividades sociais; Aspectos físicos: avaliam limitações quanto ao tipo e quantidade de trabalho, bem como quanto essas limitações dificultam; Aspectos emocionais: avaliam o impacto de aspectos psicológicos, como bem-estar do paciente; Estado geral de saúde: avalia como o paciente se sente em relação a sua saúde global; Dor: avalia a presença de dor, sua intensidade e sua interferência nas atividades da vida diária; Saúde mental: inclui questões sobre ansiedade, depressão, alterações no comportamento ou descontrole emocional e bem-estar psicológico; Vitalidade: itens que consideram o nível de energia e de fadiga e, por fim, Capacidade funcional: avalia a presença e extensão de limitação relacionada à capacidade física<sup>4</sup>.

Os atendimentos fisioterapêuticos deram-se em duas etapas, sendo a primeira com séries de relaxamento por meio de exercícios de alongamentos associados a exercícios respiratórios, enfatizando os músculos esternocleidomastóideo, escalenos, trapézio fibras superiores e inferiores, redondo maior, redondo menor, infra espinhal, grande dorsal, peitoral maior, bíceps braquial, tríceps braquial, flexores e extensores do punho. Já na segunda etapa, eram realizados exercícios de fortalecimento com ênfase nos músculos bíceps braquial, tríceps braquial, deltóide, flexores e extensores do punho, com auxílio de bastões, bolas e faixas elásticas.

### 3 Resultados e Discussão

Participaram do estudo sete mulheres, porém duas interromperam o tratamento devido às recidivas e tratamentos quimioterápicos, não conseguindo retornar a tempo do término da pesquisa, portanto foram consideradas perdas, restando cinco participantes.

Os resultados apresentados se deram a partir de uma análise descritiva do questionário SF-36, que foram expostos através de tabelas e porcentagens.

Todos os indivíduos apresentaram melhoras na análise do domínio aspectos sociais com relação à análise inicial e a final, somatizando na média total inicial 17% e final 31,1%. Quanto ao domínio de limitação por aspectos físicos, os indivíduos 1 e 4 obtiveram um pequeno aumento na escala final em comparação com a inicial, porém já nos indivíduos 2, 3 e 4 não foram observadas alterações, com média total inicial de 0% e final de 4%. Concordando com o estudo de Ciconelli *et al.*<sup>4</sup>, onde os autores reportaram que a realização de terapias em grupo oferece o benefício psicossocial da integração entre pacientes e deles com o terapeuta, constituindo uma estratégia segura e efetiva para melhorar a qualidade de vida de mulheres em tratamento para câncer de mama, pois oferecem uma sensação de suporte para as pacientes. No entanto, muitas vezes tais abordagens não são especificamente direcionadas à desordens físico-funcionais<sup>8</sup>.

Difícilmente a mulher que passa pela experiência do câncer de mama retorna à sua rotina de vida normal. As sequelas existem porque ocorre mudança de identidade, já que a autoimagem não é mais a mesma e a forma como se entendem, sentem e interpretam o mundo também mudou<sup>8</sup>.

Uma vez que muitas complicações físicas ocorrem simultaneamente à radioterapia para câncer de mama, é importante que efetivas estratégias de prevenção sejam identificadas e bem direcionadas<sup>9</sup>. As necessidades mais frequentes observadas nas pacientes com câncer de mama são os comprometimentos por aspectos físicos e sociais, relacionado ao tratamento e ao estresse emocional<sup>10</sup>.

No domínio limitação por aspectos emocionais, os indivíduos 1, 2 e 3 obtiveram melhoras satisfatórias, porém nos indivíduos 4 e 5 foi observado uma regressão na escala final comparada com a inicial, apresentando na média total do grupo inicial 19,92% e na final 53,32%. Sabe-se que as mulheres referem à dependência e perda da identidade como características de angústias e medos, que prejudicam a função emocional e sua qualidade de vida, sendo esse aspecto intensificado entre as que vivenciam o tratamento oncológico<sup>11</sup>.

