

# QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES TRATADAS DE CÂNCER DE MAMA: FUNCIONAMENTO SOCIAL\*

## Quality of Life of Breast Cancer Survivors: Social Functioning

Cibele Alves Chapadeiro Castro Sales<sup>1</sup>, Luciana Paiva<sup>2</sup>,  
Délcio Scanduzzi<sup>3</sup> e Anna Cláudia Y. Anjos<sup>4</sup>

### RESUMO

A detecção precoce do câncer, o avanço no tratamento, o número crescente de sobreviventes e a maior importância atribuída aos fatores psicossociais têm levado a se dar maior ênfase para a qualidade de vida de pessoas com câncer. Este trabalho teve por objetivos: 1) identificar as mudanças no funcionamento social de mulheres diagnosticadas e tratadas de câncer de mama no Hospital Escola da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro; 2) identificar as fontes de apoio familiar e social e as formas como elas se manifestam; 3) verificar como as mulheres avaliam a sua Qualidade de Vida e as justificativas dadas. Foram entrevistadas 50 mulheres, entre 32 e 77 anos, de escolaridade baixa, diagnosticadas há menos de um ano até 11 anos. A maioria não relatou mudança nos relacionamentos, mas houve quem considerasse que eles melhoraram, e outras, que pioraram. O tratamento e suas conseqüências foram relacionados à diminuição ou término das atividades de lazer, de atividades domésticas e trabalho remunerado. As mulheres relataram ter recebido apoio familiar e social, embora nem todas tenham se sentido melhores com isso. Embora tenham relatado algumas mudanças, a maioria avaliou sua qualidade de vida como boa. A avaliação negativa foi mais freqüente em pacientes acima dos 50 anos, escolaridade baixa, diagnóstico até dois anos e que realizou radioterapia.

Embora a maioria das mulheres avalie positivamente sua qualidade de vida, existem mudanças no funcionamento social, decorrentes mais de dificuldades psicossociais do que físicas, que precisam ser foco do trabalho de equipes multiprofissionais de saúde.

**Palavras-chave:** neoplasias mamárias; psicologia; qualidade de vida; ajustamento social; sobrevivência livre de doença.

\*Trabalho apresentado no I Congresso Luso-Brasileiro de Cancerologia, em Vitória - ES, 1999. CNPq-79112381/98-799/98.

<sup>1</sup>Professora adjunta de Psicologia Aplicada da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro (FMTM); Mestrado e Doutorado em Psicologia Experimental pela USP-SP. Enviar correspondência para C.A.C.C.S. Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro, Depto de Medicina Social: Av. Getúlio Guaritá, s/n, Abadia; 38025-440 Uberaba, MG, Brasil. E-mail: cibeledc.com.br

<sup>2</sup>Aluna do Curso de Enfermagem da FMTM.

<sup>3</sup>Médico do Serviço de Mastologia do Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia da FMTM; Especialista em Mastologia.

<sup>4</sup>Enfermeira do Serviço de Mastologia do Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia da FMTM.

## ABSTRACT

*Early cancer detection, the development of therapies, the increasing number of survivors and the greater importance given to psychosocial factors have contributed to give emphasis to the quality of life of cancer survivors. The purposes of this work were: 1) to identify the changes in their social functioning of the women diagnosed and treated of breast cancer at the School Hospital of the Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro; 2) to identify the sources of familial and social support and how the support is given; 3) to check how the women evaluate their quality of life, and their reasons for it. Fifty women, age 32 to 77, most of them with low school degree, with time of cancer diagnosis from less than one year until 11 years were interviewed. Most of the women reported no changes in their relationship, but some considered it better, and others worse. The treatment and its consequences were related to the decrease or absence of leisure activities, housework and other activities for some women. They reported familiar and social support, having shared the disease with the family and friends, although some of did not feel any better with it. The majority evaluated their quality of life as good. The patients who evaluated it negatively were generally older than 50, time of diagnosis was within two years, and had undergone radiotherapy.*

*Although most of the survivors have evaluated positively their quality of life, there have been changes in their social functioning mostly due to psychosocial problems rather than to physical ones. A multidisciplinary team must get acquainted with these problems to promote better rehabilitation.*

**Key words:** *breast neoplasms; psychology; quality of life; psychology social adjustment; disease-free survival.*

## INTRODUÇÃO

Existe uma ênfase crescente na avaliação da qualidade de vida de pessoas tratadas de câncer, decorrente de fatores como o avanço na detecção e tratamento da doença, as atitudes sociais mais otimistas, o aumento do número de sobreviventes, a preocupação com a autonomia e os direitos dos pacientes, o papel dos aspectos psicossociais, a extensão da sobrevivência, entre outros.<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 e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.<sup>2</sup> Cella e Cherin<sup>3</sup> enfatizam que a qualidade de vida é avaliada do ponto de vista do paciente: “Qualidade de vida se refere à apreciação dos pacientes e sua satisfação com o nível de funcionamento, comparado com o que ele percebe como sendo possível ou ideal”. A avaliação da qualidade de vida global inclui os funcionamentos físico,<sup>4</sup> psicológico,<sup>5</sup> social,<sup>4</sup> sexual<sup>6</sup> e espiritual,<sup>5</sup> variando entre os autores a nomenclatura ou

divisão destas áreas de funcionamento e respectivos conteúdos.

