

Avaliação da qualidade de vida em mulheres submetidas à mastectomia radical e segmentar

Quality of life evaluation of women submitted to radical and partial mastectomy

Grasiéla Nascimento Correia¹, Jussara de Oliveira², Raquel Agnelli Mesquita-Ferrari³

¹ Fisioterapeuta

² Fisioterapeuta; Profa. Ms. do Curso de Fisioterapia do Uniara (Centro Universitário de Araraquara, SP)

³ Fisioterapeuta; Profa. Dra. do Mestrado em Ciências da Reabilitação no Uninove (Centro Universitário Nove de Julho, SP)

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Grasiela N. Correia
Av. Renato Toledo Porto 389
Pq. Sta. Marta
13564-190 São Carlos SP
e-mail:
grasiela_n_correia@yahoo.com.br

RESUMO: O câncer de mama é uma das neoplasias mais freqüentes entre as mulheres; seu tratamento causa permanentes seqüelas físicas e psicológicas, as quais podem ser resultado do tipo de cirurgia utilizada. O objetivo deste estudo foi avaliar a qualidade de vida e o impacto negativo da cirurgia em mulheres que realizaram mastectomia segmentar e radical. Foram selecionadas aleatoriamente 20 mulheres mastectomizadas, divididas em dois grupos de acordo com o tipo de cirurgia a que foram submetidas: grupo segmentectomia (n=10) e grupo radical (n=10). Todas foram avaliadas quanto à qualidade de vida por meio do questionário SF-36 e do Questionário de Impacto Negativo (QIN). Os resultados obtidos pelo SF-36 não evidenciaram diferenças significativas na qualidade de vida entre os dois grupos. Os resultados do QIN mostraram que as mulheres submetidas à cirurgia radical apresentaram maior impacto negativo no modo de se vestir, usar o banheiro, abraçar as pessoas, conforto com o nu, opção e atividade sexual, quando comparadas às submetidas à mastectomia segmentar. Embora não tenha havido diferença significativa na qualidade de vida (SF-36) entre os dois grupos, ficou evidente um maior impacto negativo nas mulheres submetidas à cirurgia radical de câncer de mama.

DESCRIPTORIOS: Mastectomia radical; Mastectomia segmentar; Neoplasias mamárias; Qualidade de vida

ABSTRACT: Breast cancer is among the most common neoplasms in women; its treatment may induce physical and psychological sequelae, linked to the kind of surgery they undergo. The aim of this study was to evaluate the quality of life and the negative impact of partial and radical mastectomy on women submitted to these operations. Twenty mastectomised women were selected and divided in two groups: segmentectomy group (n=10) and radical group (n=10). All volunteers were submitted to a quality of life evaluation by means of the SF-36 Health Survey and the Negative Impact Questionnaire (NIQ). SF-36 results showed no significant differences between the groups. Women having been submitted to radical surgery had higher NIQ scores concerning dressing, use of bathroom, hugging people, comfort when naked, sexual option and activity. Thus, although no significant differences concerning quality of life (SF-36) could be found between the groups, there is evidence of a stronger negative impact of radical mastectomy on this group when compared to the segmentectomy group.

KEY WORDS: Breast neoplasms; Mastectomy, radical; Mastectomy, segmental; Quality of life

APRESENTAÇÃO
abr. 2006

ACEITO PARA PUBLICAÇÃO
ago. 2007

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde estima que, por ano, ocorram mais de um milhão de casos novos de câncer de mama em todo o mundo, o que o torna o mais comum entre as mulheres. No Brasil não tem sido diferente; na década de 1990 este foi o câncer mais freqüente no país. As maiores taxas de incidência foram observadas em São Paulo, no Distrito Federal e em Porto Alegre^{1,2}.

O câncer de mama é um carcinoma que se origina nas estruturas globulares e de ductos mamários. O componente epitelial dos ductos mamários extralobulares, intralobulares e ductos terminais pode desenvolver alterações cancerosas. Com seu crescimento pode ocorrer a disseminação pela via linfática e pela corrente sangüínea, podendo as células neoplásicas implantarem-se em diferentes locais do organismo, sendo que as estruturas que mais freqüentemente são sede de metástase são os ossos, os pulmões, a pleura, o fígado e o cérebro. Outros locais que podem ser comprometidos são os ovários, globos oculares e estômago^{3,4}.

