Qualidade de Vida de mulheres com Câncer de mama no pré-operatório, pós-operatório e em tratamento quimioterápico

Quality of life of women with breast cancer in the preoperative, postoperative and chemotherapy treatments

DOI:10.34119/bjhrv4n2-216

Recebimento dos originais: 04/02/2021
Aceitação para publicação: 28/03/2021

Larissa Dell'Antonio Pereira
Doutoranda e Mestre em Saúde Coletiva e Bacharel em Enfermagem pela Universidade Federal do Espírito Santo. Chefe do Núcleo Especial de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Estadual de Saúde do Espirtio Santo
Endereço: Rua Manoel Barros da Costa, 66, Jardim Camburi, Vitória – ES – Brazil
CEP: 29090-730
E-mail: lissadellantonio@gmail.com

Maria Aparecida Amaral Musso
Mestre em Saúde Coletiva e Bacharel em Odontologia pela Universidade Federal do Espírito Santo
E-mail: aparecidaestrela2@gmail.com

Marcela Vieira Calmon
Doutoranda e Mestre em Saúde e Bacharel em Odontologia pela Universidade Federal do Espírito Santo
E-mail: Group on Cancer. Email: marcelacalmon@yahoo.com.br

Camila Brandão de Souza
Doutora e Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de São Paulo
Bacharel em Enfermagem pela Universidade Federal do Espírito Santo
Membro do Grupo de Estudos do Câncer
E-mail: ufesmila_enfer@yahoo.com.br

Eliana Zandonade
Doutora em Estatística pela Universidade de São Paulo. Mestre em Teoria do Controle e Estatística pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Bacharel em Matemática e Estatística pela Universidade Federal do Espírito Santo. Professora da Graduação em Estatística e professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Espírito Santo
E-mail: elianazandonade@uol.com.br

Sebastião Benício da Costa Neto
Doutor e Mestre em Psicologia pela Universidade de Brasília. Bacharel em Psicologia pela Universidade Católica de Goiás. Professor da Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Coordenador Geral dos Programas de Residência Multiprofissional e Profissional do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás. Diretor da Associação Brasileira de Ensino de Psicologia
E-mail: sebastiaobenicio@gmail.com

Maria Helena Monteiro de Barros Miotto
Doutora em Odontologia pela Universidade de Pernambuco. Mestre em Odontologia Social pela Universidade Camilo Castelo Branco. Bacharel em Odontologia pela Universidade Federal do Espírito Santo. Professora da Graduação em Odontologia e professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Espírito Santo
E-mail: mhmiotto@terra.com.br

Maria Helena Costa Amorim
Maria Helena Costa Amorim
Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Especialista e mestre em obstetrícia pela Universidade Federal de São Paulo. Professora Aposentada da Universidade Federal do Espírito Santo.
Professora Titular Visitante da Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo-UNIFESP

RESUMO
Objetivo: Avaliar a Qualidade de vida de Mulheres com câncer de mama no pré, pós-operatório e em quimioterapia e examinar sua relação com as variáveis sociodemográficas e clínicas. Metodologia: Estudo Longitudinal, realizado no Hospital Santa Rita de Cássia (HSRC), mantido pela Associação Feminina de Educação e Combate ao Câncer - Vitória – ES. Coletaram-se os dados durante os meses de maio de 2012 a janeiro de 2013 no ambulatório do HSRC. Utilizou-se os instrumentos, EORTC QLQ C-30 e o EORTC BR-23 para mensurar a QV das entrevistadas no período pré, pós-operatório e durante o tratamento quimioterápico. Utilizou-se o Pacote Estatístico para as Ciências Sociais na versão 20.0 para análise dos dados. Resultados: Amostra composta por 41 mulheres onde a média de idade foi 52,5 anos, sendo que 42,5% da amostra apresentaram 60 anos ou mais de idade. Mulheres casadas ou em um relacionamento estável representaram de 66% das entrevistadas (n=27). As dimensões que após aplicação do teste de Wilcoxon se apresentaram estatisticamente significantes foram: Funcionamento Físico; Limitações Funcionais; Falta de Ar; Efeitos da quimioterapia; Imagem Corporal; Fadiga; Falta de Apetite; Náusea e Vômito; Funcionamento Cognitivo; Funcionamento Social; Dificuldade Financeira; Diarreia; Perspectivas Futuras; Sintomas no Braço; Sintomas na Mama. Conclusão: As etapas do tratamento da mulher com diagnóstico de câncer de mama interferem em diferentes dimensões da vida da mesma, impactando sua Qualidade de Vida. Ações estratégicas na Saúde Coletiva e um atendimento interdisciplinar são necessários para que os impactos negativos na QV sejam minimizados oferecendo aos pacientes oncológicos melhor assistência.

Palavras-chave: Qualidade de Vida, Neoplasias da Mama, Saúde da Mulher.