Vários estudos têm avaliado a qualidade de vida de mulheres tratadas de câncer de mama. Entre os estudos, há os que avaliam a qualidade de vida de pacientes com câncer em relação a um grupo controle. Dorval et al.<sup>7</sup> compararam a qualidade de vida de 227 mulheres com câncer de mama com controles e verificaram que as sobreviventes tiveram uma avaliação pior, embora estatisticamente não significativo. Os problemas detectados foram os relacionados ao membro superior e à satisfação sexual. As sobreviventes com recidiva ou um novo tumor primário tiveram uma pior avaliação de qualidade de vida em muitos aspectos. Também Ganz et al.<sup>6</sup> encontraram diferença no funcionamento sexual de mulheres jovens com câncer de mama que tiveram menopausa precoce pela quimioterapia ou que apenas receberam quimioterapia, ao avaliarem 864 mulheres e seus respectivos controles.

Outros autores avaliam a qualidade de vida do grupo. Ferrel et al.<sup>4,5</sup> avaliaram a qualidade de vida de 21 pacientes tratadas de câncer de mama com, pelo menos, um

ano de diagnóstico, e três meses após o último tratamento, a fim de descrever as suas necessidades. Eles utilizaram um questionário demográfico, o *Quality of Life Breast Cancer Version* (QOF-BC) e um guia de entrevista semi-estruturada, cujas respostas foram gravadas e transcritas, distribuindo as mulheres em grupos de faixas etárias diferentes: até 40 anos, entre 40 e 60 anos e acima de 60 anos. Os resultados qualitativos da entrevista indicaram que o câncer de mama teve um grande impacto no papel social das mulheres na família, manifestando-se como o medo da ocorrência do câncer nas filhas; no trabalho, a manutenção do mesmo e o impacto financeiro; e na sexualidade, a perda da mama, sintomas da menopausa ou outros do aparelho reprodutivo. Influência positiva também foi identificada: o encorajamento de amigos, familiares, de grupos de apoio ou de outras mulheres com câncer de mama. Verificaram diversas crenças sobre o auto-exame, sexualidade e decisões do tratamento, como também preocupações com os familiares hesitantes em realizar o exame da mama. Os autores sugerem cuidados interdisciplinares para ajudar no retorno ao trabalho, nas preocupações financeiras e no apoio familiar.

Outra série de estudos avalia a qualidade de vida do grupo, mas em relação a variáveis específicas. Street e Voigt<sup>8</sup> investigaram a relação entre o envolvimento de 60 mulheres com câncer de mama em decidir pelo tratamento conservador da mama ou retirada total, a percepção de controle sobre as decisões, e a subsequente qualidade de vida. Após seis e doze meses da decisão, as mulheres que acreditaram ter mais escolhas e responsabilidade nas decisões do tratamento relataram melhor qualidade de vida, mas não as que se perceberam com mais controle na época do tratamento.

Irwig e Bennets<sup>9</sup> fizeram uma revisão dos trabalhos que avaliaram a qualidade de vida após a mastectomia ou a quadrantectomia, e identificaram a imagem corporal como indicador da melhor qualidade de vida das mulheres que conservaram suas mamas. Já Poulsen et al.<sup>10</sup>, ao comparar estes dois grupos, verificaram que as mulheres com metástase axilar relataram um funcionamento físico pior: fadiga, dor e pior adaptação ao trabalho.

Verificou-se maior descontinuidade no relacionamento sexual das que estão na faixa de 48 a 69 anos.

Lindley et al.<sup>11</sup> avaliaram a qualidade de vida e a preferência de 86 pacientes que realizaram terapia adjuvante para câncer de mama. Os autores utilizaram o *Functional Living Index-Cancer* (FLIC), *Symptom Distress Scale* (SDS), o *Medical Outcomes Study* (MOS - SF36), além de questões sobre sexualidade e sobre preferência da terapia adjuvante em relação ao benefício obtido. Os resultados sugerem uma qualidade de vida alta, sendo a fadiga, a insônia, a dormência no local cirúrgico e as dificuldades sexuais os sintomas mais frequentes. Verificaram ainda que 65% das pacientes fariam quimioterapia por seis meses por um aumento de 5% de possibilidade de cura.

Os trabalhos mostram problemas em relação a aspectos específicos da qualidade de vida das mulheres tratadas de câncer de mama (sexualidade, manutenção do trabalho, entre outros) e em relação a situações específicas (quimioterapia, mulheres jovens com menopausa precoce, entre outros). Embora os trabalhos contribuam para a compreensão da Qualidade de Vida em mulheres tratadas de câncer de mama, eles utilizam metodologias variadas, têm objetivos diversificados, e são, portanto, inconclusivos em relação às consequências do tratamento na qualidade de vida de mulheres tratadas de câncer de mama, além de representarem mulheres de outra cultura.

