

Qualidade de vida de mulheres mastectomizadas matriculadas em um programa de reabilitação

Life quality of mastectomyzed women enrolled in a rehabilitation program

Calidad de vida de mujeres con la mastectomía inscritas en un programa de rehabilitación

Aaderson Rodrigues Galdino¹; Larissa Dell' Antônio Pereira²; Sebastião Benício Costa Neto³; Camila Brandão-Souza⁴; Maria Helena Costa Amorim⁵

Como citar este artigo:

Galdino AR; Pereira LD; Neto SBC; et al. Qualidade de vida de mulheres mastectomizadas matriculadas em um programa de reabilitação. Rev Fund Care Online. 2017 abr/jun; 9(2):451-458. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i2.451-458>

ABSTRACT

Objective: To evaluate the quality of life in mastectomized women enrolled in a rehabilitation program, according to sociodemographic and clinical variables. **Methods:** This is a descriptive study, conducted at the Rehabilitation Program for Mastectomized Women, at Espírito Santo, Brazil. The sample consisted of 53 women interviewed according to the standards of Visual-Analogue Quality of Life Scale for Head and Neck Cancer Carriers adapted to Breast Cancer Carriers with the consent of the authors. The data received statistical analysis by SPSS version 17.0 software and sociodemographic variables were assessed using Pearson's correlation coefficient. **Results:** It was found that younger women without breast reconstruction married and submitted to chemotherapy or hormonal therapy had greater loss of quality of life. **Conclusion:** Therefore, there is the importance of interventions to promote a better quality of life for these patients, with effective interdisciplinary action by the health team.

Descriptors: Breast Neoplasms, Quality of Life, Rehabilitation, Women's Health.

¹ Enfermeiro da Secretaria Municipal de Fundão - Espírito Santo - Brasil. Graduado pela Universidade Federal do Espírito Santo.

² Graduada em Enfermagem e Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo. Enfermeira da Secretaria de Saúde do Estado do Espírito Santo.

³ Doutor em Psicologia pela Universidade de Brasília, Professor adjunto II da Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

⁴ Mestre e doutoranda em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de São Paulo. Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Espírito Santo.

⁵ Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Professor Associado do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo.

RESUMO

Objetivo: Avaliar a qualidade de vida em mulheres mastectomizadas matriculadas em um programa de reabilitação, segundo as variáveis sociodemográficas e clínicas. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo, realizado no Programa de Reabilitação para Mulheres Mastectomizadas, no Espírito Santo, Brasil. A amostra foi composta por 53 mulheres entrevistadas através da Escala Análogo-Visual de Qualidade de Vida de Portadores de Cânceres de Cabeça e Pescoço, adaptada para Portadores de Câncer de Mama com aquiescência dos autores. Os dados obtidos receberam tratamento estatístico no programa SPSS versão 17.0 e as variáveis sociodemográficas foram avaliadas através do coeficiente de correlação de Pearson. **Resultados:** Identificou-se que mulheres mais jovens, sem reconstrução da mama, casadas e em tratamento de quimioterapia ou hormonioterapia apresentaram maiores perdas da qualidade de vida. **Conclusão:** Diante disso, destaca-se a importância de intervenções que promovam melhor qualidade de vida a essas pacientes, com atuação interdisciplinar eficaz por parte da equipe de saúde.

Descritores: Neoplasias da mama, Qualidade de Vida, Reabilitação, Saúde da Mulher.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la calidad de vida en las mujeres con mastectomía inscritas en un programa de rehabilitación, de acuerdo con las variables sociodemográficas y clínicas. **Métodos:** Se trata de un estudio descriptivo, realizado en el Programa de Rehabilitación para Mujeres Mastectomizadas, en Espírito Santo, Brasil. La muestra consistió en 53 mujeres entrevistadas por la Escala Análogica-visual para la Calidad de Vida de Portadores de Cánceres de la Cabeza y Cuello adaptado para las pacientes con cáncer de mama, con el consentimiento de los autores. Los datos recibidos fueron analizados con el programa SPSS versión 17.0 y las variables sociodemográficas se evaluaron utilizando el coeficiente de correlación de Pearson. **Resultados:** Se encontró que las mujeres más jóvenes sin reconstrucción mamaria, casadas y en la quimioterapia o terapia hormonal tenían una mayor pérdida de calidad de vida. **Conclusión:** Por lo tanto, existe la importancia de las intervenciones para promover una mejor calidad de vida de estos pacientes, con una acción interdisciplinaria eficaz por parte del equipo de salud. **Descriptores:** neoplasias de la mama, Calidad de Vida, Rehabilitación, Salud de la Mujer.

