

# Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer da mama

## *Quality of life assessment in women with breast cancer*

Ana Silvia Diniz Makluf<sup>1</sup>, Prof. Dr<sup>a</sup> Rosângela Corrêa Dias<sup>2</sup>, Dr. Alexandre de Almeida Barra<sup>3</sup>

### Resumo

O Câncer da mama causa alterações físicas, sociais e emocionais gerando um grande impacto na vida das mulheres. Esse impacto pode ser mensurado por escalas de qualidade de vida. Neste trabalho, é apresentada uma revisão da literatura sobre como a qualidade de vida é avaliada em mulheres com câncer da mama, quais são os instrumentos disponíveis e a metodologia utilizada para inferi-la. A maioria dos trabalhos analisados são realizados em países de língua inglesa, utilizam metodologia quantitativa e não há consenso sobre qual melhor instrumento para medir a qualidade de vida. Os estudos revelam pior qualidade de vida em mulheres submetidas à mastectomia quando comparadas àquelas submetidas à cirurgia conservadora da mama. Mulheres mais velhas sentem menos o impacto da doença do que mulheres mais jovens. Mulheres submetidas à terapia sistêmica, como quimioterapia, apresentam pior escore de qualidade de vida global, saúde geral, função física e social. Na busca da melhoria da qualidade da assistência a mulheres com câncer da mama, os indicadores de qualidade de vida poderão auxiliar na prática clínica, nortear estratégias de intervenção terapêutica, avaliar sucesso da intervenção após cirurgia e tratamento oncológico, além de criar parâmetros para definição de ações no sentido de promoção de saúde individual ou coletiva.

**Palavras-chave:** Câncer da mama; Mastectomia; Qualidade de vida.

### Abstract

Breast cancer causes physical, social, and emotional alterations with a major impact on women's lives. Quality of life scales can measure this impact. This paper presents a literature review on measurement of quality of life in women with breast cancer, with various instruments and methodologies. Most of the articles come from English-speaking countries and use quantitative methodologies, and there is no consensus on the ideal instrument for measuring quality of life. The results showed that post-mastectomy patients have worse quality of life than those with conservative breast surgery. Older women feel less impact from the disease as compared to younger patients. Those in systemic treatment such as chemotherapy presented lower global quality of life and worse general health and physical and social functions. Improved care for women with breast cancer using quality of life indicators could help enhance clinical practice, guide therapeutic strategies, assess surgical success and clinical treatment, and provide parameters to define actions to promote both individual and group health.

**Key words:** Breast cancer; Mastectomy; Quality of life.

<sup>1</sup> Mestre em Ciências da Reabilitação pela Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Fisioterapeuta do Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais (IPSEMG).

<sup>2</sup> Professora adjunta do departamento de Fisioterapia da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da UFMG.

<sup>3</sup> Mestre e Doutor em Medicina pela UFMG, Médico Mastologista do Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais (IPSEMG).

Endereço para correspondência: Ana Silvia Diniz Makluf R: Castelo de Alcazar n° 51, Bairro Castelo, CEP:31330-310 BH-MG.  
E-mail: anamakluf@ibest.com.br

## INTRODUÇÃO

A qualidade de vida se apóia na compreensão das necessidades humanas fundamentais, materiais e espirituais, e tem no conceito de promoção de saúde seu foco mais relevante<sup>1</sup>.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define qualidade de vida como: "a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura, sistemas de valores nos quais ele vive em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações"<sup>2,3</sup>. Qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) e estado subjetivo de saúde são conceitos afins, centrados na avaliação subjetiva do paciente, mais necessariamente ligados ao impacto do estado de saúde sobre a capacidade do indivíduo viver plenamente. Entretanto qualidade de vida é mais geral e inclui uma variedade potencial maior de condições que podem afetar a percepção do indivíduo, seus sentimentos e comportamentos relacionados com o seu funcionamento diário, incluindo, mas não se limitando, à sua condição de saúde e às intervenções médicas<sup>4</sup>. Segundo Segre e Ferraz<sup>5</sup>, entende-se que qualidade de vida seja: "algo intrínseco, é uma construção subjetiva, só possível de ser avaliada pelo próprio sujeito". Medidas quantitativas de qualidade de vida poderiam servir como indicadores para nortear estratégias de intervenção terapêutica e criar parâmetros para definição de ações no sentido de promoção de saúde individual ou coletiva. Embora seja consensual a relação entre saúde e qualidade de vida e sua importância na promoção de saúde, na prática clínica não é usual inferi-la<sup>6</sup>. Isto talvez se deva ao pouco conhecimento deste desfecho dentro da prática clínica pelos profissionais de saúde e por existirem ainda poucos instrumentos adaptados culturalmente para a população brasileira.

O interesse em conceitos como "padrão de vida" e "qualidade de vida" foi, inicialmente, compartilhado por cientistas sociais e filósofos. O crescente avanço tecnológico dentro da área da saúde trouxe, como consequência, condições crônicas e aumento da sobrevida dos pacientes<sup>8,13</sup>. A oncologia foi a especialidade que se viu confrontada com as necessidades de se avaliar a qualidade de vida dos seus pacientes<sup>7</sup>.

A avaliação da qualidade de vida considera a percepção subjetiva do paciente, isto é, um passo importante em direção a uma abordagem mais abrangente e humanista para o tratamento do câncer. Esta tendência é bem documentada na literatura, devido ao aumento do número de estudos de câncer da mama que registram resultados de avaliação de qualidade de vida<sup>8</sup>.

Dessa forma, a avaliação da qualidade de vida vem

sendo utilizada dentro da área da saúde como um desfecho importante no sentido de avaliar o impacto da doença sentido pelo paciente, criar indicadores da gravidade e progressão da doença e prever a influência dos tratamentos sobre a condição da mesma<sup>9</sup>.