**Tabela 1:** Análise dos domínios do SF-36

<b>Indivíduo I</b>	<b>Inicial</b>	<b>Final</b>
Limitações por aspectos sociais	5	25
Limitações por aspectos físicos	0	5
Limitações por aspectos emocionais	0	66,6
Estado geral de saúde	32	22
Dor	31	31
Saúde mental	40	56
Vitalidade	45	60
Capacidade funcional	15	30
<b>Indivíduo II</b>	<b>Inicial</b>	<b>Final</b>
Limitações por aspectos sociais	10	30
Limitações por aspectos físicos	0	0
Limitações por aspectos emocionais	0	100
Estado geral de saúde	52	87
Dor	41	41
Saúde mental	32	80
Vitalidade	25	80
Capacidade funcional	15	80
<b>Indivíduo III</b>	<b>Inicial</b>	<b>Final</b>
Limitações por aspectos sociais	25	35
Limitações por aspectos físicos	0	0
Limitações por aspectos emocionais	0	100
Estado geral de saúde	67	87
Dor	52	62
Saúde mental	44	80
Vitalidade	50	90
Capacidade funcional	40	70
<b>Indivíduo IV</b>	<b>Inicial</b>	<b>Final</b>
Limitações por aspectos sociais	20	35
Limitações por aspectos físicos	0	0
Limitações por aspectos emocionais	33	0
Estado geral de saúde	62	72
Dor	31	51
Saúde mental	60	76
Vitalidade	65	75
Capacidade funcional	45	65
<b>Indivíduo V</b>	<b>Inicial</b>	<b>Final</b>
Limitações por aspectos sociais	25	30,5
Limitações por aspectos físicos	0	15
Limitações por aspectos emocionais	66,6	0
Estado geral de saúde	60	100
Dor	61	51
Saúde mental	80	80
Vitalidade	70	60
Capacidade funcional	80	75

Com relação à análise do domínio estado geral de saúde do indivíduo 1, foi observado um declínio de 10 pontos na comparação da escala inicial para a final. Já para os indivíduos 2, 3, 4 e 5, foram observadas melhoras significativas que variaram de 10 para 60 pontos, apresentando a média total inicial do grupo 54,6% e na final 73,6%.

O domínio dor nos indivíduos 1 e 2 não apresentou alteração na escala inicial para final. Nos indivíduos 3 e 4, foi observada melhora de 10 pontos, atingindo a média inicial total do grupo de 43,3% e 47,2% final. Porém, vale ressaltar

que, devido às pacientes com câncer de mama vivenciarem experiências de dor físicas e psicológicas em diferentes estágios da doença, não é possível afirmar que todas sintam as mesmas dores, já que este é um conceito subjetivo<sup>13</sup>, e, no domínio saúde mental, foi observado um aumento na escala final em comparação com a inicial nos indivíduos 1, 2, 3 e 4. Já na análise comparativa do indivíduo 5, não foi observada alteração, totalizando média total inicial de 51,2% e final 74,4%.

No domínio vitalidade, os indivíduos 1, 2, 3 e 4 apresentaram melhoras consideráveis, porém o indivíduo 5 teve uma queda de 10 pontos na comparação do escore inicial para o final, apresentando na média total do grupo inicial 51% e final 73%. No que se diz respeito ao domínio capacidade funcional, os indivíduos 1, 2, 3 e 4 apresentaram melhora significativa diante da análise inicial para a final, porém no indivíduo 5 foi observado um pequeno declínio de 5 pontos atingindo uma média total do grupo de 39% inicial e 64% final.