As técnicas cirúrgicas mais utilizadas atualmente são a segmentectomia, que consiste na retirada de um quadrante ou segmento da mama, a mastectomia radical, que é a dissecação total da mama e de determinadas porções de nodos linfáticos e musculares, e as mastectomias radicais modificadas, que se dividem em mastectomia radical modificada do tipo Madden, que conserva o peitoral maior e menor, e mastectomia radical modificada do tipo Patey & Dyson, que conserva apenas o peitoral maior^{1,5,6}.

Após a mastectomia ou segmentectomia, a paciente poderá apresentar algumas complicações, como dor, linfedema no membro superior envolvido e aderências na parede torácica, que podem resultar em risco aumentado de complicações pulmonares pós-operatórias, diminuição da amplitude de movimento (ADM) no ombro do lado envolvido e alterações posturais⁷.

O tratamento de câncer de mama causa permanentes seqüelas físicas e psicológicas, que podem variar de intensidade conforme o tipo de operação feita. Como várias mulheres com câncer de mama sobrevivem por muitos anos, o impacto causado por essas cirurgias é de grande significância⁸.

Atualmente há uma crescente preocupação em tratar as pacientes como um todo e não apenas da patologia que apresentam, com o objetivo de alterar o mínimo possível sua qualidade de vida. É importante que essas pacientes recebam atendimento multidisciplinar, sendo que a equipe deve ser composta por médico, enfermeiro, psicólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, assistente social e nutricionista.

O termo qualidade de vida relacionada à saúde surgiu no final da década de 1940, quando a Organização Mundial da Saúde definiu saúde como um estado de bem-estar físico, mental e social, mais que simplesmente como ausência de doença ou enfermidade⁹. Em 1948, Karnofsky foi um dos pioneiros a introduzir no campo médico uma escala para medir a qualidade de vida de pacientes; chamava-se Karnofsky Performance Status Scale⁹. Atualmente, o questionário mais utilizado para avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde é o Short-Form-36 (SF-36). Trata-se de um questionário multidimensional, formado por 36 itens reunidos em oito domínios agrupados em dois grandes componentes, físico e mental^{8,12-15}.

Nas últimas duas décadas têm se investigado as condições psicossociais das mulheres que sobreviveram ao câncer de mama, mas existem ainda poucos dados disponíveis na literatura sobre o período crítico de transição entre o tratamento primário do câncer de mama e a cura, quando a mulher restabelece vida normal¹³.

O estudo de Wapnir *et al.*⁸ indicou que as respostas das mulheres submetidas à cirurgia há mais de quatro anos não foram significativamente diferentes das de mulheres submetidas

à cirurgia nos últimos quatro anos, sugerindo que a qualidade de vida permanece igual, independente do tempo de cirurgia.

A literatura também apresenta poucos estudos comparando resultados para os três tipos principais de cirurgias para o tratamento do câncer de mama – mastectomia, mastectomia associada com reconstrução mamária e segmentectomia –, raramente examinando a qualidade de vida e da função sexual¹⁷.

Assim, este estudo compara o impacto que diferentes tipos de cirurgia podem causar na qualidade de vida das mulheres, avaliando a qualidade de vida relacionada à saúde e o impacto negativo da cirurgia em mulheres submetidas à mastectomia radical e segmentectomia.

METODOLOGIA

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Uniara (Centro Universitário de Araraquara), atendendo à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Todas as voluntárias tinham sido encaminhadas pelo médico responsável para atendimento na Clínica de Fisioterapia do Uniara e foram devidamente informadas sobre o procedimento proposto, assinando um termo de consentimento pré-informado após concordância.