ABSTRACT
Objective: To assess the quality of life of women with breast cancer in the pre-, postoperative and chemotherapy periods and to examine its relationship with sociodemographic and clinical variables. Methodology: Longitudinal study, carried out at Hospital Santa Rita de Cássia (HSRC), maintained by the Women's Association for Education and Fight against Cancer - Vitória - ES. Data were collected during the months of May 2012 to January 2013 at the HSRC outpatient clinic. The instruments, EORTC QLQ C-30 and EORTC BR-23, were used to measure the QoL of the interviewees in the pre-, postoperative period and during chemotherapy treatment. The Statistical Package for Social Sciences in version 20.0 was used for data analysis. Results: Sample made up of 41 women whose average age was 52.5 years, with 42.5% of the sample being 60 years of age or older. Women who are married or in a stable relationship represented 66% of the interviewees (n = 27). The dimensions that after applying the Wilcoxon test were statistically significant were: Physical functioning; Functional Limitations; Shortness of breathe; Effects of chemotherapy; Body image; Fatigue; Lack of appetite; Nausea and Vomiting; Cognitive functioning; Social functioning; Financial difficulty; Diarrhea; Future perspectives; Symptoms in the Arm; Symptoms in the Breast. Conclusion: The stages of treatment of women diagnosed with breast cancer interfere in different dimensions of their life, impacting their Quality of Life. Strategic actions in Collective Health and interdisciplinary care are necessary so that the negative impacts on QOL are minimized, offering cancer patients better assistance.

Keywords: Quality of Life, Breast Neoplasm s, Women's Health.;

1 INTRODUÇÃO

O câncer de mama possui diferentes formas de tratamento. As modalidades terapêuticas disponíveis atualmente são a1 cirurgia e a radioterapia (para o tratamento locorregional) e a hormonioterapia e a quimioterapia (para o tratamento sistêmico).

A cirurgia é o tratamento de primeira escolha. A escolha da cirurgia a ser usada no tratamento do câncer de mama depende do estadiamento clínico e tipo histológico da doença. Os tipos de cirurgias descritas no documento de Consenso Controle do câncer de mama, publicado em 2004 são: mastectomia simples (retirada da mama com pele e complexo aréolo-papilar); mastectomia radical modificada (preserva um ou dois músculos peitorais e realiza linfadenectomia axilar); mastectomia radical (retirada dos músculos peitorais e linfadenectomia axilar); mastectomia com reconstrução imediata e mastectomia poupadora de pele. Nas cirurgias conservadoras são realizados ressecção de apenas um segmento da mama podendo ser chamadas de setorectomia, tumorectomia alargada e quadrantectomia[1].

As mulheres com indicação de mastectomia como tratamento primário podem ser submetidas à quimioterapia neoadjuvante, seguida de tratamento cirúrgico conservador,

complementado por radioterapia. O tratamento quimioterápico atua em todas as células do organismo causando efeitos adversos e possíveis alterações na Qualidade de Vida.

Dentre os efeitos adversos o mais temido é a queda dos cabelos símbolo da feminilidade e instrumento da sexualidade da mulher. Porém, esta forma de tratamento também pode causar manifestações na cavidade bucal tais como aftas, mucosite, infecção, sangramento, dor, perda de função e xerostomia (diminuição da saliva)[2]. Portanto a quimioterapia além de promover uma mudança na autoimagem da mulher pode também interferir em seus hábitos cotidianos como sua alimentação e atividades de vida diária. Cada etapa do tratamento possui suas particularidades e efeitos colaterais que podem elevar o nível de estresse da mulher, o que poderá influenciar em sua QV.

Desde a Elaboração do Documento Consenso do Controle do Câncer de Mama em 2004 a Qualidade de Vida das mulheres com tal diagnóstico já era citada como objetivo do tratamento seja ela adquirida através de intervenções interdisciplinares ou por meio dos cuidados paliativos[1].

O Manual de Bases Técnicas em Oncologia elaborado em 2011 também aborda a temática da Qualidade de Vida afirmando que para serem liberados para execução os procedimentos quimioterápicos devem visar o aumento de sobrevida, a diminuição da mortalidade ou melhora da qualidade de vida do doente[3].

Em 2012, a Associação Brasileira de Portadores de Câncer, instituiu o Projeto *Advocacy*, que tem por objetivo: Reduzir a exposição a fatores de risco, diminuir a mortalidade e melhorar a qualidade de vida da mulher com câncer de mama. A estratégia adotada para melhoria da qualidade de vida, segundo o projeto, se daria através da Promoção à Saúde[4].

Assim, percebe-se que a melhoria da qualidade de vida de mulheres com câncer de mama é uma preocupação nacional. Contudo, a definição de meios para a obtenção das mesmas nunca é aprofundada. Há uma fragilidade de estratégias, uma superficialidade no debate e poucas mudanças vida cotidiana das pacientes visando à melhoria da sua qualidade de vida.