INTRODUÇÃO

O câncer tem alcançado maiores dimensões a cada ano. Considerado a segunda maior causa de morte no Brasil, o Instituto Nacional do Câncer estima que ocorram aproximadamente 576 mil novos casos dessa patologia, para o ano de 2014.¹ Isso corresponde a 20.8% de todos os tipos de câncer em mulheres.¹ A Organização Mundial de Saúde estima que ocorram mais de um milhão de novos casos de câncer de mama no mundo a cada ano.²

Apresentando uma estimativa de 57 mil novos casos de neoplasias da mama para 2014, o câncer de mama alcança o primeiro lugar entre os tipos de cânceres mais incidentes nas mulheres, exceto câncer de pele não melanoma.¹ Na região sudeste a estimativa para esse mesmo período é de 30.740 novos casos, que corresponde a 21.5% de todos os tipos de câncer em mulheres, sendo maior que a estimativa

do país, e superior a de todas as regiões brasileiras.¹ Diante desses dados, percebe-se o aumento de mulheres acometidas por tal doença, o que implica na necessidade de desenvolver estratégias de tratamento eficaz nas redes de atenção à saúde considerando a Qualidade de Vida (QV) das pacientes.

Minayo³ conceitua QV da seguinte maneira:

Qualidade de vida diz respeito ao padrão que a própria sociedade define e mobiliza para conquistar, consciente ou inconscientemente; e ao conjunto das políticas públicas e sociais que induzem e norteia o desenvolvimento humano, as mudanças positivas no modo, nas condições e estilos de vida, cabendo parcela significativa da formulação e das responsabilidades ao setor denominado saúde.

Apesar dessa definição, há uma dificuldade em se obter um consenso sobre o conceito de QV, pois o mesmo está atrelado ao seu caráter subjetivo e, conseqüentemente, de difícil conceituação.⁴ Diante desta subjetividade, a percepção do indivíduo, seus sentimentos e as suas condições de saúde podem afetar sua QV.⁵

Visto a importância da condição de saúde, o diagnóstico de um câncer certamente causa um impacto grande na vida do paciente. Se tratando de câncer de mama, o efeito é devastador para a mulher pelo fato da mama estar intimamente ligada à feminilidade, a hipótese de alteração ou remoção da mesma leva a um comprometimento da QV.⁵

Insta entender que a piora na QV está relacionada às limitações quanto à mobilidade, às atividades da vida cotidiana e à capacidade para o trabalho e que isso resulta em uma redução significativa do nível de independência,⁶ cabe à equipe de saúde se atentar quanto a esses fatores, valorizando o paciente de maneira holística, buscando compreender o bem-estar, bem-ser, bem-ter e bem-viver de cada indivíduo.⁷ A enfermagem, em especial, por estar diretamente envolvida em todos os processos, do diagnóstico à reabilitação e ressocialização dessa mulher, torna-se um pilar importante na percepção e no apoio à mulher mastectomizada, que se vê fragilizada. Entender bem e conseguir intervir de maneira eficaz nesse processo são fatores fundamentais e ao mesmo tempo desafiadores muitas vezes pela falta de preparo, vontade e sensibilidade de alguns profissionais, ou mesmo por saber do peso que a doença traz e o estigma que esta carrega, subestimando a própria capacidade de intervenção na situação.

Este trabalho justifica-se por sua relevância, pois destaca a importância de avaliar a qualidade de vida dessas pacientes, para que ações possam ser realizadas no intuito de promoção da QV e assistência integral ao paciente, objetivando avaliar a qualidade de vida das mulheres matriculadas no Programa de Reabilitação para Mulheres Mastectomizadas (PREMMA), segundo as variáveis socioeconômicas e clínicas, e através de uma Escala Análogo-Visual de Qualidade de Vida.⁷

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo transversal, de abordagem quantitativa. Realizou-se no PREMMA, que funciona no ambulatório Ylza Bianco do Hospital Santa Rita de Cássia (HSRC) da Associação Feminina de Educação e Combate ao Câncer (AFECC), no município de Vitória/ES, Brasil. O PREMMA é resultado de uma parceria entre o Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo e do HSRC/AFECC. Trata-se de um Programa interdisciplinar, no qual são realizadas dinâmicas e exercícios de reabilitação voltados para a prevenção dos agravos relacionados ao acometimento do câncer de mama, desde o momento do pós-diagnóstico, para que a mesma tenha apoio em todas as etapas do tratamento.

A amostra foi composta de forma aleatória. Para o cálculo do seu tamanho, utilizou-se o programa Bioestat 5.0. Considerou-se *Alfa* de 5%, *Beta* de 80%.