Segundo dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA)<sup>10</sup>, o câncer da mama é a primeira causa de mortes em mulheres no Brasil. Na maioria das vezes, o diagnóstico é estabelecido em uma fase tardia da doença<sup>11</sup>, isso se deve a uma política ineficaz de controle e rastreamento da doença, que tem na mamografia, aliada ao exame clínico das mamas e ao auto-exame, seus instrumentos fundamentais<sup>11,12</sup>. Apesar do diagnóstico, na maioria das vezes, ainda ser feito em estágios mais avançados da doença, novos métodos para detecção precoce e novas possibilidades de tratamento vêm surgindo, resultando em um aumento da sobrevida dessas mulheres. Essa melhora da expectativa de vida se contrapõe a uma alteração no estado de saúde global, uma vez que o câncer da mama e os tratamentos propostos causam um grande impacto na vida dessas mulheres.

Bergamasco e Angelo, consideram que o câncer da mama tem um profundo impacto psicossocial nas pacientes e em seus familiares<sup>13</sup>. Essas experimentam preconceitos, medo da morte, sofrimento da mutilação, receio do surgimento do linfedema e, até mesmo, sentimentos de desvalorização social<sup>13,14</sup>.

O câncer da mama e seu tratamento, muitas vezes, mutilador podem conduzir a mulher a alterações na sua auto-imagem, perda funcional, alterações psíquicas, emocionais e sociais. Essas alterações, presentes naquelas que se submetem ao tratamento para o carcinoma mamário, podem ser quantificadas através de uma escala de qualidade de vida.

As escalas para avaliação da qualidade de vida podem ser genéricas ou específicas para uma determinada condição<sup>15</sup>. Instrumentos genéricos são usados para qualquer condição de saúde, sendo câncer ou não e permitem comparações entre as diversas condições, enquanto os específicos são mais sensíveis e permitem avaliar uma condição específica, por exemplo, câncer da mama<sup>9,15</sup>. Para combinar as vantagens e minimizar as desvantagens de cada tipo de instrumento, o ideal é usar, sempre que possível, a combinação de um instrumento genérico com um específico<sup>15</sup>.

Neste trabalho, é apresentada uma revisão da literatura recente sobre como a qualidade de vida é avaliada em mulheres com câncer da mama, quais são os instrumentos utilizados para inferi-la e a metodologia utilizada.

## METODOLOGIA

A revisão de artigos realizada adotou, como critério inicial para seleção a consulta ao *Medline* ([www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed)), através do seu sistema de busca, utilizando como descritores as palavras-chave "*breast neoplasms*" e "*quality of life*" combinadas com os termos "*instruments, assessment*". A opção por esse banco de dados se justifica por ser conhecido e muito utilizado por acadêmicos e profissionais da área de saúde e pelo rigor na classificação de seus periódicos. Como banco de dados, referência na América Latina, a Literatura Latina Americana e do Caribe em Ciências da saúde (*Lilacs*) também foi consultada.

A seleção buscou artigos nos últimos cinco anos (2000/2004) nas línguas inglesa e portuguesa. Alguns trabalhos mais citados, publicados antes desse período, foram considerados devido ao pioneirismo e impacto na literatura científica. Trabalhos brasileiros foram selecionados a partir de levantamento realizado no banco de dados de periódicos eletrônicos *Scientific Electronic Library on Line* (SciELO) (<http://www.scielo.br>), sem especificação do período de publicação, devido ao pequeno número de trabalhos publicados sobre qualidade de vida. Também foi pesquisado o periódico *Quality of Life Research* (<http://www.isoqol.org>), o qual reúne trabalhos sobre qualidade de vida em diferentes áreas do conhecimento.

Foram selecionados, para essa revisão, estudos sobre a avaliação da qualidade de vida, em mulheres com

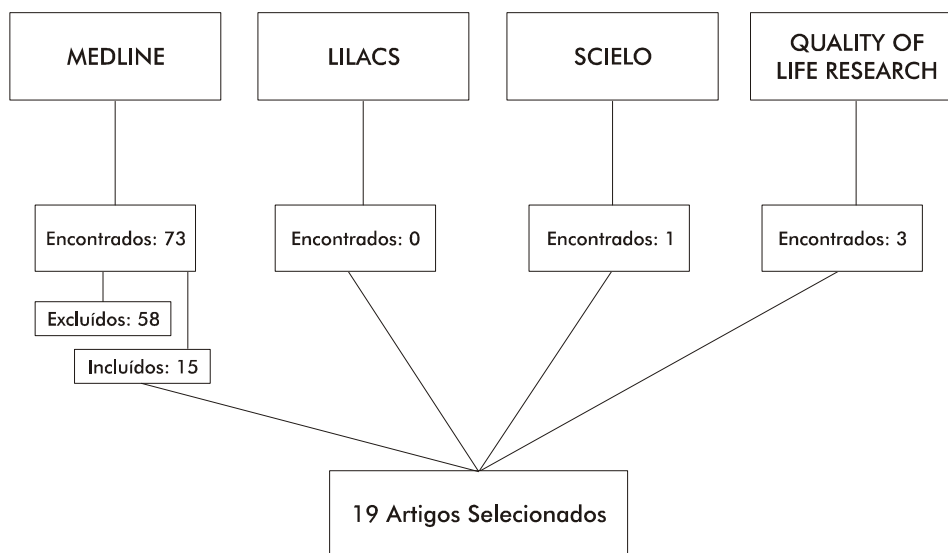
câncer da mama, e foram excluídos estudos que avaliam o impacto sobre a qualidade de vida causada por intervenções específicas como quimioterapia e radioterapia. Dentro do *Medline* de 73 artigos foram selecionados 15, no *Quality of Life Research* três, na *SciELO* foi encontrado um artigo e no *Lilacs* não foi localizado nenhum artigo sobre o tema (diagrama 1). Assim, um total de 19 artigos que continham os desfechos de interesse dessa revisão foram selecionados. Não foi objetivo desse estudo avaliar o impacto sobre a qualidade de vida causada por intervenções específicas como quimioterapia e radioterapia, portanto esses trabalhos foram excluídos dessa revisão.