As mulheres mastectomizadas que participaram do estudo (n=20) foram selecionadas pela consulta às fichas de pacientes que já realizavam atendimento no setor ou novas pacientes que procuravam esse atendimento na instituição. As voluntárias foram divididas em dois grupos, de acordo com o tipo de cirurgia a que foram submetidas:

- (1) Grupo segmentectomia (n = 10): constituído por pacientes submetidas à cirurgia de segmentectomia e/ou quadrantectomia;
- (2) Grupo radical (n=10): de pacientes submetidas à cirurgia de retirada total da mama de forma mioconservadora ou não,

o que engloba mastectomia radical de Halsted e mastectomias radicais modificadas.

O critério de inclusão para o estudo foi ter realizado a cirurgia nos últimos cinco anos; os critérios de exclusão foram não possuir qualquer outra patologia associada, como doenças degenerativas severas (artroses, artrites, entre outras); estados depressivos severos, patologias cardíacas ou pulmonares graves e doenças metabólicas (diabetes não-controlada, dislipidemias severas).

Dentre as 20 voluntárias que participaram do estudo, com média de idade de 58,8 anos, 11 eram casadas. As participantes do grupo segmentectomia apresentavam idades variando de 48 a 81 (média $62 \pm 11,3$ anos). No grupo a radical a idade variou de 37 a 73 anos (média $55,6 \pm 11,5$ anos). Não houve diferença significativa com relação à idade entre os grupos (teste t de Student $p > 0,05$).

Para a análise da qualidade de vida das voluntárias, foi utilizado o questionário SF-36 (Health Survey Short Form-36), traduzido e validado para o português (Brasil SF-36)¹⁹, formado por 36 itens; o escore varia de 0 a 100, sendo que quanto maior a pontuação, melhor a qualidade de vida. O componente físico é composto pelos seguintes domínios: capacidade funcional (10 itens), aspectos físicos (4 itens) dor (2 itens) e estado geral de saúde (5 itens); o componente mental abrange domínios como vitalidade (4 itens), aspectos sociais (2 itens), aspectos emocionais (3 itens) e saúde mental (5 itens)¹⁹.

Além do questionário SF-36, também foi aplicado o Questionário de Impacto Negativo⁸, com 10 questões específicas para mastectomizadas, referentes a condições das voluntárias antes e após a cirurgia. Nas duas questões relativas às relações íntimas e sexuais desse questionário, foi utilizada uma escala visual analógica (EVA) que variou de 1 a 5 (1 = afirmação totalmente correta; 2 = na maioria das

vezes, correta; 3 = não sei; 4 = na maioria das vezes, falsa; 5 = totalmente falsa), sendo que quanto mais alta a pontuação, pior a satisfação, ou maior a insatisfação no relacionamento íntimo e sexual antes e após a cirurgia. Nas demais questões, o impacto negativo da cirurgia no modo de se vestir, usar o banheiro, abraçar as pessoas, sentir-se confortável com nudismo, na opção e atividade sexual foi avaliado pela classificação em "1=Não" ou "2=Sim"⁸, o "1" indicando que a paciente não sentia impacto negativo da cirurgia e o "2", que sentia impacto negativo, em relação a cada item.

Para minimizar erros interavaliadores, uma única avaliadora fez a aplicação dos questionários em ambos os grupos, tendo sempre o cuidado de utilizar linguagem clara de forma a facilitar o entendimento e evitar problemas na interpretação das perguntas.

Análise dos dados

A média e desvio padrão foram calculados para os domínios do SF-36 em ambos os grupos e o teste t de Student não-pareado foi aplicado para verificar diferenças significativas entre os grupos analisados, considerando significativo se $p = 0,05$. A análise dos

dados do Questionário de Impacto Negativo foi realizada de forma qualitativa, comparando os valores obtidos entre os dois grupos.

RESULTADOS

Nos resultados relativos ao questionário SF-36, o grupo segmentectomia apresentou tendência a escores mais elevados nos domínios de capacidade funcional, aspecto físico, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais e saúde mental, porém esse aumento não foi significativo. Já nos domínios de dor e aspectos emocionais, o grupo de cirurgia radical revelou maiores escores, mas essas diferenças também não foram significativas (Gráfico 1).

