

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES COM CANCRO DA MAMA TRANSMONTANAS

Sónia Remondes-Costa¹

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca, Salamanca/Departamento de Educação e Psicologia, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real

Fernando Jimenéz

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca, Salamanca

Luís Pais-Ribeiro

Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto, Porto

Resumo

O cancro da mama é a doença oncológica mais prevalente no sexo feminino em todo o mundo. Como tal, é a enfermidade mais temida entre as mulheres. A trajectória do processo de doença desde o diagnóstico à remissão e recidiva, tem um impacto profundo na qualidade de vida. O presente trabalho tem como objectivo avaliar a qualidade de vida de 51 mulheres com cancro da mama transmontanas, seguidas no Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto douro, em Vila Real. Foram administrados o *European Organization for Research and Treatment of câncer Quality of Life Questionnaire* – EORTC-C30 e o *Supplementary Questionnaire Breast Cancer Module* – QLQ-BR23, um questionário de dados sociodemográficos e um questionário de história da doença oncológica. Observou-se que no EORTC-C30 os domínios da qualidade de vida mais afectados na amostra estudada são a fadiga, a funcionalidade emocional e a funcionalidade social. A funcionalidade física e as limitações funcionais apresentam-se menos afectadas. A maioria das doentes avalia como razoável a sua saúde geral e qualidade de vida. No EORTC-BR23 a função sexual e o prazer sexual são os domínios mais afectados. Também a imagem corporal se encontra um pouco comprometida. A generalidade das doentes apresenta-se bastante preocupada com o seu estado de saúde no futuro. Tendo em conta os resultados obtidos, defendemos a continuidade do estudo da qualidade de vida em mulheres transmontanas, bem como, a pertinência da QLV na investigação e na intervenção clínica em psicologia oncológica da mama.

Palavras-chave: qualidade de vida, cancro da mama, mulheres transmontanas, processo de doença

¹ soniacosta@usal.es/costas@utad.pt

O cancro da mama é actualmente a segunda neoplasia mais prevalente e incidente em todo o mundo, e a mais frequente nas mulheres, por conseguinte, a mais temível entre o sexo feminino. Por ano registam-se 1.05 milhões de novos casos, correspondendo a 22% dos cancros femininos, e 373,000 mortes. A maioria dos casos verificam-se nos países industrializados, 346,000 na Europa e 202,000 na América do Norte (Schottenfeld & Fraumeni-Jr, 2006). Por estas razões, cancro da mama é uma das principais preocupações da saúde pública em todo o mundo (Crane, 2000).

Em Portugal, os dados epidemiológicos são consistentes com os dados universais. No ano de 2007, o cancro da mama continua a ser o segundo mais frequente de todos os cancros, mantendo-se o mais prevalente nas mulheres, tendo subido, comparativamente a 2005, para 38% dos casos de cancro no sexo feminino. Verificou-se, relativamente aos dados anteriores, o aumento do cancro da mama nas faixas etárias mais novas, dos 45-49, seguindo-se maiores de 75 anos e 40-44 (*Instituto Português de Oncologia do Porto* - RORENO, 2008). O grupo etário de risco parecem ser as mulheres mais velhas, pois o cancro ocorre com mais frequência em idades avançadas (Crane, 2000).

Os recentes avanços da medicina têm contribuído para a diminuição da taxas de mortalidade por cancro da mama, aumentando a sobrevida, e para a minimização dos efeitos colaterais dos tratamentos químicos, radiológicos e cirúrgicos. Não obstante, apesar das benéficas transformações, a experiência de cancro da mama continua a não poupar as mulheres que a vivenciam do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual. Os tratamentos farmacológicos e cirúrgicos continuam a deixar marcas profundas no corpo e na psique das doentes. Sentimentos de medo e incerteza relativamente à cura e ao futuro são frequentes. A mastectomia tem efeitos secundários temporários ou recorrentes, sendo os mais frequentes o desequilíbrio do peso; dores nas costas e pescoço; pele repuxada na área onde o peito foi removido; rigidez nos músculos do braço e do ombro, do lado da mama removida, algumas mulheres perdem irreversivelmente a força nesse membro (*American Cancer Society* (ACS), 2009); Crane, 2000; Pennery, Speechley & Rosenfield, 2010; Ogden, 2004). Estes responsáveis por comprometer a corporalidade e funcionalidade.

