

Qualidade de Vida em Pacientes Portadoras de Neoplasia Mamária Submetidas a Tratamentos Quimioterápicos

Quality of Life in Patients Carrying Breast Neoplasms Submitted to Chemotherapy

Calidad de Vida en Pacientes Portadoras de Neoplasias de la Mama en Quimioterapia

Camila Bento Silva¹, Verônica Albuquerque², Jonas Leite³

Resumo

O câncer de mama é uma experiência amedrontadora para a mulher e, para a maioria delas, o diagnóstico da doença pode evocar sentimentos como pesar, raiva e medo, além de causar impacto na qualidade de vida da paciente decorrente do tratamento que, muitas vezes, acarreta desconfortos físicos, emocionais, espirituais, econômicos e sociais. O presente estudo visou a avaliar o impacto do tratamento quimioterápico na qualidade de vida das mulheres com distúrbios neoplásicos da mama, por meio de uma análise transversal dos dados obtidos com os questionários EORTIC QLQ-C30 e QLQ-BR23, num total de 21 pacientes em vários estágios da doença neoplásica maligna da mama, em diferentes ciclos de drogas quimioterápicas sob os protocolos FAC, AC, docetaxel, CMF, paclitaxel, irinotecano e CDDP/GEMCIT. Ele torna-se relevante à medida que o entendimento da qualidade de vida reflete na assistência global, bem como para uma evolução mais satisfatória dos pacientes em tratamento antineoplásico. O estudo abordou possíveis impactos que o câncer de mama tem na qualidade de vida das mulheres afetadas e a influência de potenciais variáveis moderadoras, como modalidade quimioterápica, procedimento cirúrgico, idade e estado civil. Nos casos das mulheres participantes, os maiores impactos foram percebidos na função sexual, funcionamento emocional, dificuldades financeiras, além do surgimento de dor, fadiga, náuseas e vômitos, resultados que variaram de acordo com as categorias citadas. Tal conhecimento reflete no princípio ético de oferecer cuidados enquanto se minimiza os males resultantes do processo terapêutico.

Palavras-chave: Neoplasias da Mama; Perfil de Impacto da Doença; Qualidade de Vida; Protocolos de Quimioterapia Combinada Antineoplásica; Análise Transversal

¹Graduanda do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Serra dos Órgãos (UNIFESO) - Teresópolis (RJ), Brasil.

²Doutoranda em Ciências pela ENSP/FIOCRUZ. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem do UNIFESO.

³Especialização em Docência do Ensino Médio e Fundamental pela UCAM. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem UNIFESO.

Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem do UNIFESO.

Endereço para correspondência: Camila Bento Silva. Rua Coronel Senra, 455 - Bom Retiro. Teresópolis (RJ), Brasil. CEP: 25.955-690.

E-mail: camilabento_enf@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

O câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais frequente no mundo e o mais comum entre as mulheres. A cada ano, cerca de 22% dos casos novos de câncer em mulheres são de mama.

Os fatores de risco relacionados à vida reprodutiva da mulher (menarca precoce, nuliparidade, idade da primeira gestação a termo acima dos 30 anos, anticoncepcionais orais, menopausa tardia e terapia de reposição hormonal) estão bem estabelecidos em relação ao desenvolvimento do câncer de mama. Além desses, a idade continua sendo um dos mais importantes fatores de risco. As taxas de incidência aumentam rapidamente até os 50 anos e, posteriormente, o mesmo se dá de forma mais lenta. Essa mudança no comportamento da taxa é conhecida na literatura como “Clemmesen’s hook” e tem sido atribuída à menopausa.

De acordo com a *Estimativa 2008: Incidência de Câncer no Brasil* do Instituto Nacional de Câncer (INCA)¹, em 2005, de um total de 58 milhões de mortes ocorridas no mundo, o câncer foi responsável por 7,6 milhões, o que representou 13% de todas as mortes. E, os principais tipos de câncer com maior mortalidade foram: de pulmão (1,3 milhão); de estômago (cerca de 1 milhão); de fígado (662 mil); de cólon (655 mil); e de mama (502 mil). No Brasil, as estimativas para o ano de 2010², válidas também para o ano de 2011, apontam que ocorrerão 489.270 casos novos de câncer. Os tipos mais incidentes, à exceção do câncer de pele do tipo não melanoma, serão os cânceres de próstata e de pulmão, no sexo masculino, e os cânceres de mama e do colo do útero, no sexo feminino. O número de casos novos de câncer de mama esperados para o Brasil, no ano de 2010, é de 49.240, com um risco estimado de 49 casos a cada 100 mil mulheres. Na região Sudeste, a neoplasia mamária é a mais incidente entre as mulheres com um risco estimado de 65 casos novos por 100 mil habitantes. A estimativa para o ano 2010 de câncer de mama para o Estado do Rio de Janeiro é de 7.470 casos novos.