Este trabalho teve por objetivos:

1. identificar as mudanças no funcionamento social de mulheres diagnosticadas e tratadas de câncer de mama no Hospital Escola da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro. O funcionamento social é “uma maneira de ver não só o câncer e seus sintomas, mas também a pessoa em volta do tumor, é o meio pelo qual reconhecemos as pessoas com câncer, seus papéis e suas relações”. Neste estudo o funcionamento social incluiu o trabalho, lazer, relações familiares e sociais;
2. identificar as fontes de apoio familiar e social e as formas como elas se manifestam;
3. verificar como as mulheres avaliam a sua Qualidade de Vida e como justificam.

Este trabalho pretendeu avaliar o funcionamento social, como primeira investigação, a ser seguida pela avaliação das demais dimensões da QV em trabalhos futuros.

## METODOLOGIA

**Sujeitos:** Foram entrevistadas 50 mulheres tratadas de câncer de mama, no Serviço de Mastologia do Ambulatório de Ginecologia e

Obstetrícia do Hospital Escola da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro, após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da referida instituição. A faixa etária variou de 32 a 77 anos, 66% acima de 50 anos. Mais da metade era casada ou tinha companheiro (52%) no período da pesquisa, e havia cursado até a quarta série do primeiro grau (68%). (Tabela 1)

Ao se investigar a rede de apoio familiar mais próxima das pacientes, verificou-se que mais da metade (54%) mora com o marido, apenas duas moram sozinhas.

Tabela 1: Distribuição das 50 mulheres tratadas de câncer de mama segundo faixa etária, estado civil, escolaridade e com quem mora - Uberaba (MG), 1999			
Faixa etária	Estado civil	Escolaridade	Com quem mora
31-40=10%	com companheiro=52%	analfabeta=20%	c/ marido=27
41-50=28%	solteira=16%	1ª a 4ª série =48%	c/ marido e filhos=18
51-60=18%	separada=10%	4ª a 8ª série=16%	c/ filhos=13
61-70=22%	viúva=22%	2º grau completo=10%	c/ parentes=8 (17)
71-80=22%		3º grau completo=6%	sozinha=2

As pacientes tiveram o diagnóstico de câncer de mama em um período que variou de menos de um ano a 11 anos, a maioria (84%) tinha até cinco anos de diagnóstico (Figura 1). Todas, exceto duas, haviam concluído seu tratamento inicial programado. Todas as mulheres foram submetidas à cirurgia: um maior número realizou mastectomia (64%) e as demais, quadrantectomia. Realizaram radioterapia 54% delas, e menos da metade (46%), quimioterapia e hormonioterapia. Apenas 4% realizaram ooforectomia. No período da entrevista, 10% apresentavam

metástases diagnosticadas.

**Procedimento:** No dia de sua consulta médica no ambulatório, as pacientes eram convidadas a participar de uma entrevista individual, sendo realizada em seguida, após assinatura do termo de consentimento pós-informação. As entrevistas, com duração média de 30 minutos, foram realizadas sempre por um dos pesquisadores, que não tinha contato prévio com a paciente, geralmente antes da consulta médica. As pacientes eram convidadas aleatoriamente, de acordo com o comparecimento às consultas de seguimento.

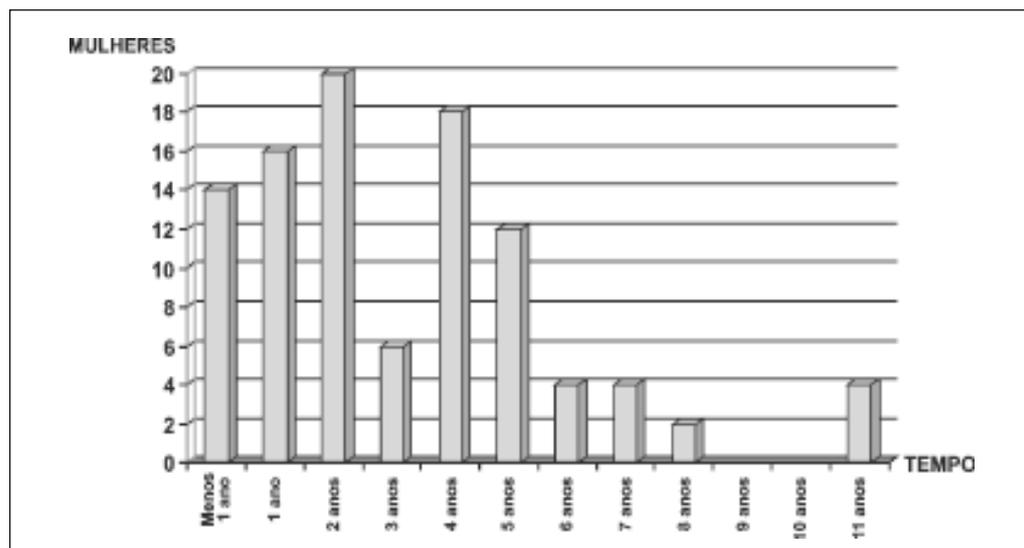


Figura 1: Tempo de diagnóstico de câncer de mama das 50 pacientes - Uberaba (MG), 1999