O *n* mínimo calculado foi de 41 mulheres com diagnóstico de câncer de mama, ao final, 53 mulheres foram entrevistadas e permaneceram no estudo.

Os critérios de inclusão foram: ser mulher; estar em tratamento/acompanhamento no HSRC/AFECC e matriculadas no PREMMA; ter idade igual ou maior que 18 anos; concordarem em participar do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Qualidade de vida foi mensurada pela Escala Análogo-Visual de Qualidade de Vida de Portadores de Cânceres de Cabeça e de Pescoço, adaptada para Portadores de Câncer de Mama com aquiescência dos autores. As variáveis foram: idade, estado civil, etnia, grau de instrução, ocupação, procedência, estadiamento clínico, tempo de participação no PREMMA, apoio espiritual, apoio familiar e tratamentos realizados.

O processo de coleta de dados se deu por entrevista individualizada realizada pelo próprio investigador, no período de maio a julho do ano de 2012. O Instrumento de Coleta foi a Escala Análogo-Visual de Qualidade de Vida de Portadores de Cânceres de Cabeça e de Pescoço. Trata-se de uma escala Análogo-Visual composta de 34 questões, a última versão em português recebeu autorização de Antoni Font Guiteras para adaptação para a população brasileira⁷.

A paciente respondia a esse questionário semiestruturado, indicando em uma linha de 100 (cem) milímetros quanto cada fator a atingia. A linha reta equivale de 0 a 100 pontos percentuais, onde à margem esquerda encontra-se a opção indicadora de normalidade (0) do fator em análise e na outra margem, a opção indicadora de máximo comprometimento do fator em análise (100), conseqüentemente, perda em indicadores de QV.

A fórmula de pontuação para as subescalas de qualidade de vida foi realizada da seguinte maneira: Pontuação do paciente por subescala é igual à soma de percentuais do paciente em cada subescala dividido pelo total de itens que compõem a subescala. Os dados obtidos foram organizados em tabelas no

Excel 2007 e para tratamento estatístico utilizou-se o pacote *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 17.0. As variáveis sociodemográficas também foram avaliadas através do Coeficiente de Correlação de *Pearson*.

Atendendo à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo sob o nº 29888 em Maio de 2012. A pesquisa também foi aprovada pelo Núcleo de Estudos do HSRC (ANEXO C).

RESULTADOS

A Tabela 1 mostra que 58.5% das mulheres entrevistadas possui faixa etária entre 40 a 59 anos e são casadas. A ocupação de aposentada/pensionista corresponde a 26.4% das mulheres. Residem em área urbana 92.5%, sendo que 77.4% das residências localizam-se na Grande Vitória. A amostra se autodeclarou predominantemente parda (69.9%) e estudou de primeira à quarta série do ensino fundamental (47.1%). Das mulheres, 92.5% alegaram ter apoio da família e 100% responderam ter algum tipo de apoio espiritual.

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico das participantes do programa de reabilitação para mulheres mastectomizadas

Variável	Categoria	N	%
Distribuição etária	20-39	3	5.7
	40-59	31	58.5
	60-79	19	35.8
Estado Civil	Casada	31	58.5
	Não casada	22	41.5
Ocupação	Do lar	7	13.2
	Doméstica/Faxineira	8	15.1
	Aposentada/ Pensionista	14	26.4
Residência	Funcionária	8	15.1
	Lavradora	5	9.4
	Urbana	49	92.5
Município	Rural	4	7.5
	Grande Vitória	41	77.4
Etnia	Interior do Estado	12	22.6
	Branca	12	22.6
	Parda	37	69.9
Escolaridade	Negra	4	7.5
	Analfabeta/Ensino fundamental incompleto	39	73.6
	Ensino fundamental completo	5	9.4
	Ensino médio completo	5	9.4
	Ensino superior completo	4	7.5

(*Continua*)

(Continuação)

Variável	Categoria	N	%
Apoio familiar	Sim	49	92.5
	Não	4	7.5
Apoio espiritual	Sim	53	100
	Não	0	0

Quanto às variáveis clínicas, pode-se observar que houve predominância do estadiamento clínico inicial (78.6%), mastectomia foi o procedimento mais realizado (54.7%) e as pacientes que realizaram as sessões de quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia representaram 75.4%, 67.9% e 56.6%, respectivamente. Maior parte das pacientes não realizou reconstrução mamária (92.5%), 62.5% estão em tratamento, e participando do PREMMA no período de zero a doze meses (41.4%).