Apesar de ser considerado um câncer de relativamente bom prognóstico, se diagnosticado e tratado oportunamente, as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas no Brasil, muito provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estádios avançados. Na população mundial, a sobrevida média após cinco anos é de 61%.

Diante de tal cenário, fica clara a necessidade de continuidade em investimentos no desenvolvimento de ações abrangentes para o controle do câncer, nos diferentes níveis de atuação como: na promoção da saúde, na detecção precoce, na assistência aos pacientes, na vigilância, na formação de recursos humanos, na

comunicação e mobilização social, na pesquisa e na gestão do Sistema Único de Saúde.

Entre as terapêuticas para a neoplasia mamária, podem ser encontradas: radioterapia, hormonioterapia, imunoterapia e quimioterapia, que é o foco da presente pesquisa, e estarem ou não associadas à mastectomia. As vantagens e desvantagens do tratamento podem ser reconhecidas através da avaliação da qualidade de vida dos pacientes em tratamento quimioterápico, sendo esta feita por instrumentos específicos. Um exemplo destes é o EORTC desenvolvido pela Organização Europeia para Pesquisas e Tratamento de Câncer, instrumento que foi utilizado para obtenção de dados do presente estudo. O aumento da incidência de câncer associado a uma taxa de cura insatisfatória determina, para a equipe multidisciplinar, redobrados esforços na compreensão da inclusão de instrumentos para mensurar a qualidade de vida. O interesse por esse conceito na área da saúde é relativamente recente e decorre, em parte, dos novos paradigmas que têm influenciado as políticas e as práticas do setor nas últimas décadas, como na alocação de recursos e registro de novos fármacos e equipamentos para a justificativa de terapêuticas paliativas³.

O câncer de mama é uma experiência amedrontadora para a mulher e, para a maioria delas, o diagnóstico da doença pode evocar sentimentos e pesar, raiva e medo. Além de as mamas representarem a feminilidade das mulheres, qualquer distúrbio ou anormalidade relativos a elas exercem impacto emocional e psíquico. Assim, o impacto psicossocial do câncer pode ser delineado em três áreas: desconforto psicológico; mudanças no estilo de vida e preocupações com a possibilidade ou a ocorrência da mastectomia; e o reaparecimento da doença e a morte^{4,5,6,7}.

A quimioterapia antineoplásica, ou seja, a utilização de agentes químicos, isolados ou em combinação, com o objetivo de tratar os tumores malignos, tem-se tornado uma das mais importantes e promissoras maneiras de combater o câncer. Sua indicação implica uma série de fatores que devem ser considerados no seu planejamento, como a idade do paciente, seu estado nutricional, as funções renais, hepáticas e pulmonar, presença de infecções, o tipo de tumor, a existência de metástase e sua extensão, além do *performance status* (condição de vida), o principal indicador de prognóstico do paciente oncológico. E, pode ser empregada com objetivos curativos ou paliativos⁷.

Atualmente, as pesquisas continuam no sentido de desenvolver novos agentes, porém a ênfase maior reside na descoberta de substâncias análogas às já conhecidas, com efeitos tóxicos menos agressivos, especialmente ao coração, pulmões, rins e sistema nervoso⁸. Além da redução dos efeitos colaterais como náuseas, fadiga, irritação e os riscos de infecção devido à imunossupressão.

Tais avanços refletem na busca da qualidade de vida do paciente que, muitas vezes, no processo terapêutico apresentam desconfortos físicos, emocionais, espirituais, econômicos e sociais.

A qualidade de vida tem sido preocupação constante do ser humano, desde o início de sua existência e, atualmente, constitui um compromisso pessoal à busca contínua de uma vida saudável, desenvolvida à luz de um bem-estar indissociável das condições de modo de viver, como saúde, moradia, educação, lazer, liberdade, trabalho, autoestima, entre outras⁹. Assim, conceituar qualidade de vida, bem como mensurá-la, torna-se difícil devido ao caráter subjetivo envolvido nesse processo.