Após uma leitura criteriosa dos textos, esses foram analisados quanto ao momento em que foi medida a qualidade de vida (se durante ou após tratamento), quais os instrumentos utilizados para avaliar qualidade de vida, metodologia empregada, resultados e a possibilidade de comparação entre os estudos.

### INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA MEDIR QUALIDADE DE VIDA:

Embora existam outros instrumentos para avaliar a qualidade de vida, nos estudos revisados, os instrumentos utilizados para avaliar a qualidade de vida foram: *Mischel Uncertainly in Illness Scale* (MUSS)<sup>16</sup>, *Profile of Mood States* (POMS)<sup>16</sup>, *Satisfaction with Life Domain Scale for Breast Cancer* (SLDS-BC)<sup>17</sup>, *Functional Assessment of Cancer Therapy* (FACT-G)<sup>3</sup>, *Functional Assessment of Cancer Therapy for Breast Cancer* (FACT-B)<sup>16,22,28</sup>, *Early Stage Breast Cancer Specific Qol Sales*

**Diagrama 1.** Bancos de dados pesquisados e artigos selecionados



(ESCB)<sup>18,19</sup>, *Quality of Life Questionnaire (QLQ-C30)*<sup>18,19,20,21,22,23,24</sup>, *Breast Cancer Module (BR-23)*<sup>22,24</sup>, *Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)*<sup>25</sup>, *Linear Analogue Scale for Self Assessment (LASA)*<sup>26</sup>, *Ladder of life scale*<sup>25</sup>, *Bush's quality of life (QWB)*<sup>27</sup> e *Kaplan*<sup>27</sup>.

Das pesquisas que se utilizam de metodologia quantitativa, sete estudos empregaram instrumentos genéricos associados a instrumentos específicos<sup>16,17,18,19,22,24,28</sup>, oito estudos se utilizaram somente de instrumentos genéricos<sup>6,10,12,15,17,19,29,37</sup>, não avaliando as peculiaridades do câncer da mama. O instrumento mais utilizado foi o EORTC QLQ-C30, o qual foi usado em sete estudos<sup>18,19,20,21,22,23,24</sup>, seguido do FACT que foi utilizado em quatro<sup>16,17,22,28</sup> e o SF-36 que foi utilizado em um estudo<sup>2</sup>. A literatura confirma que, entre os instrumentos disponíveis para avaliar a qualidade de vida em pacientes com câncer, o EORTC QLQ-C30 e o FACT-G são os mais comumente usados<sup>31</sup>.

O EORTC QLQ-C30 é um questionário composto por 30 itens, o qual incorpora cinco escalas funcionais (desempenho físico, funcional, cognitivo, emocional e social), três escalas de sintomas (fadiga, dor, náusea e vômito) e escalas de qualidade de vida e estado de saúde global. Os itens simples avaliam sintomas adicionais comumente relatados por pacientes com câncer como dispnéia, perda do apetite, distúrbio do sono, constipação e diarreia, bem como o impacto financeiro da doença e tratamento. O escore varia de 0 a 100, em que 0 representa pior estado de saúde e 100 melhor estado de saúde, com exceção das escalas de sintomas nas quais maior escore representa mais sintomas e pior qualidade de vida<sup>32</sup>.

Tanto o EORTC QLQ-C30 quanto o FACT-G utilizam módulos com um núcleo do questionário genérico, seguido de uma combinação de módulos para doenças específicas como câncer da mama, leucemia ou transplante de medula óssea<sup>20</sup>. O EORTC QLQ-C30 é seguido do módulo *Breast Specific Module (BR-23)*<sup>35</sup> e o FACT-G do *Functional Assessment of Cancer Therapy for Breast Cancer (FACT-B)*, ambos os módulos avaliam aspectos específicos do câncer da mama<sup>26,27</sup>.

Embora ambos os questionários EORTC QLQ-C30 e o FACT-G possuam escalas medindo os aspectos físico, emocional, funcional e social, o EORTC QLQ-C30 tem escalas adicionais que avaliam função cognitiva, sintomatologia e impacto financeiro da doença. Finalmente, os dois instrumentos são diferentes quanto às frases, o questionário da EORTC-QLQ-C30 se utiliza de questões, enquanto o FACT-G utiliza afirmações<sup>31</sup>.

Dos instrumentos utilizados pelos estudos analisados,

o único que se encontra adaptado culturalmente para a população brasileira é o SF-36. Ciconelli et al, mediram as propriedades psicométricas desse instrumento em uma população de 50 pacientes com artrite reumatóide<sup>34</sup>. O SF-36 é um instrumento genérico com 36 questões e oito escalas multi-itens. Como o instrumento é genérico, portanto, não avalia questões específicas para pacientes com câncer da mama.

#### CARACTERÍSTICAS E RESULTADOS DOS ESTUDOS QUE AVALIAM QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES COM CÂNCER DA MAMA

A maioria dos trabalhos em que se investiga qualidade de vida em mulheres com câncer da mama são em países de língua Inglesa, como Estados Unidos, Canadá, Austrália e utilizam metodologia quantitativa<sup>16,19,20</sup>; somente um artigo utilizou metodologia qualitativa<sup>3</sup>. Não há um consenso com relação aos instrumentos a serem utilizados. A tabela 1 mostra um resumo dos artigos, quais os instrumentos utilizados, o objetivo de se avaliar a qualidade de vida e os principais resultados.

Em um estudo observacional de coorte, Ganz et al avaliaram 817 mulheres sobreviventes em média 6,3 anos após o diagnóstico de câncer da mama<sup>25</sup>. Os instrumentos utilizados para avaliar a QVRS foram dois instrumentos genéricos o SF-36 e o *Ladder of Life Scale*.

O estudo observou que a QVRS em pacientes livres do câncer da mama, muitos anos após o diagnóstico inicial, permanece estável. Entretanto, demonstra que o grupo de mulheres que não recebeu terapia sistêmica teve melhor escore de qualidade de vida global, saúde geral, função física e social. Isso sugere que os efeitos do tratamento sistêmico persistam mesmo após muitos anos do tratamento<sup>25</sup>.