Tabela 2 - Perfil clínico das participantes do programa de reabilitação para mulheres mastectomizadas

Variável	Categoria	N	%
Estadiamento	Inicial	33	78.6
	Tardio	9	21.4
Tratamento recebido			
Tipo de cirurgia	Mastectomia	29	54.7
	Quadrantectomia	24	45.3
Quimioterapia	Sim	40	75.4
	Não	13	24.6
Radioterapia	Sim	36	67.9
	Não	17	32.1
Hormonioterapia	Sim	30	56.6
	Não	23	43.4
Reconstrução mamária	Sim	4	7.5
	Não	49	92.5
Tratamento atual	Em tratamento	33	62.5
	Pós tratamento	20	37.5
Tempo de participação no PREMMA	0- 12 meses	22	41.4
	13-60 meses	20	37.7
	Mais de 5 anos	11	20.9

Na Tabela 3, utilizou-se o teste de correlação de *Pearson* comparando a idade das pacientes e as dimensões de QV, e idade com expectativas decorrentes. Observou-se que quanto maior a idade, menor a perda nas dimensões de hábitos cotidianos, psicológica e avaliação geral da QV.

Tabela 3 - Coeficientes de correlação entre as dimensões de qualidade de vida e a idade, segundo escala análogo-visual (n=53)

DIMENSÃO	R
Física	-0.24
Hábitos cotidianos	-0.45**
Social/Familiar	-0.23
Psicológica	-0.35**
Avaliação geral da QV	-0.29*
Expectativa teórica	0.25
Expectativa autorreferencial	-0.15
Expectativa de autoeficácia	0

*p ≤ 0.05; **p ≤ 0.01

A Tabela 4 apresenta a perda QV, que no geral foi maior na dimensão do Físico e do Social/Familiar. Na primeira, as pacientes de 20 a 39 anos apresentaram Média (M) de 36.6 muito superior quando comparadas às de 60 a 79 anos (M 13.7).

Tabela 4 - Médias e desvios-padrão das perdas de qualidade de vida segundo variáveis sociodemográficas e clínicas

	Domínios (M e DP)			
	Físico	Hábitos Cotidianos	Social/ Familiar	Psicológica
Total	22.4 ±21.5	2.8 ±1.4	20.1 ±16.4	19 ±15.5
Grupo etario				
20-39	36.6 ±32.3	3.9 ±1.9	33.2 ±27.6	31.2 ±20.5
40-59	26.4 ±21.7	3 ±1.1	20.6 ±15.2	22.1 ±15.4
60-79	13.7 ±17.2	2.1 ±1.4	17.2 ±16.4	11.9 ±12.7
Estado civil				
Casada	24.5 ±21.7	3.1 ±1.2	22.7 ±16.2	18.4 ±14.9
Não casada	19.5±21.3	2.2 ±1.3	16.4 ±16.3	19.7 ±16.7
Etapa do Tratamento				
Em tratamento	22.5 ±23.4	3.1 ±1.2	21.4 ±16.4	20.1 ±16.4
Pós tratamento	22.2 ±18,5	2.5 ±1.4	18 ±16.6	17 ±14.1
Tratamento atual				
Quimioterapia	32.7 ±38.7	3.8 ±1.5	26.4 ±4.9	12.5±10.1
Radioterapia	14.5±20.5	1.6 ±1.9	1.1 ±1.6	6.5 ±9.1
Hormonioterapia	26 ±23.3	3.3 ±1.1	24 ±18.9	25.3±15.8

Tabela 4 (continuação) - Médias e desvios-padrão das perdas de qualidade de vida segundo variáveis sociodemográficas e clínicas

	Domínios (M e DP)			
	Avaliação Geral QV	Expectativa Teórica	Expectativa Autorreferencial	Expectativa Autoeficácia
Total	7.9 ±21.7	4 ±11.5	2 ±8.5	0 ± 0
Grupo etario				
20-39	33.3 ±57.7	4 ±6.9	16.6 ±28.8	0 ± 0
40-59	9.3 ±21.7	0.9 ±3.5	1 ±5.9	0 ± 0
60-79	1.5 ±6.8	9 ±17.7	1.1 ±4.8	0 ± 0
Estado civil				
Casada	9 ±24.2	4.5 ±12.4	3.5 ±11	0 ± 0
Não casada	6.3 ±17,9	3.2 ±10.3	0 ±0	0 ± 0
Etapa do Tratamento				
Em tratamento	12.1 ±26.5	1.7 ±4.6	2.2 ±10.2	0 ± 0
Pós tratamento	0.9 ±4	7.8 ±17.4	1 ±4.6	0 ± 0
Tratamento atual				
Quimioterapia	32±27.2	0 ±0	0 ± 0	0 ± 0
Radioterapia	0±0	5.5 ±7.7	0 ± 0	0 ± 0
Hormonioterapia	11 ±26.8	1.6 ±5	4.3 ±13.3	0 ± 0

Quanto à dimensão Hábitos Cotidianos, todas as mulheres obtiveram M, DP e MD próximos, o que não ocorreu no fator Social/familiar onde mais uma vez as pacientes de 20 a 39 anos alcançaram maiores valores (M 33.2) em relação às demais pacientes. Ainda nesta dimensão, as pacientes casadas alcançaram maiores valores M 22.7 (DP 16.2 e MD 23.1) do que as não casadas M 16.4 (DP 16.3 e MD 12.6).