A entrevista teve por objetivos:

1. avaliar as mudanças no funcionamento social e familiar das pacientes, mudanças no lazer e trabalho, após a doença e o tratamento;

2. avaliar o apoio familiar e social: com quem compartilhou o diagnóstico, em que momento e que sentimentos estavam relacionados, fontes e formas de apoio familiar e social;

3. avaliação global da qualidade de vida e justificativas.

**Material:** Foi utilizado um roteiro semi-estruturado de entrevista elaborado pelos pesquisadores, e um gravador portátil para registro.

## RESULTADOS

Após a transcrição das fitas gravadas de cada entrevista, os relatos de todos os pacientes foram agrupados e analisados quanto à informação dada em cada pergunta da entrevista. Inicialmente, foi solicitado às mulheres que descrevessem a sua doença. Metade delas (50%) realizou uma descrição precisa, isto é, de acordo com a literatura de oncologia médica - câncer ou tumor maligno - e metade, uma descrição parcial - nódulo, caroço, tumor, mancha calcificação ou retração - isto é, utilizaram nomes que podem se referir tanto a problemas benignos quanto a malignos (Tabela 2).

Tabela 2: Distribuição das mulheres, segundo os termos utilizados para descrever o câncer de mama - Uberaba (MG), 1999

Termos descritivos	Número (%)
Câncer	44
Caroço/Nódulo	33
Tumor maligno	8
Tumor	6
Calcificação	2
Mancha	2
Retração	2
Total	100

Quanto ao funcionamento social das pacientes, o relacionamento familiar e social parece não ter mudado para mais da metade das mulheres (60%), após o diagnóstico e tratamento. As demais (40%) relatam

mudança tanto positivas quanto negativas (Tabela 3). A atenção das pessoas foi a mudança positiva relatada com mais frequência. Já as mudanças negativas estão relacionadas tanto a dificuldades da paciente (depressão, isolamento, vergonha, diminuição do prazer sexual) como ao comportamento das outras pessoas (distanciamento, curiosidade, discriminação).

A avaliação das atividades de lazer indicou que o tratamento não as modificou para mais da metade das mulheres (52%), mas 18% destas não se engajavam em nenhuma atividade recreacional antes do tratamento. O aumento do lazer foi relatado por 16%, 14% reduziram e 18% deixaram de realizar qualquer atividade. As atividades de lazer relatadas pelas mulheres foram ir a festas, viajar, passear, fazer compras, ver vitrine, ouvir música, ir ao teatro, ver exposição de pinturas, conversar, dançar, ou mesmo realizar cursos e atividades religiosas. Os motivos pelos quais as mulheres reduziram ou deixaram suas atividades de lazer foram dor, exames frequentes, preocupação, não sentir - se bem ou mesmo a idade.

Quanto ao trabalho, quase a totalidade (98%) das mulheres realizavam atividades domésticas antes do tratamento, sendo que metade (50%) as reduziu ou adaptou após o tratamento (Tabela 4). De 36% que exerciam atividade remunerada antes do tratamento, 22% permaneceram ativas em quanto que as demais reduziram ou deixaram a referida atividade. Uma mulher iniciou atividade remunerada após o tratamento. As razões apontadas para a diminuição ou término das atividades foram dor (22%), orientação de não pegar peso (20%), menor agilidade (14%), discriminação (4%), inchaço do braço (6%), maior cuidado consigo mesma (6%), filhos não deixaram trabalhar (2%), idade (2%), cirurgia (4%) e preocupação (8%).

Tabela 3: Descrição das mulheres após compartilharem o diagnóstico de câncer de mama - Uberaba (MG), 1999

Melhor	Número (%)	Pior	Número (%)
Aliviada	26	Chorosa	28
Como pessoa normal	16	Preocupada	20
Despreocupada	10	Deprimida/Triste	10
Pensamento em Deus	4	Revoltada	6
Conformada	4	Com medo	6
Pensamento positivo	2	Em choque	2
		Apavorada	2

Tabela 4: Mudanças positivas e negativas nos relacionamentos após o diagnóstico e tratamento do câncer de mama - Uberaba (MG), 1999

		Mudanças	
Positivas (%)		Negativas (%)	
Atenção	28	Diminuição do prazer sexual	06
Carinho	02	Depressão	04
Tranquilidade	02	Distanciamento das pessoas	04
		Revolta	04
		Discriminação	04
		Introversão	02
		Vergonha	02
		Fatalismo	02
		Preocupação	02
		Intransigência	02
		Curiosidade	02
		Agressividade	02

Menos de um terço das pacientes (22%) revelou influência dos problemas físicos decorrentes da doença e do tratamento na vida pessoal, social e familiar. Os problemas físicos e situações mencionados foram a dor pré- (4%) e pós-cirúrgica (8%), a própria doença (6%), a dor da metástase (2%), mutilação (2%), o tratamento radioterápico (2%) e o cirúrgico (2%). As conseqüências foram a introversão (4%), a dependência dos outros (4%), o nervosismo (4%), o choque das pessoas (4%), medo (4%), vergonha de se vestir (2%), o distanciamento das pessoas (2%) e problemas com alimentação e sono (2%).