Também a quimioterapia acarreta um conjunto significativo de efeitos colaterais, a saber: queda de cabelo, inflamação na boca, náuseas e vômitos, diarreia, cefaleias, alteração no ciclo menstrual, cansaço e fadiga, perda de apetite, risco de infecção (devido à diminuição dos glóbulos brancos), facilidade em fazer hematomas ou hemorragias (explicada pela descida das plaquetas no sangue). Explicando assim, o

medo dos doentes por este tipo de tratamento. A comprová-lo, estudos indicam que 30% dos pacientes desenvolvem náuseas e vômitos antecipatórios, antes ou durante a administração do tratamento (Vásquez, Rodrigues & Alvaréz, 1998). Alguns efeitos, por sua vez, nomeadamente as náuseas, vômitos, anemia, alteração do estado de ânimo, amenorreia temporária, secura vaginal, alopecia e aumento de peso têm impacto na auto-imagem e na sexualidade (Bertero, 2002, Marques, 1994; Costa, Jiménez & Pais-Ribeiro, 2011; Parker, Baile, Moor & Cohen, 2003; Pérez San Gregório & Martín Rodríguez, 2002; Rebelo, Rolim, Carqueja & Ferreira, 2005).

Desta forma, os tratamentos oncológicos actuam sobre a doença e o doente, afectando a sua condição física, o bem estar psicológico, a vida social, profissional e financeira (Pais-Ribeiro, 2002). Afectando a relação intra e interpessoal, corporal, e sexual, o funcionamento físico, a realização de actividades, papéis e projectos, em suma a qualidade de vida das doentes com cancro da mama. Por essa razão, avaliar a Qualidade de Vida (QLV) dos doentes oncológicos é condição fundamental (EORTC, 2001).

Literatura portuguesa e estrangeira documentam que a qualidade de vida das mulheres com cancro da mama decresce durante e após os tratamentos. O tratamento com quimioterapia parece ser o de maior impacto. A alopecia é apontada em diferentes estudos como factor limitativo da qualidade de vida (Costa, Jiménez & Pais-Ribeiro, 2011; Lemieux, Maunsell & Provercher, 2008; Rolim, Carqueja & Ferreira, 2005). Doentes sujeitas a quimioterapia mais tóxica apresentam maior comprometimento nas dimensões física e funcional da qualidade de vida (Fialho & Silva, 1993; Rolim, Carqueja & Ferreira, 2005).

A idade e o estado civil parece influir na qualidade de vida. As doentes casadas revelam mais queixas no funcionamento físico e realização de actividades da vida diária que as solteiras (Costa, Jiménez & Pais-Ribeiro, 2010; Costa, Jiménez & Pais-Ribeiro, 2011; Rolim, Carqueja & Ferreira, 2005).

Constitui o objectivo geral do presente trabalho avaliar o impacto da doença e dos tratamentos na qualidade de vida numa amostra de mulheres com cancro da mama transmontanas. Como objectivos específicos, pretendemos avaliar a QLV nas suas diferentes dimensões; investigar se a QLV difere em função da idade e do estado civil; perceber como as doentes auto-avaliam a sua saúde e QLV global, e por fim, conhecer as dimensões da QLV que se relacionam com a auto-avaliação global da saúde e da qualidade de vida.

MÉTODO

Participantes

Fizeram parte da amostra 51 mulheres com cancro da mama, com idades compreendidas entre os 34 e os 82 anos de idade ($M= 60,69$, $DP= 12,3$), seguidas no Centro de Oncologia do centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, em Vila Real.

As participantes apresentam reduzidas qualificações académicas, na medida que 27 participantes (53%) apenas possuem o primeiro ciclo completo e incompleto e seis (11,8%) não frequentaram a escola. Quanto ao estado civil, a maioria (62,7%) das doentes são casadas. No que concerne à actividade profissional, as domésticas encontram-se em maior número (39,2%). A maioria (58,8%) das doentes encontra-se reformada. A composição do agregado familiar na maioria das participantes (58,8%) é constituída pelo cônjuge e filhos. Uma percentagem não negligenciável vive sozinha (13,7%).