Ao avaliar a dimensão psicológica, as pacientes de 20 a 39 anos apresentam M 31.2 (DP 20.5 e MD 38.6), um valor superior quando comparamos com pacientes de 40 a 59 anos M 22.1 (DP 15.4 e MD 21.3) e ainda maior com relação às pacientes de 60 a 79 anos M 11.9 (DP 12.7 e MD 9).

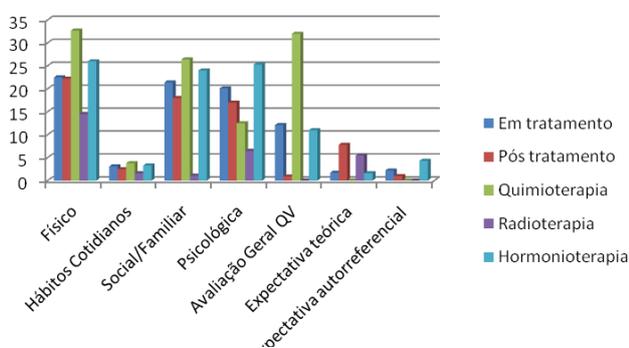
Na Avaliação Geral da QV, as mulheres de 20 a 39 anos (M 33.3, DP 57.7 e MD 0) obtiveram valores muito maiores com relação às de 40 a 59 anos (M 9.3, DP 21.7 e MD 0) e às de 60 a 79 anos (M 1.5, DP 6.8 e MD 0).

As mulheres com idade entre 60 e 79 anos atingiram maiores valores (M 9, DP 17.7 e MD 0) na dimensão expectativa teórica quando comparadas com as outras faixas etárias.

Quanto à expectativa autorreferencial, nota-se discrepância entre as pacientes de 20 a 39 anos (M 16.6, DP 28.8 e MD 0) com relação às outras faixas etárias. Mulheres casadas obtiveram maiores valores (M 3.5, DP 11 e MD 0) que as não casadas (M 0, DP 0 e MD 0).

Na Figura 3 o gráfico mostra que na dimensão física as pacientes em tratamento (M 22.5, DP 23.4 e MD 19) obtiveram valores semelhantes às em pós-tratamento (M 22.2, DP 18.5 e MD 25.2). Ainda nessa dimensão, nota-se que mulheres em quimioterapia alcançaram maiores valores (M 32.7, DP 38.7 e MD 27.5) seguidas das pacientes em hormonioterapia (M 26, DP 23.3 e MD 24.4) e em radioterapia (M 14.5, DP 20.5 e MD 14.5), ou seja, maior perda da QV.

Figura 3 - Configuração das médias de qualidade de vida, segundo as variáveis tratamento atual e tipos de tratamento atual



Na dimensão de hábitos cotidianos, todas as pacientes atingiram valores baixos e semelhantes entre si, o que não ocorreu na dimensão social/familiar onde pacientes em tratamento (M 21.4, DP 16.4 e MD 18) obtiveram valores um pouco maiores quando comparadas com as pós tratamento (M 18, DP 16.6 e MD 15.9), mas a grande diferença se deu quando analisou-se pacientes em quimioterapia (M 26.4, DP 4.9 e MD 25.3) e hormonioterapia (M 24, DP 18.9 e MD 18) com radioterapia (M 1.1, DP 1.6 e MD 1.1).

Pacientes em tratamento (M 20.1, DP 16.4 e MD 14.5) obtiveram valores parecidos, na dimensão psicológica, comparadas às pacientes em pós-tratamento (M 17, DP 14.1 e MD 20), enquanto que as mulheres em hormonioterapia (M 25.3, DP 15.8 e MD 29) alcançaram valores maiores que as pacientes em quimioterapia (M 12.5, DP 10.1 e MD 8.2) e em radioterapia (M 6.5, DP 9.1 e MD 6.5).

Quando compara-se na dimensão Avaliação Geral da QV, pacientes em tratamento (M 12.1, DP 26.5 e MD 0) com pacientes pós tratamento (M 0.9, DP 4 e MD 0) percebe-se uma diferença grande entre os grupos. O mesmo se dá com pacientes em quimioterapia (M 32, DP 27.2 e MD 29) comparadas aos pacientes em hormonioterapia (M 11, DP 26.8 e MD 0) e em radioterapia (M 0, DP 0 e MD 0).