Os resultados obtidos no Questionário de Impacto Negativo sobre relações íntimas e satisfação sexual permitiram verificar que não houve diferença na satisfação nas relações íntimas antes e após a cirurgia entre os dois grupos. Porém, ao analisar a satisfação sexual, foi possível observar que houve diminuição após a cirurgia em ambos os grupos, sendo que as participantes do grupo segmentectomia apresentaram uma tendência a maior insatisfação (Gráfico 2A).

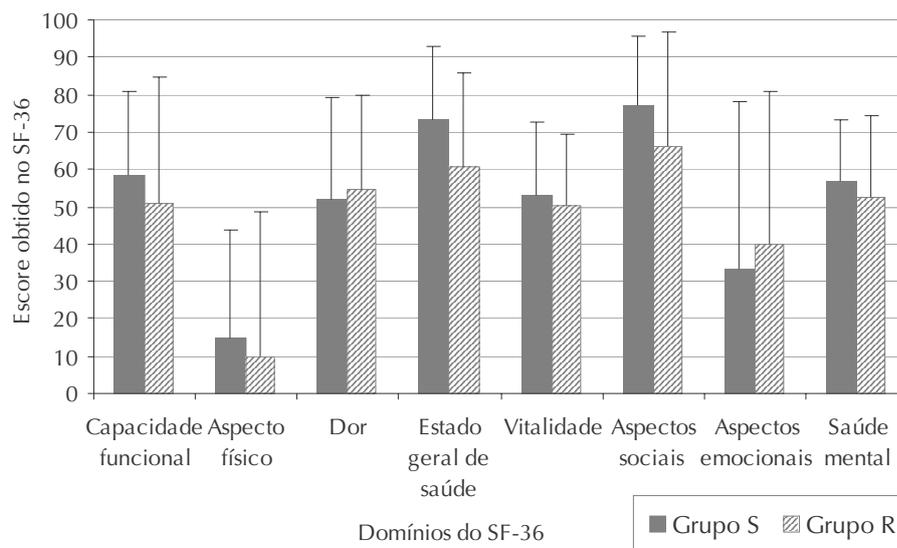


Gráfico 1 Valor médio e desvio padrão dos escores nos oito domínios do SF-36 obtidos pelos grupos segmentectomia (S) e radical (R); * $p = 0,05$