Em relação à obtenção de apoio social e familiar, todas as mulheres contaram e/ou conversaram sobre a doença com algum familiar, mas nem sempre com todos. De 54% que moram com seus maridos, 77%

delas contaram e/ou conversaram sobre a doença com eles. Também 77% dos sujeitos que moram com seus filhos (62%), contaram sobre a doença a eles. Embora apenas 34% morem com parentes, mais (78%) mulheres relataram terem conversado com eles sobre a doença, inclusive duas que moram sozinhas. Algumas (20%) mulheres relataram terem contado sobre a doença também para amigos ou vizinhos.

Foi diferente o momento que as mulheres contaram sobre a doença aos outros. Algumas (34%) falaram sobre a possibilidade de terem câncer de mama antes mesmo de obterem o diagnóstico, a maioria (54%) contou logo após. Uma delas (2%) só contou após a cirurgia. A maior parte dos sujeitos (68%) se sentiu melhor após terem compartilhado a doença, descrevendo-se mais freqüentemente como aliviadas (26%), despreocupadas (10%) e sentindo-se como pessoas normais (16%), (Tabela 5). Elas atribuem estes sentimentos ao apoio recebido após contarem, à aceitação dos outros, à ausência de sintomas (como a dor), à existência de um diagnóstico e a possibilidade de tratamento. Quarenta e seis por cento das pacientes não se sentiram melhores ou até se sentiram piores, 20% descreveram-se como preocupadas com a doença e com o fato de outras pessoas saberem e também se preocuparem, chorosas (28%) e tristes ou deprimidas com maior freqüência (10%). Justificaram estes sentimentos pelo clima desagradável que se estabeleceu em casa ou por ter que se afastar do trabalho. Algumas (14%) relataram melhora destes sentimentos posteriormente.

Tabela 5: Distribuição da amostra segundo mudanças nas atividades domésticas e remuneradas após o tratamento do câncer de mama - Uberaba (MG), 1999

	Após o tratamento (%)			
	Permaneceram	Reduziram	Deixaram	Começaram
Atividade Remunerada	22	6	8	2
Atividade Doméstica	46	50	2	0

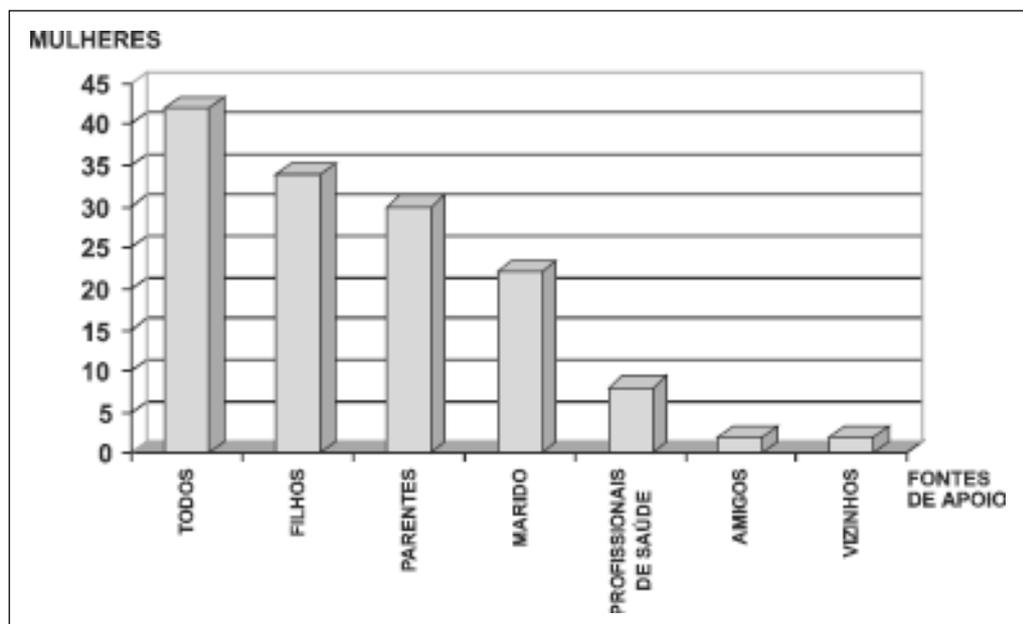
Quanto às fontes de apoio, quase a totalidade das pacientes (96%) revelou que teve ou estava tendo apoio de alguns ou todos os membros da família para o enfrentamento da doença e do tratamento (Figura 2). Individualmente, os filhos foram os mais reconhecidos como fontes de

apoio (34%), e os amigos menos (2%).