Um instrumento genérico, o QLQ-C30, desenvolvido pelo *European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC)*<sup>32</sup>, acrescido de sete itens suplementares foi utilizado para avaliar qualidade de vida em 152 pacientes pareados pelos tipos de cirurgia: conservadora ou radical da mama. Ambos os grupos relataram medo da recorrência da doença, entretanto, o grupo de pacientes submetido à mastectomia se mostrou menos satisfeito com o resultado estético da cirurgia e apresentou mais estresse emocional quando comparado ao grupo que se submeteu à cirurgia conservadora da mama<sup>23</sup>.

Engel et al, em um estudo de coorte prospectivo, avaliaram a qualidade de vida de 990 mulheres pós-tratamento para câncer da mama; as pacientes submetidas à mastectomia apresentaram piora não só na imagem corporal, mas também na vida sexual, limitações no trabalho e até mesmo mudanças nos hábitos

nas atividades de vida diária. Esse estudo, também, utilizou o instrumento da EORTC, o QLQ-C30, para avaliar a qualidade de vida<sup>21</sup>.

A qualidade de vida pode ser alterada pela idade, escolaridade e estado civil. King et al avaliaram a qualidade de vida em mulheres três e doze meses após tratamento do câncer da mama. Nesse estudo, foram

aplicados: o instrumento da EORTC, QLQ-C30, e uma escala criada pelos autores com 55 questões dentro de dez dimensões denominada *Early Stage Breast Cancer-Specific QOL Sales* (ESBC). Os resultados desse estudo confirmam o impacto negativo da mastectomia sobre a imagem corporal mesmo após um ano do término do tratamento<sup>19</sup>.

**Tabela 1.** Características e resultados dos estudos que avaliam qualidade de vida em mulheres com câncer de mama

Autor	Instrumentos	Objetivo de se avaliar QV	Momento que se avaliou QV	Forma aplicação instrumento	Resultados
Caffo et al <sup>29</sup> , 2003	Combinação de um número de questionários validados	Impacto da dor sobre a QV, comparando mulheres tratadas com mastectomia, mastectomia seguida da reconstrução imediata, cirurgia conservadora + radioterapia	Pós tratamento cirúrgico	Auto-administrado	Quase 1/3 das mulheres operadas por câncer da mama apresentam dores e isto tem um impacto negativo sobre a QV
Cohen et al <sup>20</sup> , 2000	QLQ-C30 MHI	Examinar se o tipo de cirurgia, idade e tempo da cirurgia influenciam o estress psicológico e a QV em mulheres tratadas com Ca da mama	Período de 6 meses a 5 anos após tratamento cirúrgico	Auto-administrado	Os efeitos dos tratamentos cirúrgicos para Ca da mama ficam aparentes somente após alguns anos
Engel et al <sup>21</sup> , 2004	QLQ-C30	Comparar a QV a longo prazo em pacientes com Ca da mama tratados por cirurgia conservadora ou mastectomia em 3 grupos de idade	6 meses após o tratamento inicial até 5 anos	Auto-administrado	Mulheres submetidas à mastectomia apresentam pior imagem corporal e função sexual do que aquelas tratadas com a cirurgia conservadora
Ganz et al <sup>25</sup> , 2002	SF-36, Ladder of life scala	Avaliar a QV a longo prazo em mulheres sobreviventes do Ca da mama	5 e 10 anos após o diagnóstico inicial	Auto-administrado	Mulheres sobreviventes de Ca da mama têm boa QV. Mulheres que receberam tratamento sistêmico tiveram pior escore de QV
Haes et al <sup>30</sup> , 2003	Questionário com 36 itens distribuídos em 9 domínios avaliam diferentes aspectos da QV	Avaliar sobrevivência, QV e preferência da paciente em relação ao tratamento em mulheres idosas	2 a 12 meses após tratamento	-	A QV não se diferiu em vários domínios entre as pacientes submetidas tanto à cirurgia conservadora + tamoxifeno quanto à mastectomia. Entretanto, o autor sugere a escolha da cirurgia conservadora tanto para pacientes jovens quanto idosas.
Holzner et al <sup>22</sup> , 2001	EORTC QLQ-C30 + BR-23, FACT-B	Se o tempo decorrido desde o tratamento inicial afeta a QV	de 1 a 5 anos pós-tratamento inicial	-	Redução da qualidade de vida nos domínios emocional, social e sexual não somente no período precoce após o tratamento inicial (1-2 anos), mas também após 5 anos.
Janni et al <sup>23</sup> , 2001	QLQ-C30 + 7 itens suplementares para avaliar aspectos específicos do tratamento cirúrgico	Comparar o impacto de 2 abordagens cirúrgicas: cirurgia conservadora e mastectomia e identificar possíveis falhas nos questionários padronizados para avaliar QV	46 meses após o tratamento cirúrgico	-	Nenhuma diferença entre os dois grupos foi observada através das medidas do QLQ-C30. Através dos itens suplementares, a paciente submetida à mastectomia se apresentou menos satisfeita com os resultados estéticos da cirurgia
Kenny et al <sup>18</sup> , 2000	QLQ-C30 + 7 itens suplementares para avaliar aspectos específicos do tratamento cirúrgico	Avaliar a contribuição de três principais componentes do tratamento: Cirurgia, quimioterapia e radioterapia sobre os custos e a QV	1 ano após o tratamento cirúrgico	Auto-administrado	O maior custo do tratamento se deve a radioterapia. Mulheres tratadas por cirurgia conservadora apresentam melhor imagem corporal, mas pior função física do que aquelas tratadas com a mastectomia. O impacto negativo do câncer da mama é sentido mais em mulheres jovens. Cirurgia conservadora da mama é mais cara que a mastectomia.
King et al <sup>19</sup> , 2000	QLQ-C30, ESBC	Demonstrar que o impacto da doença e tratamento sobre a qualidade de vida se difere pela idade, educação e estado civil	3-12 meses pós cirurgia para câncer da mama	Auto-administrado	Maioria dos sintomas diminuíram entre 3 meses e 1 ano, porém persistiram os sintomas do braço e menopausa. Mulheres mais jovens apresentam pior escore de QV quando comparadas a mulheres mais velhas. Mulheres solteiras e com menor escolaridade apresentaram pior QV. O impacto negativo da mastectomia foi maior entre mulheres casadas
Nagel et al <sup>24</sup> , 2001	QLQ-C30 BR-23 + 39 questões sobre a preocupação do paciente durante e após o tratamento médico inicial	Avaliar a QV e identificar subgrupos de pacientes clinicamente significantes através de medidas de QV	Após 15 meses do tratamento médico inicial	Auto-administrado	4 subgrupos de pacientes com características específicas foram descritos