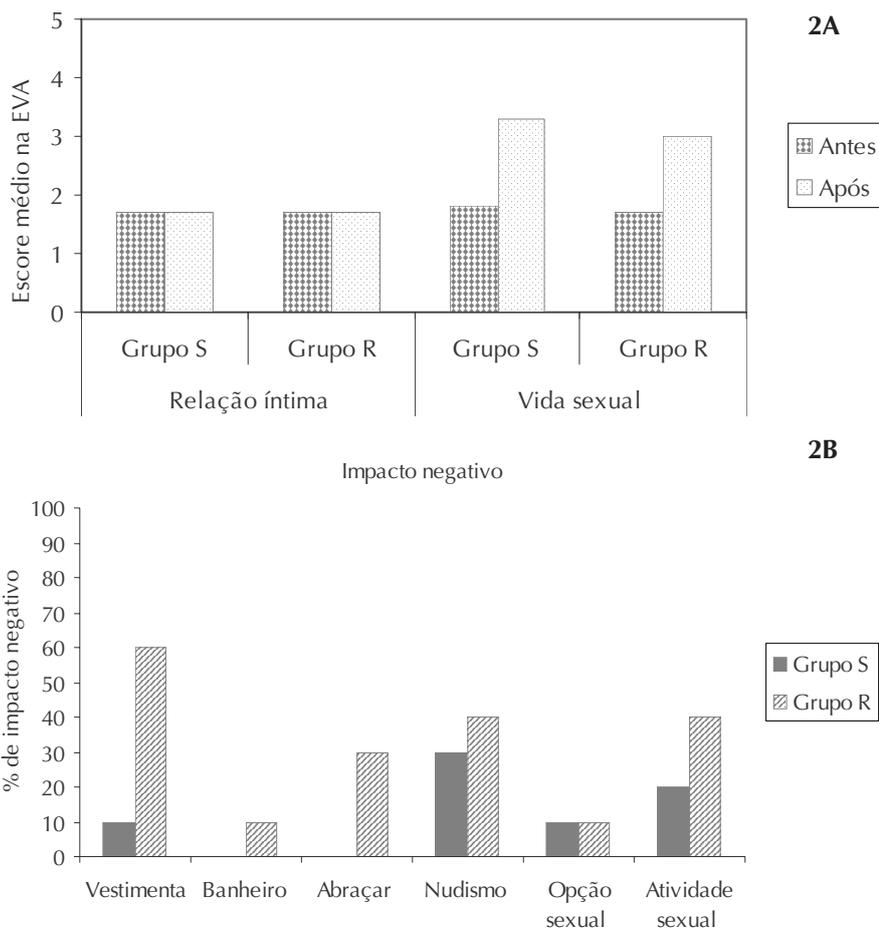


Gráfico 2 2A: valores médios da satisfação nas relações íntima e sexual, antes e após o diagnóstico e tratamento do câncer de mama (quanto mais alto o valor, pior a insatisfação); 2B: percentual de impacto negativo em aspectos da vida diária após a realização da mastectomia; S = segmentectomia; R = radical

Examinando o impacto negativo da cirurgia de retirada de câncer de mama em certos aspectos da vida dessas mulheres, evidenciou-se que 60% das que realizaram cirurgia radical relataram alteração na forma de se vestir e apenas 10% do grupo segmentectomia relataram a mesma mudança. A diferença entre os grupos também ocorre na insatisfação na atividade sexual, sendo que 40% das participantes do grupo radical e 20% do grupo segmentectomia relatam ter sentido impacto negativo na atividade sexual. Com relação ao impacto de desconforto ao abraçar as pessoas, 30% das mulheres do grupo radical o referiram, enquanto nenhuma participante do grupo segmentectomia apresentou essa queixa. Ao serem questionadas sobre o impacto ao usar o banheiro e

em relação ao nudismo, houve maior impacto negativo no grupo radical (40%) quando comparado ao grupo segmentectomia (30%). Não houve diferença em relação à opção sexual entre os dois grupos (Gráfico 2B).

DISCUSSÃO

O presente estudo não encontrou diferenças significativas entre os grupos, nos domínios do questionário SF-36. Entretanto, os dados obtidos pelo Questionário de Impacto Negativo mostram que o grupo radical foi o mais comprometido após o procedimento cirúrgico.

Os estudos de Wapnir *et al.*⁸, Janni *et al.*²⁰ e Sammarco²¹ demonstraram que as mulheres mais jovens apresentavam

maior dificuldade de se adaptar à nova imagem corporal após a cirurgia, esta acarretando maior impacto negativo e pior qualidade de vida. Isso não pôde ser observado neste trabalho, pois não houve diferença estatística em relação à idade entre as pacientes dos grupos radical e segmentectomia

Diversos estudos que analisaram a qualidade de vida em mulheres mastectomizadas utilizando o questionário SF-36 relatam escores melhores em paciente submetidas à segmentectomia quando comparados às de cirurgia radical, porém as diferenças nesses estudos também não foram significativas^{8,13,18}. Por exemplo, os estudos de Wapnir *et al.*⁸ e Ganz *et al.*¹³, que realizaram pesquisas com mulheres mastectomizadas de forma segmentar e radical, obtiveram médias de 59,3 e 78,7 para os escores no domínio de aspecto físico em mulheres que realizaram segmentectomia e valores médios de 42,4 e 70,5 para as que tinham se submetido à cirurgia radical. Em nosso estudo, as médias foram 15 para o grupo segmentar e 10 para o radical, indicando valores bem inferiores aos desses estudos. No domínio aspectos emocionais, os mesmos autores encontraram médias de 68,2 e 76,7 em seus grupos de cirurgia segmentar, e de 74,7 e 79,9 nos de cirurgia radical, enquanto nossos valores foram novamente inferiores, sendo de 33,3 no grupo segmentar e de 40,0 no radical. Como ambos os estudos citados são americanos, as hipóteses levantadas para justificar a grande diferença observada em relação aos dados do presente estudo incluem melhor condição financeira e acesso aos serviços de atendimento a saúde pública daquele país.