Ambos resultados discordam das pesquisas realizadas por Nissen *et al.*<sup>12</sup> e Engel *et al.*<sup>13</sup>, onde o primeiro mostrou que mulheres submetidas à mastectomia com reconstrução imediata da mama apresentaram maiores distúrbios de bem-estar, humor e vitalidade e o segundo, utilizando o questionário EORTC, com 990 mulheres pós-tratamento de câncer de mama submetidas à mastectomia, obteve piora na Capacidade Funcional. Vale ressaltar que nesses dois estudos a amostra era superior à amostra do presente estudo, fato que pode ter corroborado com a discordância.

#### 4 Conclusão

Com relação aos domínios capacidade funcional, estado geral de saúde, vitalidade, limitação por aspectos emocionais e saúde mental, foi obtido um resultado satisfatório, com um aumento da pontuação na escala final quando comparado à escala inicial, graduando a maior parte das pacientes acima de 50%. Já nos domínios dor, limitação por aspectos físicos e limitação por aspectos sociais, a contribuição na qualidade de vida foi pequena, graduando-as abaixo da média, porém foi notável a evolução diante da avaliação final e inicial desses domínios.

Conclui-se que terapias em grupos de fisioterapia e psicologia utilizadas na reabilitação de mulheres em tratamento do câncer de mama contribuem para melhora da qualidade de vida.

É importante ressaltar que os resultados deste estudo

devem ser interpretados com cautela. O tamanho da amostra é pequeno, não podendo ser generalizado para toda população com câncer de mama. Pesquisas adicionais são necessárias para melhor compreender e avaliar a qualidade de vida de pacientes com câncer de mama.

#### Referências

1. INCA - Instituto Nacional de Câncer. Câncer de mama. 2012. [acesso em 17 out 2013]. Disponível em <http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/index.asp?id=5>.
2. Abrão FS. Tratado de oncologia genital e mamária. Rio de Janeiro: Revinter; 2006.
3. Saço LF, Paula OR, Migliorini GE, Pereira NP, Ferreira EL. Características e avaliação da qualidade de vida em um grupo de pacientes submetidos a tratamento quimioterápico. HU Rev 2011;37(1):95-102.
4. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). Rev Bras Reumatol 1999;39(3):143-50.
5. Ribeiro MCSA, Barata RB, Almeida MF, Silva ZP. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS – PNAD 2003. Ciênc Saúde Coletiva 2006;11(4):1011-22.
6. Cangussu RO, Soares TBC, Barra AA, Nicolato RN. Sintomas depressivos no câncer de mama: Inventário de Depressão de Beck – *Short Form*. J Bras Psiquiatr 2010;59(2):106-10.
7. Gomes FA, Panobianco MS, Ferreira CB, Kebbe LM, Meirelles MCCC. Utilização de grupos na reabilitação de mulheres com câncer de mama. Rev Enferm 2003(11):292-5.
8. Conde DM, Pinto-Neto AM, Freitas Júnior R, Aldrighi JM. Qualidade de vida de mulheres com câncer de mama. Rev Bras Ginecol Obstet 2006;28(3):195-204.
9. Oliveira MMF, Souza GA, Miranda MS, Okubo MA, Amaral MTP, Silva MPP, *et al.* Exercícios para membros superiores durante radioterapia para câncer de mama e qualidade de vida. Rev Bras Ginecol Obstet 2010;32(3):133-8.
10. Vieira CP, Lopes MHBM, Shimo AKK. Sentimentos e experiências na vida das mulheres com câncer de mama. Rev Esc Enferm 2007;41(2):133-8.
11. Huguet PR, Moraes SS, Osís 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.
12. Nissen MJ, Swenson KK, Ritz LJ, Farrell JB, Sladek ML, Lally RM. Quality of life after breast carcinoma surgery: a comparison of three surgical procedures. Cancer 2001;91(7):1238-46.
13. Engel J, Kerr J, Schlesinger-Raab A, Sauer H, Holzel D. Quality of life following breast-conserving therapy or mastectomy: results of a 5-year prospective study. Breast J 2004;10(3):223-31.