Nissen et al <sup>16</sup> , 2001	Mishel Uncertainty in Illness Scale (MUIS), Profile of Mood States (POMPS), FACT-B	Avaliar QV após Tratamento cirúrgico	QV foi avaliada após o diagnóstico Ca da mama: 1,3,6,12,18,24 meses	Auto-administrado	A imagem corporal é pior em mulheres submetidas à mastectomia em relação à cirurgia conservadora da mama. Em mulheres submetidas à mastectomia seguida da reconstrução foram observados maior distúrbio do humor e bem estar do que em mulheres submetidas à mastectomia sozinha
Pandey et al <sup>26</sup> , 2000	LASA	Avaliar a QV de pacientes em fase inicial e tardia da doença	Antes de iniciar o tratamento e três meses após completar o tratamento	Através de entrevista	Os resultados apontam três parâmetros que influenciam a QV; vida social, auto-cuidado, e recreação.
Sales et al <sup>3</sup> , 2001	Entrevista semi-estruturada	Avaliar QV e mudanças no funcionamento social	Pós tratamento de câncer da mama < 1 a 11 anos do tratamento inicial	Entrevista	Embora mulheres avaliem de forma positiva a QV, apresentam mudanças no funcionamento social, mais decorrentes das dificuldades psicossociais do que físicas
Sandgren et al <sup>4</sup> , 2004	FACT, FACT-B	Examinar como a qualidade de vida é avaliada pelo paciente e por um respondente próximo	1 a 3 meses após o diagnóstico	Entrevista por telefone	Os respondentes próximos tendem a avaliar a QV de modo menos favorável do que o próprio paciente, entretanto a melhora relatada pelo paciente ao longo do tempo também foi percebida pelo respondente
Spagnola et al <sup>17</sup> , 2003	SLDS-BC, FACT-B	Avaliar as propriedades psicométricas do instrumento SLDS-BC	Pacientes em tratamento ou em fase de remissão da doença	Administrado por entrevistadores treinados	O instrumento demonstrou propriedades psicométricas adequadas para avaliar qualidade de vida em pacientes com câncer da mama
Vacek et al <sup>27</sup> , 2003	QWB, Kaplan	Descrever mudanças na QV sobre o tempo e identificar fatores que afetam o nível de mudança em mulheres sobreviventes de câncer da mama	Entrevistas anuais prévia de 6 anos	Através de entrevistas	Escore do QWB diminuiu sobre o tempo e a taxa de declínio aumentou com a idade. Presença de patologia associada foi associada com menor nível de QWB. Sobreviventes de Ca da mama apresentam diminuição da QV que persiste mesmo após muitos anos do tratamento

QV=Qualidade de vida, Ca=câncer da mama, QLQ-C30=Quality of Life Questionnaire, MHI=Mental Health Inventory, SF-36=Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Healthy Survey, BR-23 Breast Cancer Module, Fact-B=Functional Assessment of Cancer Therapy for Breast Cancer, ESBC=Early Stage Breast Cancer-Specific Qol Sales, LASA=Linear Analogue Scale for Self Assessment, FACT-G=Functional Assessment of Cancer Therapy, SLDS-BC=Satisfaction with Life Domain Scale for Breast Cancer, QWB=Bush's Quality of Well Being

Mulheres com idade avançada, mesmo quando submetidas à mastectomia, relatam melhor escore de qualidade de vida após tratamento do câncer da mama, do que mulheres mais jovens<sup>21,30</sup>. Cohen et al justificam que mulheres mais jovens têm maior dificuldade de adaptação após câncer da mama<sup>20</sup>. Kenny et al afirmaram que as prioridades individuais variam com a idade e os diferentes momentos da vida e verificaram que mulheres mais velhas apresentam melhor escore de qualidade de vida porque essas valorizam menos a mama e a feminilidade<sup>18</sup>.

King et al verificaram uma interação entre tipo de cirurgia e estado civil<sup>19</sup>. As mulheres mais jovens experimentam mais sintomas no braço e maiores dificuldades com a imagem corporal do que mulheres mais velhas. Mulheres casadas ou que têm uma relação conjugal estável apresentam melhores escores de qualidade de vida global do que mulheres solteiras, entretanto o impacto da mastectomia sobre a imagem corporal é maior em mulheres casadas do que em mulheres solteiras. O nível de escolaridade, também, é nesse estudo considerado um fator positivo sobre a qualidade de vida. Mulheres com maior escolaridade apresentaram melhor função física, função

emocional, menos dor e poucos sintomas na mama, em relação a mulheres com baixa escolaridade<sup>19</sup>. Esses autores avaliam também o custo do tratamento e os resultados mostraram que o tratamento mais caro foi a cirurgia conservadora da mama seguida de terapia adjuvante, sendo a radioterapia o componente mais caro do tratamento<sup>19</sup>.

A importância do apoio emocional recebido pela paciente, através de seus familiares ou amigos, ajudando a superar o impacto do diagnóstico do câncer da mama é pouco documentada em estudos na literatura. Em um estudo com 112 mulheres, a qualidade de vida foi avaliada entre um a três meses após o diagnóstico de câncer da mama, utilizando o instrumento FACT-G. Essas mulheres responderam a esse questionário e identificaram a principal fonte de apoio emocional, que foram: marido, filhos, amigos, sobrinhos e outros que também responderam ao mesmo questionário. Os resultados demonstraram concordância moderada entre o respondente e a paciente, mas a melhora relatada pelos pacientes ao longo do tempo também foi percebida por seus respondentes<sup>28</sup>.