Instrumentos que meçam qualidade de vida têm sido desenvolvidos e utilizados, uma vez que permitem a identificação dos problemas como estado emocional, estado físico geral, interação social e o delineamento de programas adequados de intervenção, possibilitando modificar variáveis que possam interferir de forma negativa no acompanhamento multidisciplinar do paciente oncológico⁹.

O profissional provedor de cuidados de saúde deve buscar um equilíbrio aceitável entre as vantagens e desvantagens do tratamento, que podem ser reconhecidas através da avaliação da qualidade de vida dos pacientes em tratamento quimioterápico. Tão importante quanto o tratamento é estar atento aos efeitos que esse produz nos pacientes.

A partir do exposto, o presente estudo tem por objetivo avaliar o impacto da quimioterapia na qualidade de vida de pacientes com distúrbios neoplásicos da mama, a partir dos questionários *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life EORTC QLQ-C30* e o *Supplementary Questionnaire Breast Cancer Module QLQ-BR23*.

O questionário EORTC QLQ-C30 e BR-23 é um instrumento de direito autoral, que foi traduzido e validado em 81 idiomas e é utilizado em mais de 3.000 estudos em todo o mundo. Atualmente QLQ-C30 3.0 é a versão mais recente e deve ser utilizada para todos os novos estudos. É composto por 30 questões que definem: cinco escalas funcionais; três escalas de sintomas; um item de qualidade de vida em geral; e seis itens simples. As escalas são formadas por uma única questão. O questionário EORTC QLQ-C30 é complementado por módulos específicos de doenças, por exemplo, mama (QLQ BR-23), pulmão, cabeça e pescoço, esofágicas, ovário, gástrico, câncer cervical e mieloma múltiplo.

Os domínios da escala funcional são: qualidade de vida geral (itens 29,30); função física (1, 2, 3, 4, 5); função papel/desempenho (6, 7); função cognitiva (20, 25); função emocional (21, 22, 23, 24) e função social (26,

27). Os três domínios da escala de sintomas são: fadiga (10, 12, 18); dor (9, 19) e náusea/vômito (14, 15). E os seis itens simples: dispneia (8); insônia (11); perda de apetite (13); constipação (16); diarreia (17) e dificuldade financeira.

O módulo BR-23, utilizado no presente estudo, investiga a qualidade de vida específica no câncer de mama. Consta de 23 questões; incorporadas em escalas multi-itens para mensurar efeitos colaterais da quimioterapia (31, 32, 33, 34, 36, 37, 38); sintomas relacionados ao braço (47, 48, 49) e a mama (50, 51, 52, 53); imagem corporal (39, 40, 41, 42) e função sexual (44, 45). Há itens simples para expor a satisfação sexual (46), distúrbio pela perda de cabelo (35) e perspectivas futuras (43)¹⁰.

MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo baseia-se na análise transversal de portadoras de câncer de mama em tratamento quimioterápico exclusivo.

A forma de escolha deste grupo de pacientes consistiu no método de amostragem intencional, por se enquadrarem nos critérios de elegibilidade apresentados a seguir¹¹, a partir de visitas semanais à ala de Quimioterapia Ambulatorial de um Hospital da região Serrana do Estado do Rio de Janeiro. Foram entrevistadas as pacientes submetidas à quimioterapia, consecutivamente durante os meses de setembro e outubro de 2009.

O critério de elegibilidade para este estudo consiste em pacientes portadoras de neoplasias de mamas associadas ou não às patologias crônicas, não apresentando quaisquer alterações psiquiátricas, com ausência de metástase cerebral e idade acima de 18 anos.

Todos os procedimentos foram seguidos de acordo com os padrões éticos do Comitê de Pesquisa em Seres Humanos institucional, com a Declaração de Helsinky e com a resolução 196/96.

Todas as pacientes foram informadas sobre o objetivo do estudo e confidencialidade dos dados, sendo entregue o Consentimento Livre e Esclarecido, submetido à Comissão de Ética em Pesquisa, sob o número de protocolo 392/09.

Foi aplicado o questionário da EORTC QLQ-C30 e o QLQ-BR23 num total de 21 pacientes em vários estágios da doença neoplásica maligna da mama, em diferentes ciclos de protocolos de quimioterapia antineoplásica exclusiva, sem associação com radioterapia, sob uso de FAC (5-fluorouracil + doxorubicina + ciclofosfamida); AC (doxorubicina + ciclofosfamida); docetaxel; CMF (ciclofosfamida + metotrexato + 5-fluorouracil); paclitaxel; irinotecano, CDDP (cisplatina); GEMCIT (gemcitabina)^{12,13,14}, para serem avaliados pelo ponto de vista de sua percepção subjetiva da qualidade de vida.