Nos resultados aqui obtidos, não foi possível verificar diferenças significativas na qualidade de vida entre as mulheres dos dois grupos; houve, porém, uma tendência a valores inferiores no grupo segmentectomia para os domínios dor e aspectos emocionais, bem como valores inferiores do grupo radical na maioria dos domínios, incluindo capacidade funcional, aspec-

to físico, estado geral de saúde, vitalidade, aspecto social e saúde mental, justificando o maior comprometimento desse grupo.

Nas pesquisas de Wapnir *et al.*⁸ e Rowland *et al.*¹⁸ (2000) que também avaliaram a qualidade de vida por meio do SF-36, ficou igualmente evidente essa tendência: as mulheres submetidas à cirurgia radical apresentaram valores piores na maioria dos domínios, quando comparados aos do grupo segmentectomia, mas essas diferenças também não foram significativas.

Os dados deste estudo estão de acordo com os resultados de Sammarco²¹ e Ganz *et al.*¹³, ao apontar que a vida sexual é diretamente atingida independentemente do tipo de cirurgia e que as mulheres pós-mastectomizadas apresentam dificuldade de se adaptar à nova imagem corporal. Os dados obtidos pelo Questionário Impacto Negativo mostram que as mulheres submetidas à cirurgia radical apresentaram maior impacto negativo no modo de se vestir, usar o banheiro, abraçar

peçoas, sentir-se confortável com o nu, bem como na opção e atividade sexual, quando comparadas às submetidas à cirurgia segmentar.

Analisando-se os resultados obtidos neste estudo quanto à satisfação nas relações íntimas e sexuais, observa-se grande diferença, apesar de ambas se relacionarem à sexualidade da paciente. Isso pode ter ocorrido em função da alta proporção (mais de metade) de voluntárias que não eram casadas e, algumas vezes, da queixa de impotência sexual de seus parceiros.

Apesar de não ter sido objeto deste estudo, pôde-se constatar, durante a aplicação do questionário SF-36, que várias voluntárias enfatizaram a relação existente entre o lado da cirurgia e dificuldades na realização de atividades da vida diária (AVDs) sendo relatada maior insatisfação e/ou dificuldade quando a cirurgia envolvia o mesmo lado do membro superior dominante. Dessa forma acredita-se que, conhecendo melhor as limitações decorrentes dos tipos de mastectomia,

um melhor direcionamento será dado ao tratamento fisioterapêutico dessas mulheres.

Uma limitação deste estudo é o reduzido tamanho da amostra. Assim, futuros estudos, além de contar com maior número de participantes, poderão comparar a qualidade de vida de mulheres que realizaram reconstrução mamária com as que não a realizaram e, ainda, verificar eventual relação entre o lado da cirurgia e o aparecimento de dificuldades na realização de AVDs, que interferem na qualidade de vida.

CONCLUSÃO

Conclui-se que não existe diferença na qualidade de vida nas mulheres estudadas com diagnóstico de câncer de mama submetidas à cirurgia radical comparadas àquelas submetidas à segmentectomia; ficou evidente, porém, um maior impacto negativo da mastectomia nas mulheres submetidas à cirurgia radical.