Relativamente à caracterização clínica, 39,2% das doentes foram diagnosticadas há mais de dois anos. A generalidade das doentes (74,5%) realizou mastectomia radical. No que respeita ao tratamento, 22 (43,1%) doentes encontram-se a realizar quimioterapia e 24 (47,1%) a realizar outro tipo de tratamento, na sua maioria, hormonoterapia.

Instrumentos

Foi utilizado o *European Organization for Research and Treatment of cancer Quality of Life Questionnaire* – EORTC-C30 (Fayers at.al., 1999) e *Supplementary Questionnaire Breast Cancer Module* – QLQ-BR23 (Fayers at.al., 1999). Construído um *Questionário de História da Doença Oncológica*, elaborado com base no Sistema de Classificação Internacional TNM - *Classification of Malignant Tumours* (Wittekind et. al, 2005), contendo variáveis clínicas relacionadas com a história da doença oncologia (data de realização do diagnóstico oncológico, Classificação TNM, conhecimento do diagnóstico, prognóstico, sintomas físicos e tratamento actual). E um Questionário de dados sócio-demográficos.

RESULTADOS

Análise descritiva

No quadro 1 encontram-se os resultados obtidos nas diferentes sub-escalas do QLQ-C30. Como podemos observar, nas escalas funcionais o funcionamento físico, as limitações funcionais e o funcionamento emocional, são os mais comprometidos. No que respeita às escalas de sintomas, a fadiga, a dor, a insónia e a perda de apetite, são as queixas mais frequentes.

Quadro 1. Estatística Descritiva dos Resultados obtidos nas diferentes Sub-escalas do
QLQ-C30 (N=51)

Dimensões da Qualidade vida	Mínimo	Máximo	<i>M</i>	<i>DP</i>
<i>QLQ-C30</i>				
Escalas Funcionais				
<i>Funcionamento Físico (PF2)</i>	1	3	2,07	0,47
<i>Limitações Funcionais (RF2)</i>	1	4	2,50	0,86
<i>Funcionamento Emocional (EF)</i>	1	4	2,36	0,86
<i>Funcionamento Cognitivo (CF)</i>	1	4	1,83	0,67
<i>Funcionamento Social (SF)</i>	1	4	1,90	0,84
Escalas de Sintomas				
<i>Fadiga (FA)</i>	1,33	4	2,39	0,69
<i>Náuseas e Vômitos (NV)</i>	1	3,5	1,39	0,62
<i>Dor (PA)</i>	1	4	2,02	0,96
<i>Falta de Ar (DY)</i>	1	4	1,66	0,95
<i>Insónia (SL)</i>	1	4	2,29	1,15
<i>Perda de Appetite (AP)</i>	1	4	2,03	1,14
<i>Obstipação (CO)</i>	1	4	1,78	0,94
<i>Diarreia (DI)</i>	1	4	1,31	0,67
<i>Dificuldades Financeiras (FI)</i>	1	4	1,84	0,92

Nota: 1: Não; 2: Um pouco; 3: bastante; 4: muito

No módulo suplementar específico do cancro da mama (QLQ-BR23), como podemos constatar no quadro 2, a imagem corporal e a perspectiva futura de saúde são as dimensões funcionais mais afectas das doentes da amostra.

Quadro. Estatística Descritiva dos Resultados obtidos nas diferentes Sub-escalas do
QLQ-BR23 (N=51)

Dimensões da Qualidade vida	Mínimo	Máximo	<i>M</i>	<i>DP</i>
<i>QLQ-BR23</i>				
Escalas Funcionais				
<i>Imagem Corporal (BRBI)</i>	1	4	2,08	0,96
<i>Função Sexual (BRBEF)</i>	1	3	1,28	0,51
<i>Prazer Sexual (BRSEE)</i>	0,0	3	0,49	0,90
<i>Perspectiva Futura de Saúde (BRFU)</i>	1	4	3,17	0,80
Escalas de Sintomas				
<i>Efeitos Físicos da Quimioterapia (BRST)</i>	1	3,29	1,98	0,63
<i>Sintomas Na Mama (BRBS)</i>	1	4	1,65	0,67
<i>Sintomas no Braço (BRAS)</i>	1	4	1,82	0,71
<i>Preocupação com a queda de cabelo (BRHL)</i>	1	4	1,82	0,71