Foram aplicados os questionários na modalidade entrevista dirigida que teve duração de cerca de 20 minutos.

Foi utilizado o Manual dos Escores do EORTC, para calcular os escores dos domínios de C-30 e BR-23. Todas as médias dos escores foram transformadas linearmente em uma escala de 0 a 100 pontos, conforme descrito no manual.

Os altos escores nas escalas e na qualidade de vida geral representam, respectivamente, grande índice de função e alta qualidade de vida; enquanto os elevados escores de sintomas representam alto nível de sintomatologia e problemas¹⁰.

Os dados obtidos com os questionários foram organizados em tabelas com as médias e o desvio-padrão dos dados obtidos, classificados de acordo com as categorias de idades, estado civil, tratamento cirúrgico e protocolo de quimioterápicos. As tabelas foram elaboradas no programa de computador *Microsoft® Excel* 2002 e analisadas, estatisticamente, incluindo reflexões qualitativas baseadas em literatura especializada.

RESULTADOS

ESTUDOS DESCRITIVOS

A amostra inclui um total de 21 mulheres com idade compreendidas entre os 30 e os 76 anos. Dessas participantes, 52,38% são casadas; e também foi considerado o tratamento cirúrgico, sendo 42,86% submetidas à mastectomia. Quanto ao tratamento quimioterápico, 42,87% da amostra estavam em ciclos diferentes do protocolo FAC; 19,05% em protocolo AC; em uso de docetaxel, CMF e paclitaxel foram 9,52% em cada protocolo de quimioterapia combinada antineoplásica, além do tratamento com irinotecano e CDDP/GEMCIT que representaram 4,76% cada.

Na tabela 1, estão presentes os dados descritivos (média e desvio-padrão) relativos aos resultados obtidos nas diversas subescalas do EORTC QLQ-C30 e QLQ BR-23.

Pode-se observar que as pontuações das várias subescalas variaram entre um mínimo de zero e um máximo de 100.

A função física (PF2) é a que assume um valor médio mais elevado ($M= 81,19$) e a subescala falta de ar (DY) mais baixa ($M= 4,76$).

ESTUDOS DIFERENCIAIS

Os dados obtidos nas subescalas do QLQ-C30 e do QLC-BR23 foram analisados, classificando a Qualidade de Vida de acordo com as categorias: idade, estado civil, tratamento cirúrgico e quimioterápico, cujos resultados são apresentados nas tabelas 2, 3, 4 e 5.

Tabela 1. Distribuição descritiva dos resultados obtidos nas diversas subescalas dos questionários EORTC QLQ-C30 E QLQ BR-23. Teresópolis, 2009

Subescalas	M	DP
QLQ-C30		
QL2	71,43	25,36
PF 2	81,19	24,80
RF2	70,76	36,86
EF	55,21	33,42
CF	68,40	34,09
SF	81,05	28,55
FA	38,56	34,92
NV	41,27	28,19
PA	32,54	36,31
DY	4,76	11,95
SL	25,40	34,81
AP	30,16	31,45
CO	38,10	42,54
DI	20,63	34,12
FI	50,79	37,44
QLQ BR-23		
BR BI	70,02	32,98
BRSEF	28,57	29,41
BRSEE	53,33	28,11
BRFU	36,81	36,36
BRST	39,20	18,30
BRBS	19,44	16,53
BRAS	26,95	22,42
BRHL	39,96	42,69

Nota 1: QL2: Saúde e Qualidade de Vida Global; PF2: Funcionamento Físico; RF2: Limitações Funcionais; EF: Funcionamento Emocional; CF: Funcionamento Cognitivo; SF: Funcionamento Social; FA: Fadiga; NV: Náuseas e Vômitos; PA: Dor; DY: Falta de Ar; SL: Insônia; AP: Perda de Apetite; CO: Obstipação; DI: Diarreia; FI: Dificuldades Financeiras; BRBI: Imagem Corporal; BRSEF: Função Sexual; BRSEE: Prazer Sexual; BRFU: Perspectiva Futura de Saúde; BRST: Efeitos Físicos da Quimioterapia; BRBS: Sintomas na Mama; BRAS: Sintomas no Braço; BRHL: Preocupação com a Queda de Cabelo.