Percebe-se diferença na dimensão expectativa teórica, ao identificar que mulheres em tratamento (M 1.7, DP 4.6 e MD 0) possuem valores menores que as em pós-tratamento (M 7.8, DP 17.4 e MD 0); e as pacientes em radioterapia (M 5.5,

DP 7.7 e MD 5.5) obtiveram maiores valores nesta dimensão com relação às pacientes em hormonioterapia (M 1.6, DP 5 e MD 0) e quimioterapia (M 0, DP 0 e MD 0).

Quanto à dimensão expectativa autorreferencial, pacientes em hormonioterapia apresentaram valores maiores (M 4.3, DP 13.3 e MD 0) que todas as outras pacientes. Importante ressaltar que na dimensão expectativa de autoeficácia as mulheres de todos os grupos obtiveram valor 0.-

DISCUSSÃO

O tratamento cirúrgico para neoplasia maligna da mama provoca importantes alterações no indivíduo. Quando realizada a mastectomia, maioria desta amostra, a imagem corporal alterada da mulher além de provocar sensação de mutilação e perda da sensualidade, devido à ausência da mama,⁸ também provoca diminuição das atividades de lazer, religiosas e sexuais,⁹ tais fatores interferiram diretamente na dimensão Social/Familiar e psicológica das pacientes do estudo. É válido ressaltar a importância da abordagem clínica eficaz quanto aos aspectos psicossociais, para isso é necessário uma sensibilização e capacitação dos profissionais para realização de intervenções eficazes para essas situações.¹⁰ Preparar os enfermeiros, equipe envolvida diariamente nesse processo, torna-se fundamental.

A mastectomia também pode ocasionar sintomas de fortes dores, cabendo aos profissionais responsáveis desenvolver medidas preventivas que atenuem a dor pós-operatória, provoquem o mínimo possível de lesões nervosas e realizem um acompanhamento rigoroso desde o pós-operatório, objetivando minimizar ao máximo as limitações impostas pela dor¹¹ e pelo medo. Neste estudo, o que mais colaborou para que a dimensão física resultasse na diminuição da QV foi o fator dor, pois poucas pacientes relataram náuseas nas últimas vinte quatro horas que antecederam a entrevista. Esse fator pode ser mais bem controlado se a equipe de enfermagem estiver atenta e disposta a conhecer os pacientes aos quais atende, pois sinais e sintomas de dor podem ser facilmente identificados por uma equipe bem treinada, e minimizados quando essa equipe esta empenhada em trazer conforto e bem estar à essas pessoas.

Com relação às pacientes que não realizaram reconstrução mamária, 92.5% da amostra, alerta-se quanto à importância de uma boa estruturação do serviço de saúde onde essas pacientes são atendidas, pois a reconstrução mamária tenta suavizar as sequelas físicas e psicológicas, impostas pela mastectomia, buscando reconstruir a imagem corporal e autoestima da mulher além de melhorar a sexualidade.^{12,13,14} Portanto, buscar diminuir o tempo de espera para realizar a reconstrução da mama, sem pôr em risco a paciente, torna-se importante para a melhora da QV.

Este estudo mostrou que mulheres mais velhas obtiveram aumento da QV nas dimensões Hábitos cotidianos, Psicológica e Avaliação Geral da QV quando comparadas com as de menor idade. Um estudo realizado com 110 mulheres com

câncer de mama encontrou resultados semelhantes, levando a entender que mulheres com maior idade possuem estratégias de enfrentamento mais eficazes e aceitam melhor o acometimento da doença e o seu tratamento.⁵ Além disso, as pacientes mais jovens podem ter planos de maternidade adiados ou abandonados em decorrência do tratamento. Estudos demonstram que essas mulheres possuem baixa positividade para o receptor de estrogênio, diminuindo as chances de hormonioterapia e possível esterilidade, apesar do carcinoma se configurar como mais agressivo nessa faixa etária.^{15,16}

As médias apresentadas pelas mulheres mais jovens refletem a maior perda da qualidade de vida em todas as dimensões e quanto à expectativa autorreferencial. Porém, ressaltamos a limitação deste estudo quanto ao pequeno número de mulheres nessa faixa etária. O estudo converge com a literatura, que confirma que as pacientes de menor idade apresentam pior prognóstico quando comparadas a mulheres com idade mais avançada.^{15,17,18}