As formas de apoio percebidas foram o conforto, paciência e atenção (28%) dados a elas, assim como na ajuda em resolver problemas práticos (8%), acompanhar o tratamento e decisões (10%), incentivar,

animar a realização do tratamento (8%), convidar para morar junto (2%) e até por rezarem por elas (2%). As visitas ou telefonemas, principalmente dos amigos (46%), familiares (34%), vizinhos (16%), foram outra forma de apoio recebida pela

maioria das pacientes (86%), mais freqüentemente no pós-operatório. As mulheres (14%) que relataram não terem recebido visitas ou telefonemas justificaram o fato por trabalharem, pelo local que moram ou mesmo por gostarem de ficar sozinhas.



**Figura 2:** Distribuição das mulheres segundo as fontes de apoio social reconhecidas - Uberaba (MG), 1999

Apesar da maioria delas (96%) gostar do contato das pessoas, há quem goste e quem não goste de conversar sobre a doença. A maioria das pacientes (76%) fazem elas próprias algum tipo de contato com os amigos, pessoal (visitas) ou telefônico.

As mulheres avaliaram sua qualidade de vida após o tratamento (Tabela 6): 82% a consideraram boa ou ótima, atribuindo principalmente à saúde pessoal (26%), fé em Deus (8%), bom relacionamento familiar e social (16%), mais valor à vida (8%), entre outros (Tabela 7). As demais (18%) avaliaram sua qualidade de vida como ruim ou regular, ao que elas atribuíram o medo de recidiva (8%), limitação das atividades (6%), idade (4%), problemas financeiros (4%), entre outros.

**Tabela 6:** Distribuição das mulheres tratadas de câncer de mama segundo avaliação da qualidade de vida - Uberaba (MG), 1999

Avaliação	Número (%)
Ótima	6
Boa	76
Regular	8
Ruim	10

**Tabela 7:** Distribuição das 50 mulheres tratadas de câncer de mama segundo suas justificativas para avaliação da qualidade de vida - Uberaba (MG), 1999

	Justificativas	Número (%)
Avaliação Positiva	Saúde Pessoal	26
	Bom relacionamento social e familiar	16
	Fé em Deus	8
	Mais valor à vida	8
	Boa situação financeira	6
	Apoio Familiar	4
	Ter criado os filhos	4
Avaliação Negativa	Medo de recidiva	8
	Limitação das atividades	6
	Problemas Financeiros	4
	Idade	4
	Dor	2
	Dificuldade para tratar	2
	Insônia	2
	Insatisfação	2
	Falta de apetite	2
	Revolta	2
Pessimismo	2	
Incompetência Profissional	2	

Foram analisados, a seguir, os dados referentes ao grupo de mulheres (9) que avaliaram a qualidade de vida como regular ou ruim, em relação a variáveis diversas.

A maioria tinha companheiro (5), apenas uma morava sozinha (Tabela 8). Portanto, elas tinham fontes de apoio acessíveis. Mais

mulheres (7) estavam acima de 50 anos. Seis das nove mulheres tinham grau de escolaridade baixo, até a quarta série do 1º grau. Mais pacientes (5 em 9) sentiram-se pior após terem conversado sobre a doença com outras pessoas, embora a maioria tenha percebido apoio (8).

Tabela 8: Dados demográficos e de apoio social das nove pacientes que avaliaram sua qualidade de vida como regular ou ruim - Uberaba (MG), 1999.

Pacientes	Idade	Estado Civil	Escolaridade	Com quem mora	Sentimento após contar	Relacionamento Social	Apoio Social
1	56	Solteira	2º G	Parentes	Positivo	Melhor	Sim
2	47	Casada	1º GI	Marido e filhos	Negativo	Pior	Sim
3	77	Viúva	1º GI	Parentes	Negativo	Pior	Sim
4	66	Casada	Analf	Marido	Positivo	Igual	Sim
5	67	Viúva	1º GI	Parentes e filho	Negativo	Pior	Sim
6	61	Casada	3º G	Marido	Negativo/Positivo	Igual	Sim
7	70	Viúva	1º GI	Sozinha	Positivo	Igual	Sim
8	62	Solteira	2º G	Parentes	Negativo	Igual	Não
9	38	Casada	1º GI	Marido e filhos	Negativo	Igual	Sim

Tabela 9: Dados da doença, tratamento, trabalho e lazer das nove pacientes que avaliaram sua qualidade de vida como regular ou ruim - Uberaba (MG), 1999.