Em seu estudo Leal (2008) aborda a temática QV em diferentes aspectos e perspectivas, tais como a biológica, cultural, econômica e psicológica[5], assim, a autora propõe a seguinte definição de QV:

> O resultado da soma do meio ambiente físico; social; cultural; espiritual e econômico onde o indivíduo está inserido; dos estilos de vida que este adota; das suas ações e da sua reflexão sobre si, sobre os outros e sobre o meio

> ambiente que o rodeia. É também a soma das expectativas positivas em relação ao futuro.

Assim, o presente estudo tem por objetivo avaliar a Qualidade de vida de Mulheres com câncer de mama no pré, pós-operatório e em quimioterapia e examinar sua relação com as variáveis sociodemográficas e clínicas.

2 METODOLOGIA

Estudo Longitudinal, realizado no Hospital Santa Rita de Cássia (HSRC), mantido pela Associação Feminina de Educação (Afecc) e Combate ao Câncer - Vitória – ES. O HSRC é uma entidade filantrópica reconhecida em todo o Estado como referência em tratamento de câncer e que também disponibiliza especialidades gerais.

A amostra foi composta por 41 (quarenta e uma) mulheres com diagnóstico de câncer de mama que realizaram quadrantectomia ou mastectomia, no ano de 2012, no HSRC. Inicialmente foram entrevistadas 88 mulheres, uma delas foi a óbito antes de realizar a cirurgia e 46 pacientes evoluíram para outros tratamento que não a quimioterapia.

Os critérios para inclusão dos sujeitos na pesquisa foram: mulheres com 18 anos ou mais, que tinham diagnóstico de câncer de mama que estavam em fase de preparo da 1ª cirurgia do câncer de mama e que ainda não tinham realizado nenhum tipo de tratamento de câncer de mama. Adotou-se com critério de exclusão pacientes que evoluíram a óbito antes de realizar a cirurgia e que não foram submetidas ao tratamento quimioterápico.

Coletou-se os dados durante os meses de maio a janeiro de 2013 no Ambulatório Ylza Bianco, onde os questionários foram aplicados em três momentos: antes da cirurgia (momento 1), no pós cirúrgico tardio (momento 2), quando as mulheres compareciam ao ambulatório para retirada dos pontos cirúrgicos e durante o tratamento quimioterápico (momento 3) na segunda sessão.

O instrumento utilizado para mensurar a QV das entrevistadas foi o EORTC QLQ C-30 e o EORTC BR-23. O primeiro é um questionário de qualidade de vida geral, específico para pacientes oncológicos e foi validado para o português por Pais-Ribeiro, Pinto e Santos[6]. Composto por trinta questões, é constituído por 5 escalas funcionais (física, desempenho, emocional, cognitiva e social) e 3 escalas de sintomas (fadiga, náuseas e vômitos, e dor), uma escala global do estado de saúde, 6 itens simples que avaliam sintomas comuns aos doentes oncológicos em geral (dispneia, insônia,

constipação, diarreia, perda de apetite, dificuldades financeiras)[7]. O segundo é um módulo específico para câncer de mama, que embora amplamente utilizado em estudos realizados em todo o mundo, inclusive no Brasil, não encontrou-se nenhum estudo de validação do mesmo[8]. Composto por 23 questões divididas em dois grupos. O primeiro abrange os itens funcionamento sexual, prazer sexual, perspectivas futuras e imagem corporal enquanto o segundo grupo investiga sintomas secundários à terapia sistêmica, sintomas na mama, sintomas no braço e queda de cabelo.

Em um estudo realizado para avaliar as escalas sobre qualidade de vida em pacientes com câncer de mama constatou-se que o instrumento utilizado para coleta de dados do presente estudo é o mais utilizado para avaliar a qualiadde de vida destes pacientes[9].

Os escores referentes à qualidade de vida foram calculados segundo as normas estabelecidas por EORTC, sendo que os escores mais altos indicariam melhor qualidade de vida nas escalas de saúde global e funcionalidade e os escores menores indicariam melhor qualidade de vida na escala de sintomas.

Ainda, realizou-se levantamento de dados sobre algumas características demográficas para categorizar a situação de vida do respondente. Isso se deu através das seguintes variáveis: CSE avaliada por posse de bens de consumo e grau de instrução do chefe da família[10].

Para análise, os dados foram organizados no programa *Microsoft Office Excell 2007 for Windows* e analisados através do Pacote Estatístico para Ciências Sociais (SPSS), versão 20.0. Analisaram-se os resultados através de cálculos de frequência, média, mediana e desvio padrão. Aplicou-se ainda o teste não paramétrico de Wilcoxon para comparação dos dados obtidos nos diferentes momentos da pesquisa, dois a dois. O nível de significância adotado foi de 5%.

Encaminhou-se o projeto de pesquisa ao Centro de Estudo Affonso Bianco do HSRC e submeteu-se ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo de acordo com a Resolução n° 196 de 10 de outubro de 1996, sendo aprovado, sob o número 29.909.