Os tipos de cirurgia (conservadora e mastectomia seguida ou não da reconstrução imediata), a idade e o

tempo da cirurgia influenciam a qualidade de vida em mulheres tratadas por câncer da mama. Nissen et al demonstram, em um estudo prospectivo, que mulheres submetidas à mastectomia seguida da reconstrução imediata apresentam maior distúrbio do humor e bem estar<sup>16</sup>. Os autores justificam esse achado devido ao maior tempo de internação dessas mulheres do que aquelas submetidas somente à mastectomia. Entretanto, Cohen et al inferem que os efeitos dos diferentes tratamentos cirúrgicos tornam-se mais aparentes somente após um período de alguns anos do diagnóstico inicial<sup>20</sup>.

Os instrumentos Kaplan e QWB foram usados por Vacek et al, para descrever mudanças na qualidade de vida sobre o tempo e identificar fatores que afetam o nível de mudança em mulheres sobreviventes de câncer da mama. Os resultados demonstraram que o escore do QWB declinou com o tempo e a presença de patologias associadas se relacionavam com pior qualidade de vida<sup>27</sup>.

Holzner et al avaliaram se o tempo decorrido após o tratamento inicial afeta a qualidade de vida em mulheres com câncer da mama. Os resultados demonstraram redução da qualidade de vida nos domínios emocional, social e sexual não somente no período de um a dois anos após o tratamento inicial, mas também após cinco anos e sugerem que o cuidado psico-oncológico oferecido ao paciente não deve ser somente durante o período de hospitalização, mas também após o término do tratamento<sup>22</sup>.

A dor teve um impacto negativo sobre a qualidade de vida e, segundo Caffo et al<sup>29</sup>, quase um terço das pacientes operadas por câncer da mama sentem dores. Esses autores criaram um questionário para avaliar a qualidade de vida, baseado na combinação de vários questionários validados e a dor foi medida através do *McGill Pain Questionnaire*.

Pandey et al compararam dois grupos de pacientes com câncer da mama; fase inicial da doença estágio I e II, e em fase avançada da doença estágios III e IV, através de medidas de qualidade de vida. O instrumento utilizado foi o *Linear Analogue Scale for Self Assessment* (LASA) e os resultados apontaram três principais parâmetros; vida social, auto-cuidado e recreação por influenciarem, diretamente, a qualidade de vida em mulheres com câncer da mama<sup>26</sup>.

## DISCUSSÃO

Na área da saúde, o interesse pelo conceito qualidade de vida é relativamente recente e tem sido mais evidente nas últimas décadas. Essa expressão qualidade de vida é utilizada em duas vertentes: na linguagem cotidiana por cidadãos comuns, políticos e profissionais de diversas

áreas e no contexto da pesquisa científica na área de economia, sociologia e diversas especialidades da área de saúde<sup>35</sup>. Há um crescente interesse em qualidade de vida como um indicador nos julgamentos clínicos de doenças específicas, tanto para avaliar impacto físico, psicossocial e disfunções quanto para avaliar incapacidades<sup>35</sup>.

Os trabalhos revisados apresentam uma dificuldade conceitual do termo qualidade de vida. Somente dois estudos desenvolvidos por Sales et al<sup>3</sup>, Nagel et al<sup>24</sup> definem qualidade de vida. O primeiro traz a definição da OMS e o segundo define qualidade de vida como "mais que uma descrição de saúde do paciente, é o reflexo da maneira como o paciente percebe e reage ao seu estado de saúde e a outros aspectos não médicos de sua vida". Essa definição reflete a subjetividade, ou seja, a qualidade de vida somente pode ser avaliada pelo próprio indivíduo, mas deixa de lado a multidimensionalidade do construto, pois a qualidade de vida é composta por diferentes dimensões; física, psíquica, funcional e social. Esta dificuldade conceitual, em parte, explica porque na prática não é usual inferir qualidade de vida.

Os trabalhos revisados contribuem para entender o impacto do câncer da mama na vida das mulheres, entretanto se utilizam de instrumentos variados, genéricos ou específicos.

Os estudos demonstram que o impacto negativo, tanto sobre a atividade sexual quanto na imagem corporal, é menor nas pacientes submetidas à cirurgia conservadora da mama do que aquelas submetidas à mastectomia. Logo, o tratamento de escolha para pacientes com câncer da mama deveria ser a cirurgia conservadora da mama.

Entretanto, no Brasil, na grande maioria das instituições que realizam o tratamento para câncer da mama, os estádios III e IV chegam a corresponder a cerca de 60% dos diagnósticos iniciais<sup>3</sup>. Como a maioria dos casos é diagnosticado, em uma fase mais avançada da doença, conseqüentemente, o número de mastectomias realizadas no Brasil ainda é alto.

O câncer da mama atualmente é tratado como uma doença sistêmica, portanto, muitas vezes, o tratamento cirúrgico é seguido de uma terapia adjuvante como quimioterapia ou hormonioterapia. O tratamento sistêmico (quimioterapia) foi visto por Ganz et al como um importante preditor de piora da qualidade de vida pós-tratamento do câncer da mama<sup>25</sup>. Isso reforça a importância da detecção precoce do câncer da mama, possibilitando um tratamento menos agressivo para essas mulheres. Além disso, a mastectomia sem reconstrução proporciona uma piora na qualidade de vida e pode ter

um impacto negativo na evolução da doença.