Pacientes	Tempo de diagnóstico (anos)	Descrição da doença	Cirurgia	Outros tratamentos físicos	Problemas	Trabalho (remunerado/doméstico)	Lazer
1	< 1	Câncer	Quadrant	Radiot	Sim	Não mudou	Não mudou
2	< 1	Tumor	Mastect	Radiot Quimiot	Não	Diminuiu	Acabou
3	< 1	Câncer	Mastect	Radiot Quimiot	Não	Diminuiu	Aumentou
4	2	Câncer	Quadrant	Radiot Hormoniot	Não	Diminuiu	Diminuiu
5	4	Caroço	Quadrant	Radiot Hormoniot	Não	Parou/Diminuiu	Diminuiu
6	4	Caroço	Quadrant	-	Não	Diminuiu	Diminuiu
7	11	Caroço	Mastect	-	Não	Não mudou	Não mudou
8	2	Tumor	Mastect	Radiot Hormoniot	Não	Não mudou	Não mudou
9	2	Tumor	Mastect	Quimot	Não	Não mudou	Não mudou

O relacionamento em geral não se modificou para cinco das mulheres, e das quatro que relataram modificação, três indicaram piora. O relacionamento social descrito por visitas e telefonemas parece ter se mantido para a maioria (6).

Seis das nove pacientes tiveram diagnóstico de câncer há dois anos ou menos (Tabela 9). A maioria descreveu sua doença de forma parcial: tumor (3) ou caroço (3). Realizaram quadrantectomia (4) ou mastectomia (5) em proporção semelhante. Sete realizaram outros

tratamentos além do cirúrgico, seis foram submetidas à radioterapia, três à quimioterapia e à hormonioterapia. Cinco pacientes realizaram dois destes tratamentos combinados. A maioria (7) não relatou problemas físicos decorrentes do tratamento. Duas mulheres apresentavam metástase na época da entrevista.

Quanto ao trabalho doméstico, cinco relataram piora na realização do mesmo. Apenas uma trabalhava fora, e deixou de fazê-lo. Quatro das nove mulheres tiveram suas atividades de lazer reduzidas ou terminadas.

## DISCUSSÃO

Os dados mostram que algumas pacientes consideram que o relacionamento mudou de forma positiva, outras de forma negativa. As mudanças foram provocadas menos por problemas físicos e mais por problemas de natureza psicológica. Dow et al.<sup>12</sup> Wyatt et al.<sup>13</sup> também relataram problemas e mudanças nos relacionamentos familiares de mulheres tratadas de câncer de mama.

O trabalho remunerado não foi mantido por algumas mulheres que o exerciam. Ferrel et al.<sup>4</sup> verificaram dificuldade das mulheres de manterem o trabalho, e Dow et al.<sup>12</sup> indicaram que mesmo mantendo o trabalho remunerado, este parece se modificar ou gerar dificuldades devido ao estigma, prioridades, entre outros.

As atividades domésticas também foram reduzidas ou tiveram que ser adaptadas por metade das mulheres. O trabalho doméstico é de natureza eminentemente braçal, assim como a profissão da maioria das mulheres desta população. A dificuldade de movimentação do braço que ocorre devido aos tratamentos realizados ou a possibilidade de ocorrência do linfedema (edema de braço), provavelmente está relacionada à mudança e/ou diminuição das atividades laborais.

Embora o lazer tenha aumentado ou não tenha se alterado para a maioria das mulheres, entre elas há as que não realizavam qualquer atividade recreacional mesmo antes do tratamento, e outras ainda que reduziram ou deixaram de realizá-las. Ganz et al.<sup>14</sup> também verificaram dificuldades associadas ao lazer em mulheres tratadas de câncer de mama.

A maioria busca o apoio familiar e social ao contar e conversar com familiares, e até mesmo amigos e vizinhos, sobre a doença e tratamento, o que também foi observado por Ferrel et al.<sup>4</sup> Parece haver uma escolha das pessoas com quem compartilhar sobre a doença e suas conseqüências. Embora a maioria tenha se sentido aliviada, houve quem não se sentiu confortável em compartilhar o problema.

As mulheres percebem o apoio dos familiares, amigos, e profissionais da saúde, não sempre de todos, apoio que é percebido de formas variadas: atenção, incentivo, visitas, telefonemas, etc.

Um maior número de mulheres avaliou a qualidade de vida como boa ou ótima,

avaliação também obtida por Lindley et al.<sup>11</sup> Algumas justificativas coincidem com outros trabalhos: bom relacionamento e apoio, saúde física, fé<sup>12-15</sup> e valorização da vida.<sup>12</sup> As razões indicadas para a avaliação de qualidade de vida ruim ou regular também são citadas em outros trabalhos: dor,<sup>12</sup> insônia,<sup>12</sup> dificuldades psicológicas,<sup>12</sup> preocupações financeiras<sup>12</sup> e medo de recorrência.<sup>12-13</sup>

Embora o número de pacientes que avaliou negativamente a qualidade de vida seja pequeno,<sup>10</sup> pode-se observar que cinco em nove tinham até dois anos de diagnóstico e tratamento da doença. O trabalho de Levy et al.<sup>16</sup> indicou que as dificuldades psicológicas persistiram no período de 15 meses após o tratamento.