3 RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta os dados do perfil sociodemográfico da amostra composta por 41 mulheres onde a média de idade foi 52,5 anos (idade mínima 31 anos e máxima

74 anos). Mulheres casadas ou em um relacionamento estável foram predominantes entre as entrevistadas alcançando a marca de 66% (n=27).

Quanto a procedência 23 mulheres residem na Grande Vitória (56%) e 17 mulheres residem em municípios do interior do estado (41,5%), houve ainda 1 mulher proveniente de outro estado (2,5%).

A etnia branca foi predominante visto que 23 entrevistadas se autodeclararam brancas o equivalente a 56% da amostra.

Quanto a escolaridade 54% da amostra afirmou ser analfabeta ou ter cursado até a 3ª série do Ensino Fundamental (n=22). Identificou-se a condição socioeconômica C entre 66% da amostra (n=27).

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico das mulheres com Diagnóstico de Câncer de Mama. Vitória, 2012/2013 (n=41) (Continua)

Variáveis Sociodemográficas	**Frequência (n)**	**%**
Faixa etária		
30 a 39 anos	04	9,7
40 a 49 anos	12	29,3
50 a 59 anos	12	29,3
60 anos ou mais	**13**	**31,7**
Estado Civil		
Solteira	03	7
Casada/ União estável	**27**	**66**
Separada	04	10
Viúva	07	17
Procedência		
Grande Vitória	**23**	**56**
Interior	17	41,5
Outro Estado	01	2,5
Raça/Cor		
Branca	**23**	**56**
Negra	02	5
Parda	16	39
Variáveis Sociodemográficas	Frequência (n)	%
Grau de escolaridade		
Analfabeto ou até a 3ª série do Ensino Fundamental	22	54
Ensino Fundamental completo	06	15
Ensino Médio completo	10	24
Ensino Superior completo	03	7
Condição socioeconômica		
Classe B	07	17
Classe C	27	66
Classe D	07	17
Estadiamento		
I	06	14,6
II	25	61
III	8	19,6
IV	01	2,4
Sem informação	01	2,4

Quanto a QV das mulheres entrevistadas observou-se que houve mudanças entre o primeiro momento (pré cirúrgico), o segundo momento (pós cirúrgico tardio) e o terceiro momento (tratamento quimioterápico). A Tabela 2 apresenta a mediana e o resultado do Teste de Wilcoxon de cada dimensão do Instrumento EORTC QLQ-C30 e BR-23 nos três momentos da pesquisa, onde o momento pré-operatório está representado pela sigla M1, o momento pós-operatório pela sigla (M2) e o tratamento quimioterápico pela sigla (M3). Após aplicação do teste verificou-se diferenças significativas nos resultados das três relações dos diferentes momentos da pesquisa (M1xM2; M1xM3; M2xM3) nas seguintes dimensões: Funcionamento Físico (p=0.001;0.004;0.001); Limitações Funcionais (p=0.0010;0.001;0.004); Falta de Ar (p=0.001;0.004;0.001); Efeitos da quimioterapia (p=0.008;0.001;0.001); Imagem Corporal (p=0.008;0.001;0.001). As dimensões que depois de aplicado teste apresentaram-se estatisticamente significantes em duas relações (M1xM2; M1xM3 ou M1xM3; M2xM3) foram: Fadiga (p=0.001;0.001); Falta de Apetite (p=0.002;0.008); Náusea e Vômito (p=0.001;0.001); Funcionamento Cognitivo (p=0.002;0.034); Funcionamento Social (p=0.001;0.003); Dificuldade Financeira (p=0.001;0.001). As dimensões que quando aplicado teste apresentaram-se estatisticamente significantes somente em uma relação (M1xM2 ou M2xM3) foram: Diarreia (p=0.050); Perspectivas Futuras (p=0.039); Sintomas no Braço (p=0.003); Sintomas na Mama (p=0.001). Todas as diferenças encontradas são na direção da piora da qualidade de vida com o passar do tempo (ao longo dos momentos).