As mulheres casadas, na dimensão Social/familiar, apresentaram maior perda da QV, demonstrando dificuldades no relacionamento com a família e cônjuges. A literatura corrobora com nossa pesquisa afirmando que a qualidade do relacionamento influencia diretamente na QV, o que indica relacionamentos pouco satisfatórios.^{5,19} Outros trabalhos também destacam piora nos relacionamentos conjugais após a mastectomia, ressaltando ainda a necessidade da enfermagem e toda equipe de saúde de prestar assistência ao casal, que vivencia um momento delicado na vida conjugal.^{20,21,22}

Com maior perda da QV na maioria das dimensões, pacientes em tratamento quimioterápico apresentam essas perdas ocasionadas pelos efeitos colaterais do tratamento.²³ Porém, as pacientes em hormonioterapia obtiveram maiores perdas na dimensão psicológica caracterizando menor satisfação com a vida em geral devido aos problemas de saúde. Uma pesquisa realizada com 270 mulheres em tratamento com Tamoxifeno, demonstrou que a maioria delas queixou-se dos efeitos colaterais ocasionados por este medicamento, principalmente o fogaço²⁴, tal sintoma contribui para diminuição da QV.

Apesar de várias dimensões comprovarem perda da QV, algo que chama atenção neste estudo é o fato de todas as pacientes acreditarem plenamente em sua capacidade de desenvolver ações que contribuam para superação dos próprios problemas de saúde (expectativa de autoeficácia). Assim como visto em artigos, atuação interdisciplinar e assistência integral ao portador de neoplasias da mama, promovem aumento da QV.^{10,11} O PREMMA possui um modelo de atuação que busca dar assistência aos pacientes nas diversas áreas da vida, com um conceito de saúde que busca o equilíbrio biopsicossocial entendendo a importância da integralidade.^{4,7,25} Por valorizar o trabalho interdisciplinar, o atendimento em grupo, a escuta e a reabilitação, o grupo, fundado por uma enfermeira, e que hoje conta com um grupo multiprofissional, tem buscado, e conseguido, intervir de maneira positiva, na QV das mulheres que o frequentam,

oferecendo, além do essencial, cumplicidade, companheirismo e apoio incondicional.

CONCLUSÃO

Com este estudo pôde-se dimensionar a perda de QV em mulheres mastectomizadas segundo as variáveis socio-demográficas e clínicas, com uma Escala Análogo-Visual de Qualidade de Vida, identificando que as pacientes apresentaram menor QV nas dimensões Física, Social/familiar e Psicológica, destacando-se mulheres mais jovens e mulheres em tratamento quimioterápico.

Este trabalho apresentou limitações quanto ao número amostral, onde em alguns grupos poucas pacientes foram avaliadas. Além disso, encontramos dificuldades em correlacionar o estudo com outros que utilizaram a Escala Análogo-Visual de Qualidade de Vida. Sugerimos que mais estudos sejam realizados com este instrumento para melhor dimensionamento da QV.

Julga-se este trabalho importante para o meio acadêmico, visto que possibilitou identificar e avaliar a QV de pacientes que passaram ou estão passando por uma situação de adaptação quanto à nova condição de vida imposta pelo câncer de mama. Ressalta-se ainda, a importância de capacitação e conscientização dos profissionais em atuar de maneira interdisciplinar objetivando promoção de uma melhor QV para essas pacientes.