Com relação à metodologia empregada, apesar da subjetividade do construto qualidade de vida, somente um trabalho<sup>3</sup> se utilizou de metodologia qualitativa, os outros autores utilizam de metodologia quantitativa. Já Ganz et al<sup>25</sup> fazem uma análise apenas descritiva dos aspectos da qualidade de vida relacionados com o câncer da mama, enquanto Mosconi et al<sup>8</sup> trazem um debate sobre questões metodológicas, envolvendo avaliação da qualidade de vida e discutem questões sobre o uso dessas medidas nos estudos de câncer da mama, e Goodwin et al<sup>36</sup> ao fazerem uma revisão da literatura sobre medidas de qualidade de vida relacionadas à saúde, apresentam aspectos metodológicos de sua utilização em ensaios clínicos randomizados de câncer da mama.

Todos os autores avaliam a qualidade de vida pós-tratamento do câncer da mama, variando de 3 meses após o tratamento inicial até dez anos após o diagnóstico de câncer da mama. A qualidade de vida é um construto multidimensional, subjetivo e se altera com o tempo; portanto as medidas de qualidade de vida devem ser breves, abrangentes e sensíveis a mudanças<sup>17</sup>.

Os objetivos de se avaliar a qualidade de vida nos estudos revisados foram avaliar impacto e eficiência de diferentes tratamentos, comparar procedimentos ou tipos de cirurgia, avaliar impacto físico, psicossocial e psicológico da doença, identificar fonte de suporte familiar e social, medir eficácia e os custos do tratamento.

Há uma grande variedade de instrumentos para avaliar qualidade de vida, entretanto a ênfase dos questionários utilizados no câncer da mama recai sobre os sintomas como é a característica do EORTC QLQ-C30<sup>32</sup>, que foi o questionário mais utilizado pelos estudos<sup>35</sup>.

Os instrumentos disponíveis têm sido utilizados em experimentos clínicos e os estudos têm sido voltados para construção de questionários ou para avaliar a confiabilidade e as medidas psicométricas ou como teste de validade de critério, discriminante e de construto<sup>17,19,35</sup>. No momento, não foi encontrada nenhuma escala para avaliação de qualidade de vida, específica para câncer da mama, adaptada culturalmente para a população brasileira.

Com relação à melhor forma de aplicação dos questionários, se auto-administrados ou aplicados através de entrevista, observamos que dos estudos revisados oito utilizaram a forma de auto-aplicação dos questionários<sup>16,18,19,20,21,24,25,29</sup>, enquanto cinco utilizaram entrevista<sup>3,17,26,27,28</sup>.

Um estudo de medidas de qualidade de vida, em pessoas soro-positivas, investigou se haveria diferenças entre os escores de instrumentos de qualidade de vida

administrados mediante entrevista e auto-aplicados e não encontrou diferenças entre as duas modalidades de aplicação<sup>37</sup>. O autor demonstrou que há vantagens e desvantagens nas duas diferentes formas de aplicação dos questionários, e que a escolha deve ser feita baseada nos objetivos do estudo, tipo de delineamento e características da população estudada<sup>37</sup>. Contudo, não há, na literatura sobre câncer da mama, estudos que possam determinar qual o método de aplicação dos questionários seria o mais adequado.

Não há um consenso sobre qual o melhor instrumento a ser usado, qual a melhor forma para coletar e registrar os dados, ou como interpretar os resultados. Na prática clínica, isso, em grande parte, dificulta o uso das medidas de qualidade de vida.

Os estudos revisados não são passíveis de comparação, uma vez que se utilizam de instrumentos variados para avaliar qualidade de vida, em momentos diferentes e em populações com características diferentes.

## CONCLUSÃO

Incluir medidas de qualidade de vida na prática clínica parece ser um grande desafio. Portanto diante do impacto, tanto físico quanto emocional e social, causado pelo câncer da mama, essas medidas parecem ser cruciais para avaliar determinadas intervenções e as consequências da doença na vida dessas mulheres.

O caráter amplo dessa revisão pode ser considerado um ponto positivo desse estudo. Entretanto as conclusões foram limitadas devido às várias diferenças entre os estudos com relação aos instrumentos utilizados, metodologia empregada e qual o melhor momento para se avaliar a qualidade de vida.

Assim, podemos concluir, com base na literatura analisada, que há uma dificuldade conceitual da expressão qualidade de vida e não há consenso sobre qual instrumento a ser utilizado ou qual o melhor momento para se avaliar a qualidade de vida. Aliado a isso, não foi encontrado na literatura nenhum instrumento adaptado culturalmente para a população brasileira, gerando dificuldades no uso deste indicador de qualidade de vida na prática clínica.

Estudos de medidas de confiabilidade desses instrumentos são necessários para a população brasileira, uma vez que utilizar instrumentos para medir qualidade de vida não adaptados para nossa população ou realidade tem sido motivo de considerações e críticas<sup>38</sup>.

A busca, na melhora da assistência a essas mulheres, pelos profissionais de saúde, deve ser ponto central no programa de tratamento e a qualidade de vida é um