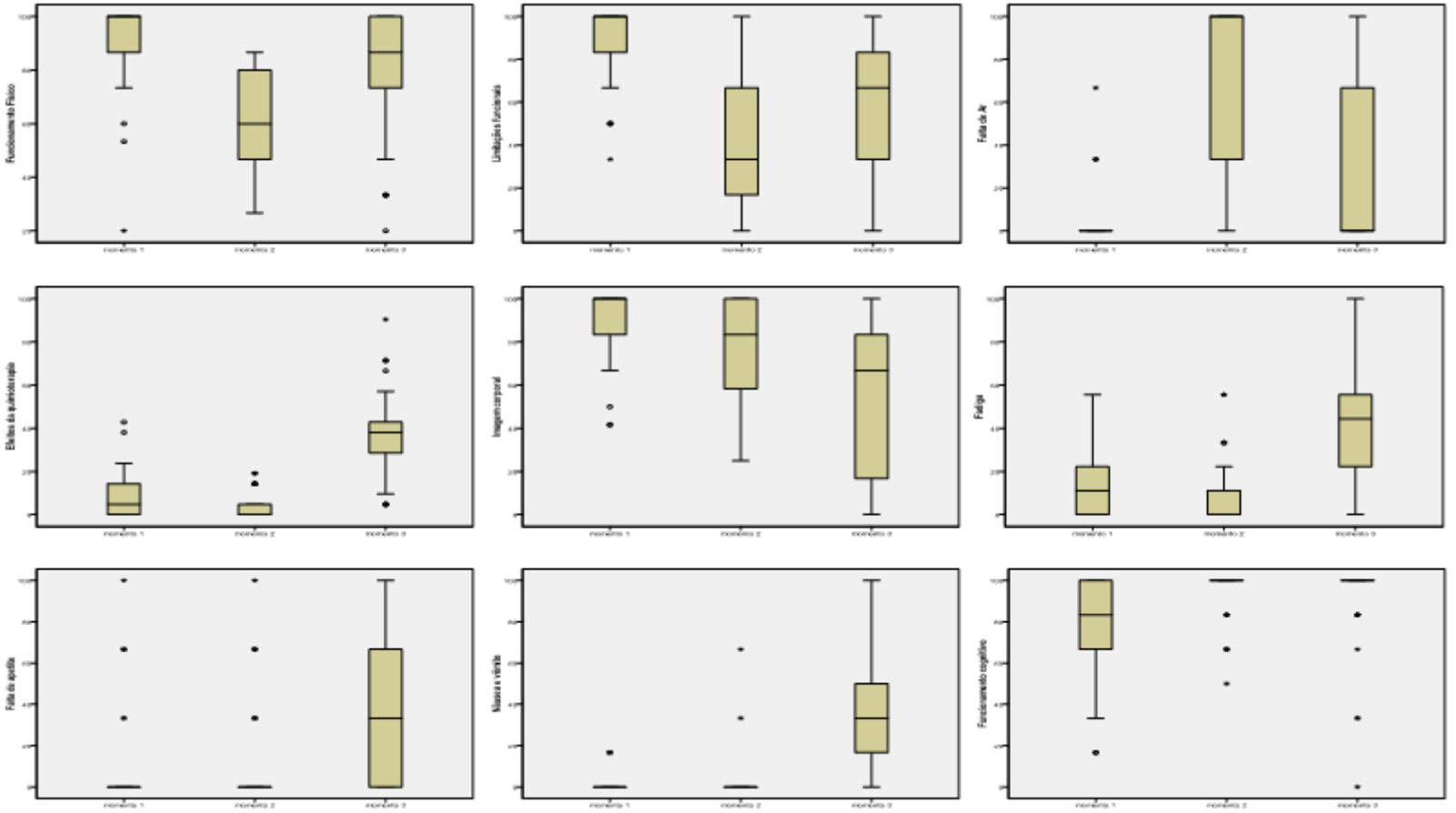
Tabela 2 - Mediana e Teste de Wilcoxon de cada dimensão do Instrumento EORTC QLQ-C30 e BR-23 nos três momentos da pesquisa Vitória, 2012/2013 (n=41).

Escores	Medianas			p-valor Wilcoxon		
	Momento 1	Momento 2	Momento 3	M1 x M2	M1 x M3	M2 x M3
Funcionamento Físico	100.0	60.0	86.7	**0.001**	**0.004**	**0.001**
Limitações funcionais	100.0	33.3	66.7	**0.001**	**0.001**	**0.004**
Falta de Ar	0.0	100.0	0.0	**0.001**	**0.002**	**0.001**
Dor	0.0	0.0	0.0	0.687	0.696	0.755
Fadiga	11.1	11.1	44.4	0.185	**0.001**	**0.001**
Insônia	33.3	33.3	33.3	0.902	0.341	0.316
Falta de apetite	0.0	0.0	33.3	0.684	**0.002**	**0.008**
Náusea e vômito	0.0	0.0	33.3	0.680	**0.001**	**0.001**
Constipação	0.0	0.0	0.0	0.202	0.604	0.103
Diarreia	0.0	0.0	0.0	0.340	0.380	**0.050**
Funcionamento cognitivo	83.3	100.0	100.0	**0.002**	**0.034**	0.666
Funcionamento Emocional	58.3	66.7	66.7	0.070	0.258	0.688

Funcionamento Social	83.3	50.0	50.0	**0.001**	**0.003**	0.644
Dificuldade Financeira	0.0	33.3	66.7	**0.001**	**0.001**	0.122
Estado Global de Saúde	75.0	66.7	66.7	0.619	0.767	0.951
Efeitos da quimioterapia	4.8	0.0	38.1	**0.008**	**0.001**	**0.001**
Preocupações com a queda de cabelo	0.0	0.0	33.3	X	0.317	X
Imagem corporal	100.0	83.3	66.7	**0.008**	**0.001**	**0.010**
Perspectivas futuras	0.0	0.0	0.0	**0.039**	0.205	0.463
Funcionamento sexual	16.7	16.7	16.7	0.182	0.194	0.942
Prazer sexual	66.7	66.7	33.3	0.317	0.148	0.102
Sintomas no braço	0.0	22.2	11.1	**0.003**	0.191	0.079
Sintomas na mama	8.3	16.7	8.3	0.288	0.099	**0.001**

X: o teste não pode ser calculado.