O PREMMA busca contribuir na promoção da QV, pois além de ensinar e realizar exercícios de reabilitação, na busca de minimizar complicações, como o linfedema, promove a atuação de vários profissionais com o objetivo de auxiliar cada paciente no encontro do equilíbrio biopsicossocial. Sugerimos aos profissionais e gestores buscar maneiras para implantação de programas como esse, que visa a integralidade do ser, não somente para casos de neoplasias, mas em diversas áreas da saúde que visem manter e ou promover a QV.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Estimativa 2014: Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2013.
2. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Controle do Câncer de Mama: Documento de Consenso. Rio de Janeiro: INCA; 2004.
3. Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Revista Ciênc saúde coletiva*. 2000; 5 (1): 7-18.
4. Silva CB, Albuquerque V, Leite J. Qualidade de vida em pacientes portadoras de neoplasia mamária submetidas a tratamentos quimioterápicos. *Rev bras cancerol*. 2010; 56 (2): 227-33.
5. Huguet PR, Morais SS, Osis MJD, Pinto AM Nt. Qualidade de vida e sexualidade de mulheres tratadas de câncer de mama. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2009; 31 (2): 61-7.
6. Oliveira RR, Morais SS, Sarian LO. Efeitos da reconstrução mamária imediata sobre a qualidade de vida de mulheres mastectomizadas. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2010; 32 (12): 602-8.
7. Costa SB NT. Qualidade de vida dos portadores de neoplasia de cabeça e de pescoço: o bem-estar, o bem-ser, o bem-ter e o bem-viver. [tese]. Brasília: Universidade de Brasília; 2002.
8. Sheppard LA, Sally E. Breast cancer and sexuality. *Breast J*. 2008; 14 (2): 176-81.
9. Macêdo GD, Lucena NMG, Soares LMM, Rocha PO, Gutiérrez CV, López MCB. Influência do estilo de vida na qualidade de vida de mulheres com câncer de mama. *Rev bras ciênc. Saúde*. 2011; 14 (4): 13-8.
10. Oliveira CL, Sousa FPA, Garcia CL, Mendonça MRK, Menezes IRA, Brito FE Jr. Câncer e imagem corporal: perda da identidade feminina. *Rev RENE*. 2010; 11 (número especial): 53-60.
11. Couceiro TCM, Menezes TC, Valença MM. Síndrome dolorosa pós-mastectomia: a magnitude do problema. *Rev Bras Anesthesiol*. 2009; 59 (3): 358-65.
12. Azevedo RF, Lopes RLM. Revisando as contribuições da reconstrução mamária para mulheres após a mastectomia por câncer. *Rev enferm. UERJ*. 2009; 18 (2): 298-303.
13. Sebastian J, Manos D, Bueno MJ, Mateos N. Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial. *Clínica y Salud*. 2007; 18 (2).
14. Moreira JR, Neto MS, Pareira JB, Biasi T, Garcia EB, Ferreira LM. Sexualidade de mulheres mastectomizadas e submetidas à reconstrução mamária. *Rev Bras Mastologia*. 2011; 20 (4): 177-82.
15. Dutra MC, Rezende MA, Andrade VP, Soares FA, Ribeiro MV, Paula EC, et al. Imunofenótipo e evolução do câncer de mama: comparação entre mulheres muito jovens e mulheres na pós-menopausa. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2009; 31 (2): 54-60.
16. Anders CK, Hsu DS, Broadwater D, Acharya CR, Foenks JA, Zhang Y, et al. Young age at diagnosis correlates with worse prognosis and defines a subset of breast cancers with shared patterns of gene expression. *J Clin Oncol*. 2008; 26 (20): 3324-30.
17. El Saghir NS, Seoud M, Khalil MK, Charaffedine M, Salem ZK, Geara BF, et al. Effects of Young age at presentation on survival in breast cancer. *BMC Cancer*. 2006; 6: 194.
18. Elcum N, Dermime S, Ajarim D, Al-Zahrani A, Alsaied A, Tulbah A, et al. Being 40 or younger is an independent risk factor for relapse in operable breast cancer patients: The Saudi Arabia experience. *BMC Cancer*. 2007; 7: 222.
19. Conde DM, Pinto-Neto AM, Cabello C, Santos-Sá D, Costa-Paiva L, Martinez EZ. Quality of life in Brazilian breast cancer survivors age 45-65 years: associated factor. *Breast J*. 2005; 11 (6): 425-32.
20. Avci IA, Kumcagis H. Marital adjustment and loneliness status of women with mastectomy and husbands reactions. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2011; 12(2):453-9.
21. Ferreira CB, Almeida AM, Rasera EM. Sentido do diagnóstico por câncer de mama feminino para casais que o vivenciaram. *Interface (Botucatu)*. 2008; 12 (27): 863-71.
22. Sawin EM. "The body gives way, things happen": olden women describe breast cancer with a non-supportive intimate partner. *Eur J Oncol Nurs*. 2012; 16 (2012): 64-70.
23. Sawada NO, Nicolussi AC, Okino L, Cardoso FMC, Zago MMF. Avaliação da qualidade de vida em pacientes com câncer submetidos à quimioterapia. *Rev Esc Enferm USP*. 2009; 43 (3): 581-7.
24. Leite FMC, Bubach S, Amorim MHC, Castro DS, Primo CC. Mulheres com diagnóstico de câncer de mama em tratamento com tamoxifeno: perfil sociodemográfico e clínico. *Rev bras cancerol*. 2011; 57 (1): 15-21.
25. Grisales-Naranjo IV, Arias-Valencia MM. Humanized care; the case of patients subjected to chemotherapy. *Invest Educ Enferm*. 2013; 31(3): 364-376.

Recebido em: 18/02/2016

Revisões requeridas: Não

Aprovado em: 15/06/2016

Publicado em: 10/04/2017

Autor responsável pela correspondência:

Aaderson Rodrigues Galdino
Rua Joaquim Araújo Espíndula, n. 90

Centro da Cidade

Fundão, Espírito Santo

E-mail: aadersongaldino@gmail.com

CEP: 29185-000