Nota: 1: Não; 2: Um pouco; 3: bastante; 4: muito

Numa escala de 1 a 7, em que 1 corresponde a péssima, 2 a muito má, 3 a má, 4 razoável, 5 boa, 6 muito boa e 7 ótima, as doentes avaliaram a sua saúde e QLV global como razoável ($M=4,37$; $DP=1,13$).

Análise diferencial

Foi realizada uma análise de covariância multivariada a fim de identificar a existência de diferenças significativas na QLQ em função dos grupos de idade. Constatou-se efectivamente que existem diferenças significativas entre os grupos. As doentes mais jovens diferem das de meia idade e das mais velhas no funcionamento físico [$F(2,44)=7,46$; $p=0,002$], no funcionamento sexual [$F(14,16)=15,69$; $p=0,000$], e no prazer sexual [$F(12,56)=6,88$; $p=0,002$]. Encontrando-se a QLV menos afectada nestes domínios comparativamente com as doentes dos outros grupos.

Verificaram-se igualmente diferenças significativas na QLV em função do estado civil. A função sexual é mais satisfatória nas doentes solteiras, sendo a diferença mais expressiva comparativamente com as viúvas [$F(15,44)=3,59$; $p=0,020$]. Também a preocupação com o estado de saúde no futuro difere consoante o estado civil. As solteiras vivem com menor preocupação o que as espera no futuro que as casadas [$F(0,89)=5,939$; $p=0,004$], as separadas/divorciadas [$F(0,89)=5,939$; $p=0,044$] e as viúvas [$F(0,89)=5,939$; $p=0,003$].

Análise correlacional

Para investigar quais as dimensões da qualidade de vida que se relacionam com a auto-avaliação global da saúde e da qualidade de vida, realizou-se uma análise correlacional. Como podemos verificar no quadro 3, o comprometimento do funcionamento físico, funcional, emocional, cognitivo e social, e a presença dos sintomas fadiga, dor, falta de ar, insónia e dificuldades funcionais, associam-se a pior avaliação da saúde e da qualidade de vida. A afecção da imagem corporal, a presença de sintomas no braço e na mama e as preocupações com estado de saúde no futuro influem negativamente na auto-avaliação da saúde e da qualidade de vida. Ao passo que a função e o prazer sexual a influenciam positivamente. A afecção da imagem corporal, a presença de sintomas no braço e na mama e as preocupações com estado de saúde no futuro influem negativamente na auto-avaliação da saúde e da qualidade de vida. Ao passo que a função e o prazer sexual influenciam positivamente.

Quadro 3. Análise correlacional entre as dimensões da qualidade de vida e a auto-avaliação da saúde e qualidade de vida global

Dimensões da Qualidade de Vida	Auto-avaliação da Saúde e da Qualidade de Vida
QLQ-C30	QL2
Funcionamento Físico	-, 52**
Limitações Funcionais	-,50**
Funcionamento Emocional	-,50**
Funcionamento Cognitivo	-,40**
Funcionamento Social	-,49**
Fadiga	-,33*
Dor	-,36**
Falta de Ar	-,36**
Insónia	-,27*
Dificuldades Funcionais	-,27*
QLQ-BR23	
Imagem Corporal	-,41**
Função Sexual	,47**
Prazer Sexual	,47**
Perspectiva Futura de Saúde	-,28*
Sintomas na Mama	-,30*
Sintomas no Braço	-,31**