Todas as mulheres entrevistadas realizaram tratamento cirúrgico, sendo que cinco foram submetidas à mastectomia e quatro à quadrantectomia, o que não parece indicar interferência do tipo de cirurgia no aspecto social da qualidade de vida, também sugerido por Kiebert et al.<sup>17</sup> em revisão da literatura. Parece que os dois tratamentos cirúrgicos se diferem mais em relação à imagem corporal.<sup>8</sup>

Mais pacientes (5) realizaram dois tratamentos complementares, e a maioria radioterapia (5). Fallowfield et al.<sup>18</sup> também indicaram a radioterapia como fator de stress no tratamento conservador: tempo de tratamento e o efeito cosmético.

O trabalho mostrou que algumas pacientes percebem mudanças tanto positivas quanto negativas nos relacionamentos sociais e familiares, lazer, trabalho, especialmente o trabalho doméstico. O apoio social e familiar é buscado e obtido pela maioria das pacientes, através de familiares ou amigos, mas nem sempre de todos.

A maioria avalia a qualidade de vida positivamente: o apoio social e familiar, assim como dos profissionais de saúde parece contribuir para um bom funcionamento social e, conseqüentemente uma melhor qualidade de vida.

As variáveis relacionadas a uma avaliação negativa da qualidade de vida deveriam ser foco de maior atenção da equipe multidisciplinar e observadas em outras amostras de mulheres com câncer de mama, especialmente da população brasileira, a fim de se verificar dificuldades específicas da nossa cultura.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rowland HJ, Speaker S. Outcome assessment: cancer specific quality of life measures beyond the research setting. *Am Soc Clin Oncol* 1997;1092-118.
2. The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* 10:1403-9.
3. Cella DF, Cherin EA. Quality of life during and after cancer treatment. *Compr Ther* 1988;14:69-75.
4. Ferrel RB, Grant M, Funk B, Otis-Gree S, Garcia N. Quality of life in breast cancer. Part I: psychical and social well-being. *Cancer Nurs* 1997;20(6):398-408.
5. Ferrel RB, Grant M, Funk B, Otis-Green S, Garcia N. Quality of life in breast cancer. Part II: psychological and spiritual well - being. *Cancer Nurs* 1998;21(1): 1-9.
6. Ganz P, Rowland JH, Desmond K, Meyerowitz BE, Wyatt GE. Life after breast cancer: understanding women's health-related quality of life and sexual functioning. *J Clin Oncol* 1998;16(2):501-14.
7. Dorval M, Maunsell E, Deschênes L, Brisson J, Mâsse B. Long-term quality of life after breast cancer: comparison of 8-year survivors with population controls. *J Clin Oncol* 1998;16(2):487-94.
8. Street RL, Voigt B. Patient participation in deciding breast cancer treatment and subsequent quality of life. *Med Decis Making* 1997;17(3):298-306.
9. Irwig L, Bennets A. Quality of life after breast conservation or mastectomy: a systematic review. *Aust N Z J Surg* 1997;67(11):750-4.
10. Poulsen B, Graversen HP, Beckmann J, Blichert-Toft M. A comparative study of post-operative psychosocial function in women with operable cancer randomized to breast conservation therapy or mastectomy. *Eur J Surg Oncol* 1997;23:327-34.
11. Lindley C, Vasa S, Sawyer WT, Winer EP. Quality of life and preferences for treatment following systematic adjuvant therapy for early-stage breast cancer. *J Clin Oncol* 1998;16(4):1380-7.
12. Dow KH, Ferrell BR, Leigh S, Ly J, Gulasekaram P. An evaluation of the quality of life among long-term survivors of breast cancer. *Breast Cancer Res Treat* 1996;39: 261-73.
13. Wyatt G, Kurtz M, Liken M. Breast cancer survivors: an exploration of quality of life issues. *Cancer Nurs* 1993;16(6):440-8.
14. Ganz P, Coscarelli A, Fred C, Kahn B, Polinsky M, Petersen L. Breast cancer survivors: psychosocial concerns and quality of life. *J Clin Oncol* 1996;38:183-99.
15. Coward DD. The lived experience of self-transcendence in women with advanced breast cancer. *Nurs Sci Q* 1989;162-9.
16. Levy SM, Haynes LT, Hernerman RB, Lee J, Mcfeeley S, Kirkwood J. Mastectomy versus breast conservation surgery: mental health effects at long-term follow-up. *Health Psychol* 1992;11(6):349-54.
17. Kiebert GN, De Haes JC, Velde C. The impact of breast-conserving treatment and mastectomy on the quality of life of early stage breast cancer patients: a review. *J Clin Oncol* 1991;9:1059-70.
18. Fallowfield L, Baum M, Maguire G. Addressing the psychological needs of the conservatively breast cancer patients: discussion paper. *Breast Cancer Res Treat* 1987;80:696-700.