Pode-se observar que na dimensão Preocupações com a queda de cabelo não foi possível aplicar o teste, pois o número de mulheres respondentes é menor, isso ocorreu porque para a questão Preocupações com a queda de cabelo ser respondida a mulher precisava responder positivamente a questão sobre a ocorrência da queda de cabelo (inserida na dimensão Efeitos da quimioterapia), assim se a mulher responde negativamente sobre a ocorrência da queda de cabelo a mesma não responde a questão sobre preocupação com a queda de cabelo.



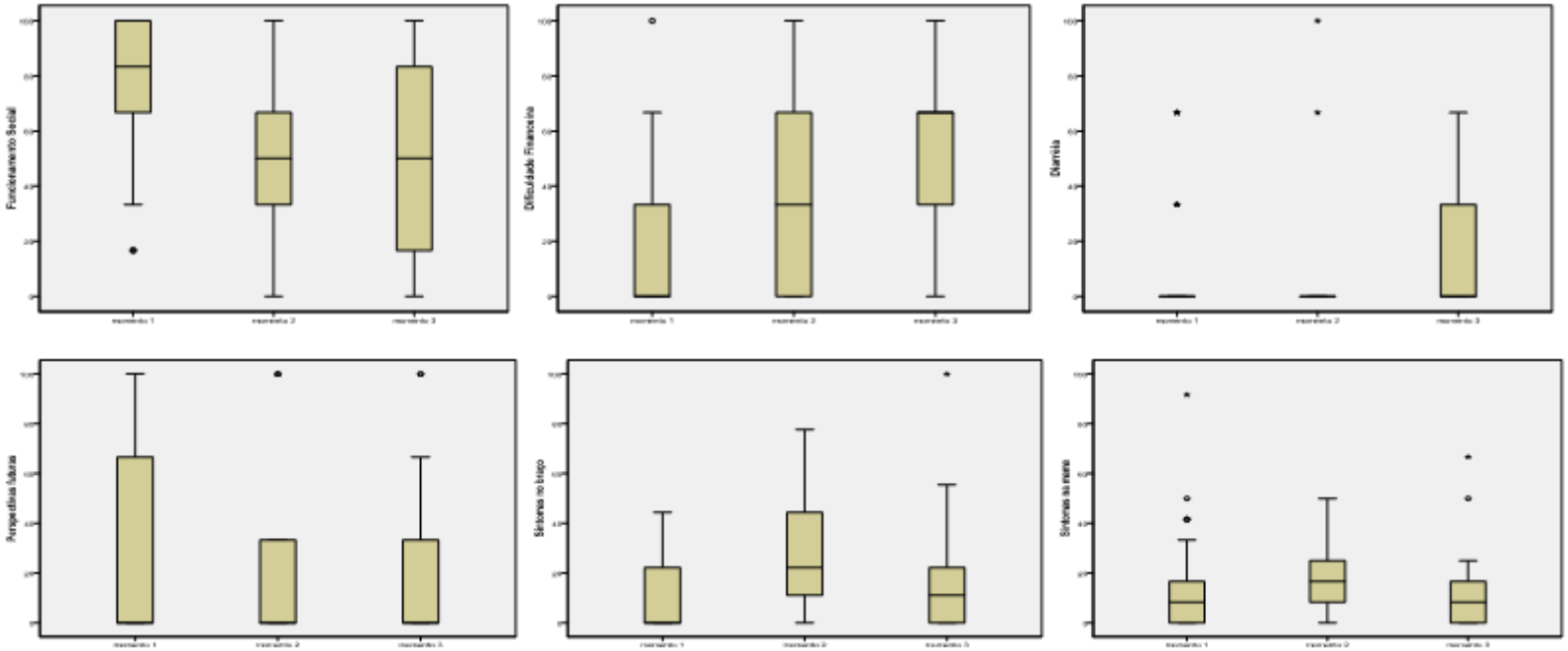


Figura 1 – Representação gráfica Box Plots das diferenças entre o pré-operatório (momentos 1), pós operatório (momento 2) e quimioterapia (momento 3) para os escores estatisticamente significantes. Vitória, 2012/2013 (Continua).

A Figura 1 apresenta graficamente as dimensões significativas nos resultados dos três momentos da pesquisa: Funcionamento Físico; Limitações Funcionais; Falta de Ar; Efeitos da quimioterapia; Imagem Corporal. As dimensões apresentaram-se estatisticamente significantes nos resultados de dois momentos da pesquisa: Fadiga; Falta de Apetite; Náusea e Vômito; Funcionamento Cognitivo; Funcionamento Social; Dificuldade Financeira. As dimensões que apresentaram-se estatisticamente significantes somente em um momento da pesquisa: Diarreia; Perspectivas Futuras; Sintomas no Braço; Sintomas na Mama.