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

CONCLUSÕES

Apesar das doentes transmontanas avaliarem como razoável a sua QLV, ficou demonstrada que esta é afectada pela doença e pelos tratamentos. Sendo o comprometimento mais expressivo no funcionamento físico, emocional, limitações funcionais, imagem corporal, função e prazer sexual e pela presença dos sintomas fadiga, dor, insónia e perda de apetite. A idade e o estado civil têm influência na QLV, encontrando-se esta mais diminuída nas mulheres mais velhas e nas casadas. A sexualidade emerge como uma dimensão importante da QLV no cancro da mama, que em nosso entender, deverá continuar a ser estudada. Defendemos igualmente a pertinência da QLV na investigação e na intervenção clínica em psicologia oncológica da mama.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Cancer Society (ACS) (2009), [What Are the Key Statistics for Breast Cancer?](http://www.cancer.org/docroot/CRI/content/CRI_2_4_1X_What_are_the_key_statistics_for_breast_cancer_5.asp?sitearea) Acedido a 08 de Setembro de 2009 em http://www.cancer.org/docroot/CRI/content/CRI_2_4_1X_What_are_the_key_statistics_for_breast_cancer_5.asp?sitearea.

Bertero, C. (2002). Affected self-respect and self-value: the impact of breast cancer treatment on self-esteem and qol. *Psycho-oncology*, 11, 356-364.

- Costa, S.I.R., Jiménez, F. G. & Pais-Ribeiro, J. L. (2011). *Relação entre a imagem corporal, função e prazer sexual e a saúde e a qualidade de vida em mulheres com cancro da mama*. No prelo.
- Costa, S., Jiménez, F. & Pais-Ribeiro, J.L. (2010) Análise dos Acontecimentos de Vida Decorrentes no Adoecer de Cancro da Mama. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 11 (S1), 223 [abstract].
- Crane, R. (2000). Cancro da Mama. In. *Enfermagem em Oncologia* (pp. 89-136). Shirley & Otto. Loures: Lusociência.
- European Organization for Research and Treatment of Cancer (2001). EORTC QLQ-C30 Scoring Manual. (3th ed.). Brussels:EORTC.
- Fialho, A., & Silva, R. (1993). Mastectomia e suas repercussões. *Revista Brasileira Enfermagem*, 46, 266-270.
- Instituto Português de Oncologia do Porto (2008). *RORENO Registo Oncológico Regional do Norte 2007*. Porto: Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil - Centro Regional de Oncologia do Porto.
- Lemineux, J., Maunsell, E., & Provercher, L. (2008). Chemotherapy-induced alopecia and effects on a quality of life among women with breast cancer: a literature review. *Psycho-oncology*, 17, pp. 317-328.
- Marques, A. (1994). *Reacções emocionais à doença grave: como lidar*. Coimbra: Edições de Psiquiatria Clínica.
- Ogden, J. (2004). *Compreender o Cancro da Mama*. Lisboa: Climepsi.
- Parker, P.A., Baile, W.F., Moor, C., & Cphen, L. (2003). Psychosocial and demographic preditions of quality of life in a larg sample of câncer patients. *Psycho-oncology*, 12, 185-193.
- Pennery, E., Speechley & Rosenfield, M. (2010). *Cancro da mama: respostas sempre à mão*. Lisboa: Lidel.
- Pérez San Gregório, M. A., & Martín Rodrigués, A. (2002). Variables psicológicas relacionadas con la percepción de la imagen corporal en los pacientes transplantados. *Revista de Psicologia*, 55, 439-453.
- Rebelo, V., Rolim, L., Carqueja, E., & Ferreira, S. (2007). Avaliação da Qualidade de vida em mulheres com cancro da mama: um estudo exploratório com 60 mulheres portuguesas. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8 (1), 13-32.
- Ribeiro, J.L. (2002). A qualidade de vida e a doença oncológica. In. M.R. Dias & E. Durá (Eds.). *Territórios da psicologia oncológica* (pp.75-98). Lisboa: Climepsi.
- Schottenfeld, D. & Fraumeni-Jr J. (2006). (Editors). *Cancer Epidemiology and Prevention* (3th. Ed.). New York : Oxford University Press.
- Vásquez, I. A, Rodrigues, C. F. & Álvarez, M. P. (1998). *Manual de Psicologia de la Salud*. Madrid: Pirámide.
- Wittekind, C., Greene, F. L., Hutter, R. V., Klimfing, M. & Sobin, L. H. (2004). *TNM Atlas: TNM/pTNM Classification of Malignant Tumours*. (5th. Ed.). New York: Springer.