aspecto importante a ser mensurado, pois avalia as várias dimensões da doença e cria parâmetros para práticas assistenciais cotidianas nos serviços de saúde<sup>35</sup>.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2000;5:7-18.
2. Fleck MPA, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Rev Bras Psiquiatr*. 1999;21(1):19-28.
3. Sales CA, Paiva L, Scandiuzzi D, Anjos AC. Qualidade de vida de mulheres tratadas de câncer de mama: funcionamento social. *Rev Bras Cancerol*. 2001;47(3):263-72.
4. Organização Mundial de Saúde [homepage na Internet]. Porto Alegre: UFRGS; c1998-2004 [citado em 9 set 2005]. Divisão de saúde mental grupo WHOQOL. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/psiq/Whoqol>.
5. Segre M, Ferraz FC. O conceito de saúde. *Rev Saúde Pública*. 1997;31(5):538-42.
6. Cerqueira ATR, Crepaldi AL. Qualidade de vida em doenças pulmonares crônicas: aspectos conceituais e metodológicos. *J Pneumol*. 2000;26(4):1-14.
7. Ganz PA. Quality of life across the continuum of breast cancer care. *Breast J*. 2000;6(5): 324-30.
8. Mosconi P, Colozza M, De Laurentiis M, De Placido S, Maltoni M. Survival, quality of life and breast cancer. *Ann Oncol*. 2001;12 Suppl 3:S15-9.
9. Berzon RA. Understanding and using health-related quality of life instruments within clinical research studies. In: Staquet MJ, Hays RD, Fayers PM. *Quality of life assessment in clinical trials: methods and practice*. Oxford: Oxford University Press; 1998. p. 3-15.
10. Instituto Nacional de Câncer [homepage na Internet]. Rio de Janeiro: INCA; c1996-2005 [citado em 9 set 2005]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br>.
11. Abreu E, Koifman S. Fatores prognósticos no câncer da mama feminina. *Rev Bras Cancerol*. 2002;48(1):113-31.
12. Thuler LC. Considerações sobre a prevenção do câncer de mama feminino. *Rev Bras Cancerol*. 2003;49(4):227-38.
13. Bergamasco RB, Angelo M. O sofrimento de descobrir-se com câncer de mama: como o diagnóstico é experienciado pela mulher. *Rev Bras Cancerol*. 2001;47(3):277-82.
14. Almeida AM, Mamede MV, Panobianco MS, Prado MAS, Clapis MJ. Construindo o significado da recorrência da doença: a experiência de mulheres com câncer de mama. *Rev Latinoam Enfermagem*. 2001;9(5):63-9.
15. Dias RC, Dias JMD. Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde em idosos com osteoartrite de joelhos. *Rev Bras Fisioter*. 2002;6(3):1-7.
16. 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.
17. Spagnola S, Zabora J, Brintzenhofesoc K, Hooker C, Cohen G, Baker F. The satisfaction with life domains scale for breast cancer (SLDS-BC). *Breast J*. 2003;9(6):463-71.
18. Kenny P, King M, Sheill A, Seymour J, Hall J, Langlands A, et al. Early stage breast cancer: costs and quality of life one year after treatment by mastectomy or conservative surgery and radiation therapy. *Breast*. 2000;9(1):37-44.
19. King MT, Kenny P, Sheil A, Boyages HJ. Quality of life three months and one year after first treatment for early stage breast cancer: influence of treatment and patient characteristics. *Qual Life Res*. 2000;9:789-800.
20. Cohen L, Hack TF, Moor C, Katz J, Goss PE. The effects of type of surgery and time on psychological adjustment in women after breast cancer treatment. *Ann Surg Oncol*. 2000;7(6): 427-34.
21. Engel J, Kerr J, Schlesinger-Raab A, Sauer H, Hölzel D. Quality of life following breast-conserving therapy or mastectomy: results of a 5-year prospective study. *Breast J*. 2004;10(3): 223-31.
22. Holzner B, Kemmler G, Kopp M, Moschen R. Quality of life in breast cancer patients-not enough attention for long-term survivors? *Psychosomatics*. 2001;42(2):117-23.
23. Janni W, Rjosk MD, Dimpfl TH, 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.
24. Nagel GC, Schmidt S, Strauss BM, Katenkamp D. Quality of life in breast cancer patients: a cluster analytic approach. *Breast Cancer Res Treat*. 2001;68:75-87.
25. Ganz PA., Desmond KA, Leedham B, Rowland JH, Meyerowitz BE, Thomas RB. Quality of life in long-term, disease-free survivors of breast cancer: a follow-up study. *J Natl Cancer Inst*. 2002;94(1):39-49.
26. Pandey M, Singh SP, Behere PB, Roy SK, Singh S, Shukla VK. Quality of life in patients with early advanced carcinoma of the breast. *Eur J Surg Oncol*. 2000;26:20-4.
27. Vacek PM, Winstead-Fry P, Roger H, Walker S, Hooper GJ. Factors influencing quality of life in breast cancer survivors. *Qual Life Res*. 2003;12:527-37.
28. Sandgren AK, Mullens AB, Erickson SC, Romanek KM, McCaul KD. Confidant and breast cancer patient reports of quality of life. *Qual Life Res*. 2004;13:155-60.
29. Caffo O, Amichetti M, Ferro A, Lucenti A, Valduga F, Galligioni E. Pain and quality of life after surgery for breast cancer. *Breast Cancer Res and Treat*. 2003;80:39-48.
30. Haes JCM, Curran D, Aarson NK, Fentiman IS. Quality of life in breast cancer patients aged over 70 years:

- participating in the EORTC 10850 randomized clinical trial. *Eur J Cancer*. 2003;39(9):45-51.
31. Kemmler G, Holzner B, Kopp M, Dünser M, Margreiter R, Greil R, et al. Comparison of two quality-of-life instruments for cancer patients: the functional assessment of cancer therapy-general and the European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life questionnaire-C30. *J Clin Oncol*. 1999;17(9):2932-40.
  32. Aronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, Duez N, et al. The European Organization for research and treatment of cancer QLQ-C30: A quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *J Natl Cancer Inst*. 1993;85(5):365-76.
  33. Sprangers MAG, Groenvold MJ, Arraras JL, Franklin J, Te Velde A, Muller M, et al. The European organization for research and treatment of cancer breast cancer-specific quality-of-life questionnaire module: first results from a three-country field study. *J Clin Oncol*. 1996; 14(10):2756-68.
  34. Ciconeli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, 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(3):143-50.
  35. Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(2):580-8.
  36. Goodwin PJ, Black JT, Bordeleau LJ, Ganz PA. Health-Related quality-of-life measurement in randomized clinical trials in breast cancer-taking stock. *J Natl Cancer Inst*. 2003;95(4):263-81.
  37. Wu AW, Hays RD, Kelly S, Malitz F, Bozzette SA. Applications of the medical outcomes study health-related quality of life measures in HIV/AIDS. *Qual Life Res*. 1997;6:531-54.
  38. Cardoso CS. Adaptação transcultural para o Brasil de uma escala de qualidade de vida para pacientes com esquizofrenia escala QLS [dissertação]. Belo Horizonte (MG): UFMG; 2001.