4 DISCUSSÃO

Entre os fatores de risco identificados para o desenvolvimento do câncer de mama, a idade constitui-se um dos mais evidentes visto que a incidência de câncer de mama aumenta com a idade, sendo que menos de 1% de todos os cânceres de mama ocorrem em idade inferior a 25 anos, cerca de 50% ocorrem em mulheres entre 50 e 64 anos e 30% ocorrem em mulheres acima dos 70 anos. A faixa etária mais elevada além de apresentar as maiores incidências de casos de câncer de mama apresentam também as maiores taxas de mortalidade sendo que o câncer de mama ainda representa a causa mais frequente de mortes em mulheres entre 35 e 55 anos[1,11].

Além da idade, fatores como baixa escolaridade e condição socioeconômica constituem-se fatores de risco visto que entre mulheres com essas características possuem carência de informações e acesso restrito às novas terapêuticas, assim entre elas a prática da prevenção secundária é pouco frequente, inclusive nas nações mais ricas[12,13].

O Funcionamento físico das pacientes sofre alteração no pós-operatório visto que para reabilitação cirúrgica é necessário que a mesma não realize esforços com o braço. Existe ainda a possibilidade da mulher, por medo do rompimento dos pontos cirúrgicos, permanecer durante todo o período pós-operatório com o braço homolateral à cirurgia imobilizado, o que também justifica a alteração na dimensão Sintomas no Braço. Com o tratamento quimioterápico o Funcionamento físico das pacientes permanece alterado, mas agora seu comprometimento é justificado pelas alterações sistêmicas causadas pela quimioterapia.

Alterações no Funcionamento físico e os Sintomas no Braço desenvolvidos pelas pacientes ocasionam Limitações Funcionais e uma diminuição da capacidade de desenvolver as suas atividades de vida diária e laborais tanto no pós-operatório como durante o tratamento quimioterápico.

Estudos afirmam que entre os efeitos físicos da quimioterapia, a fadiga é o sintoma mais referido e maior responsável de estresse para as pacientes. A fadiga é definida como uma persistente e subjetiva sensação de cansaço, relacionado à doença ou ao seu tratamento, que interfere no desempenho das atividades[14,15]. No presente estudo as entrevistadas apresentaram alteração na dimensão Falta de Ar este é um dos sinais caracterizadores da fadiga[14]. Outros Efeitos da Quimioterapia são Falta de Apetite, Diarreia, Náusea e vômito dimensões estas que também se apresentaram estatisticamente significantes quando relacionados os momentos pré e pós-cirúrgico com a quimioterapia (M1xM3; M2xM3). Com o tratamento quimioterápico o estado nutricional do indivíduo fica debilitado e piora com os sintomas de náuseas e vômitos causados pelos quimioterápicos ocasionando fadiga, redução da massa muscular e o aumento da suscetibilidade a infecções podendo ser fatal[16,17].

A piora das dimensões Funcionamento Cognitivo e Perspectivas Futuras está associada ao nível de estresse presente no momento pré-cirúrgico visto que no momento pós-cirúrgico as pacientes relatam ter maior dificuldade de se concentrar, de lembrar-se das coisas e ainda maior preocupação com seu estado de saúde futuro.

Diante das diferentes etapas do tratamento oncológico a paciente sofre alterações na sua Imagem Corporal seja ela pela remoção cirúrgica da mama ou pelas alterações causadas pela quimioterapia tais como mucosite, pigmentação de unhas e pele, e ainda a tão temida alopecia[2]. As alterações na percepção da autoimagem, as limitações físicas e funcionais e ainda os efeitos colaterais da quimioterapia interferem ainda no Funcionamento Social da mulher em tratamento do câncer de mama que muitas vezes opta por permanecer em casa para evitar o olhar curioso dos vizinhos ou o olhar de pena de estranhos. O isolamento social é uma das estratégias utilizadas pelas mulheres mastectomizadas para minimizar seu constrangimento em espaços públicos[18,19].

Após o primeiro momento da pesquisa as pacientes apresentaram alteração na dimensão Dificuldade Financeira, esta dimensão é composta por uma questão que avalia o impacto do tratamento na vida financeira da paciente. Esse impacto pode estar relacionada a necessidade de aumentar a frequência das consultas no hospital, seja para retira do dreno ou pontos cirúrgicos, exames ou consultas para determinar a conduta clínica do tratamento, exigindo assim um maior gasto com o translado da paciente. Há ainda o gasto com medicamentos analgésicos, antieméticos ou anti-inflamatórios.