REFERÊNCIAS

- 1 Costa H, Solla J, Temporão JG. Controle do câncer de mama: documento de consenso. *Rev Bras Cancerol.* 2004;50:77-90.
- 2 Cantinelli FS, Camacho RS, Smaletz O, Gonsales BK, Braguittoni E, Rennó Jr J. A oncopsiquiatria no câncer de mama: considerações a respeito de questões do feminino. *Rev Psiq Clín.* 2006;33(3):124-33.
- 3 Duarte TP, Andrade AN. Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade. *Est Psicol.* 2003;8(1):155-63.
- 4 Guirro E, Guirro R. *Fisioterapia dermatofuncional.* São Paulo: Manole; 2004.
- 5 Marx AG, Camargo MC. *Reabilitação física no câncer de mama.* São Paulo: Roca; 2000.
- 6 Godinho ER, Koch HA. O perfil da mulher que se submete à mamografia em Goiânia: uma contribuição a "Bases para um programa de detecção precoce do câncer de mama". *Radiol Bras.* 2002;35(3):139-45.
- 7 Baraúna MA, Canto RST, Schulz E, Silva RAV, Silva CDC, Vera MTS, et al. Avaliação da amplitude de movimento do ombro em mulheres mastectomizadas pela biofotogrametria computadorizada. *Rev Bras Cancerol.* 2003;50(1):27-31.
- 8 Wapnir IL, Cody RP, Greco RS. Subtle differences in quality of life after breast cancer surgery. *Ann Surg Oncol.* 1999; (4):359-66.
- 9 Clapis MJ. *Qualidade de vida de mulheres com câncer de mama: uma perspectiva de gênero [dissertação].* Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1996.
- 10 Conde DM, Pinto Neto AM, Freitas Jr RF, Aldrighi JM. Qualidade de vida de mulheres com câncer de mama. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2006;28(3):195-204.
- 11 Moreira ECH, Manaia CAR. *Qualidade de vida das pacientes mastectomizadas atendidas pelo serviço de fisioterapia do Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina. Semina: Cien Biol Saude.* 2005;26(1):21-30.
- 12 Tamanini JTN, D'Ancona CAL, Botega N, Netto NR. Tradução, confiabilidade e validade do "King's Health Questionnaire" para a língua portuguesa em mulheres com incontinência urinária. *Rev Saude Publica.* 2003;37:203-11.
- 13 Ganz PA, Kwan L, Stanton AL, Krupnick JL, Rowland JH, Meyerowitz BE, et al. Quality of life at the end of primary treatment of breast cancer: first results from the moving beyond cancer randomized trial. *J Natl Cancer Inst.* 2004;96(5):376-87.
- 14 Zahar SEV, Aldrighi JM, Netto AMP, Conde DM, Zahar L, Russomano F. Qualidade de vida de usuárias e não-usuárias de terapia de reposição hormonal. *Rev Assoc Med Bras.* 2005;51(3):133-8.
- 15 Amado F, Lourenço MTC, Deheinzelin D. Metastatic breast cancer: do current treatments improve quality of life? A prospective study. *Sao Paulo Med J.* 2006;124(4):203-7.
- 16 Benton N, Stewart N, Crabbe J, Robinson E, Yeoman S, McQueen FM. MRI of the wrist in early rheumatoid arthritis can be used to predict functional outcome at 6 years. *Ann Rheum Dis.* 2004;63:555-61.
- 17 Wiles NJ, Scott DGI, Barrett EM, Merry P, Arie E, Gaffney K, et al. Benchmarking: the five year outcome of rheumatoid arthritis assessed using a pain score, the Health Assessment Questionnaire, and the Short Form-36 (SF-36) in a community and a clinic based sample. *Ann Rheum Dis.* 2001;60:956-61.
- 18 Rowland JH, Desmond KA, Meyerowitz BE, Belin TR, Wyatt GE. Role of breast reconstructive surgery in physical and emotional outcomes among breast cancer survivors. *J Natl Cancer Inst.* 2000;92(17):1422-9.
- 19 Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos WS, Meinão IM, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol.* 1999;39:143-50.
- 20 Janni W, Rjosk D, Dimpfl T, Haertl K, Strobl B, Hepp F, et al. Quality of life influenced by primary surgical treatment for stage I-III breast cancer: long-term follow-up of a matched-pair analysis. *Ann Surg Oncol.* 2001;8(6):542-8.
- 21 Sammarco A. Perceived social support, uncertainty, and quality of life of younger breast cancer survivors. *Cancer Nurs.* 2001;24(3):212-9.