A dimensão Sintomas na Mama apresentou-se estatisticamente significante quando comparadas as respostas do momento pós-cirúrgico com as da quimioterapia. Esta

dimensão é composta por questões que avaliar a presença de inchaço, dor, sensibilidade na mama e alterações na pele tais como vermelhidão, prurido ou descamação. Com a remoção cirúrgica da mama a mulher volta toda a sua atenção para o local podendo assim estar mais atenta a qualquer mudança existente na área. Sabe-se que a quimioterapia atua nas células de multiplicação rápida como as da pele podendo causar descamações e aumentar a sensibilidade na região cirúrgica[20].

5 CONCLUSÃO

As diferentes etapas do tratamento da mulher com diagnóstico de câncer de mama – diagnóstico, cirurgia e quimioterapia, interferem em diferentes dimensões da vida da mesma, impactando sua Qualidade de Vida.

Ações estratégicas na Saúde Coletiva são necessárias para que os impactos negativos na QV sejam minimizados oferecendo às pacientes oncólogicas melhor assistência.

Faz-se necessário o desenvolvimento de mais pesquisas que avaliem a Qualidade de Vida de mulheres com câncer de Mama submetidas ao tratamento quimioterápico para ampla discussão do tema.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Controle de Câncer de Mama. Documento de Consenso**.** Rio de Janeiro: INCA, 2004.

2. Hespanhol FL, Tinoco EMB, Teixeira HGC, Falabella MEV, Assis NMSP. Manifestações bucais em pacientes submetidos à quimioterapia. Ciênc Saúde Coletiva 2010; 15(1): 1085-94.

3. Brasil. Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Regulação, Avaliação e Controle/Coordenação Geral de Sistemas de Informação. Manual De Bases Técnicas Da Oncologia. 2011.

4. Associação Brasileira de Portadores de Câncer. Construindo uma Rede de Controle do Câncer de Mama em Santa Catarina – Advocacy. 2012.

5. Leal CMS. Reavaliar o conceito de qualidade de vida. [Internet]. 2008 [citado 2013 jan 28]. Disponível em: http://www.porto.ucp.pt/lusobrasileiro/actas/Carla%20Leal.pdf. Acesso em: 28 jan. 2013.

6. Pais-Ribeiro J, Pinto C, Santos C. Validation study of the portuguese version of the QLC-C30-V.3. Psic Saúde & Doenças [online] 2008; 9(1): 89-102.

7. European Organization for Research and Treatment of Cancer, 2004 EORTC Quality of Life Study Group. QLQ-C30: Scoring manual. Bruxelas: 2004.

8. Makluf ASD, Dias RC, Barra AA. Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer da mama. Rev Bras Cancerol 2006; 52(1): 49-58.

9. Nascimento JL, Sousa MNA, Alencar TP. Escalas sobre qualidade de vida em pacientes com câncer de mama. Brazilian Journal of Health Review, Curitiba, v. 3 (6): 16559-16578, 2020.

10. Brasil. Critério de Classificação econômica do Brasil. ABEP, ABIPEME [Internet]. 2008 [citado 2012 ago 19]. Disponível em: http:www.abep.org/codigosguias/critério_Brasil_2008r.

11. Brasil. Ministério da Saúde. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação Geral de Ações Estratégicas, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: Inca, 2011. 118p.

12. Kamangar F, Dores GM, Anderson WF. Patterns of cancer incidence, mortality and prevalence across five continents: defining priorities to reduce cancer disparities in different geographic regions of the world. J Clin Oncol 2006; 24: 2137-50.

13. Peres RS, Santos MA. Câncer de mama, pobreza e saúde mental: resposta emocional à doença em mulheres de camadas populares. Rev Latino-Am Enfermagem [online]. 2007; 15: 786-91.

14. Menezes MFB, Camargo TC. A fadiga relacionada ao câncer como temática na enfermagem oncológica. Rev Latino-Am Enfermagem [online]. 2006; 14(3): 442-7.

15. Silva CB, Albuquerque V, Leite J. Qualidade de vida em pacientes portadoras de neoplasia mamária submetidas a tratamentos quimioterápicos. Rev Bras Cancerologia 2010; 56(2): 227-36.

16. WU TC. Estudo prospectivo do valor da acupuntura no controle da náusea e vômito em pacientes de câncer de mama submetidos à quimioterapia adjuvante. São Paulo. Tese [Doutorado em Ciências] – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2007.

17. Fernandes MH, Graziani SR. Acupuntura na prevenção da náusea e do vômito decorrentes do tratamento da quimioterapia antineoplásica. Revista PIBIC, Osasco, 2006; 3(2): 49-58.

18. Bergamasco R B, Angelo M. O sofrimento de descobrir-se com câncer de mama: como o diagnóstico é experienciado pela mulher. Rev Bras Cancerologia 2001; 47(3): 277-82.

19. Araujo IMA, Fernandes AFC. O significado do diagnóstico do câncer de mama para a mulher. Esc Anna Nery [online]. 2008; 12(4): 664-71.

20. Pereira SG, Rosenhein DP, Bulhosa MS, et al. Vivências de cuidados da mulher mastectomizada: uma pesquisa bibliográfica. Rev Bras Enferm 2006; 59(6): 791-95.