Na análise da tabela 2, é possível verificar a existência de diferenças significativas entre os grupos de idade; na escala saúde e qualidade de vida global (QL2), o grupo 30 anos avaliou a qualidade de vida de forma mais positiva (83,33) do que o grupo de mulheres de 60 anos (63,08), enquanto este apresentou menor preocupação com a queda de cabelo (8,33) do que o grupo de mulheres de 40 anos (61,11).

A observação da tabela 3 permite constatar que existem diferenças significativas em algumas subescalas como imagem corporal (BRBI), função (BRSEF) e prazer (BRSEE) sexual.

Tabela 2. Distribuição das médias de qualidade de vida em função da idade. Teresópolis, 2009

Qualidade de vida em função da idade (n=21)										
Variáveis	30 anos (n=2)		40 anos (n=7)		50 anos (n=5)		60 anos (n=4)		70 anos (n=3)	
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
QL2	83,33	23,57	70,23	23,50	50,16	31,20	63,08	32,99	63,63	25,89
PF 2	90,50	4,95	75,47	30,49	50,35	39,58	70,00	38,30	76,66	31,39
RF2	100,00	0,00	66,71	34,67	50,35	42,87	33,50	41,10	69,73	39,32
EF	66,50	12,02	44,00	41,42	40,99	22,36	68,75	39,78	55,36	31,36
CF	50,00	24,04	71,57	36,94	45,64	20,28	91,85	9,41	62,31	33,49
SF	100,00	0,00	73,86	28,75	50,65	44,79	40,28	45,22	86,55	19,43
FA	44,45	31,43	42,81	36,41	38,77	6,00	27,75	48,44	45,42	34,59
NV	25,00	35,36	47,62	27,94	33,98	10,08	50,00	43,03	33,33	24,72
PA	16,66	23,57	30,95	37,80	27,24	9,14	37,50	47,87	40,91	31,06
DY	0,00	0,00	4,76	12,60	4,34	5,95	8,33	16,67	9,09	15,57
SL	16,67	23,57	23,81	41,79	26,46	10,74	16,67	19,24	18,18	27,34
AP	16,67	23,57	9,52	16,26	16,51	5,74	25,00	31,91	18,18	22,92
CO	33,33	47,14	33,33	38,49	38,07	6,52	41,67	50,00	48,48	43,11
DI	49,99	23,57	14,29	26,23	28,52	15,20	0,00	0,00	12,12	22,47
FI	49,99	23,57	61,90	35,64	42,77	16,71	33,33	47,14	39,39	29,13
BR BI	83,50	12,02	66,86	43,25	51,41	31,02	60,25	48,86	75,91	30,03
BRSEF	49,99	23,57	33,33	36,00	35,72	10,91	29,17	28,46	40,91	22,81
BRSEE	49,99	23,57	55,55	50,92	49,99	NULO	55,55	19,24	48,14	24,21
BRFU	67,00	46,67	28,86	35,68	44,55	16,67	8,50	17,00	33,64	36,52
BRST	26,13	3,49	33,27	15,70	19,65	12,96	45,25	22,88	39,78	20,36
BRBS	41,67	0,00	13,09	12,60	16,84	17,63	18,75	27,53	27,27	16,70
BRAS	33,39	15,63	36,48	24,65	27,54	9,38	22,17	24,07	26,21	20,68
BRHL	33,33	47,14	61,11	44,31	46,47	11,43	8,33	16,67	43,33	38,65

Nota II: QL2: Saúde e Qualidade de Vida Global; PF2: Funcionamento Físico; RF2: Limitações Funcionais; EF: Funcionamento Emocional; CF: Funcionamento Cognitivo; SF: Funcionamento Social; FA: Fadiga; NV: Náuseas e Vômitos; PA: Dor; DY: Falta de Ar; SL: Insônia; AP: Perda de Apetite; CO: Obstipação; DI: Diarreia; FI: Dificuldades Financeiras; BRBI: Imagem Corporal; BRSEF: Função Sexual; BRSEE: Prazer Sexual; BRFU: Perspectiva Futura de Saúde; BRST: Efeitos Físicos da Quimioterapia; BRBS: Sintomas na Mama; BRAS: Sintomas no Braço; BRHL: Preocupação com a Queda de Cabelo.

Na subescala imagem corporal, as mulheres sem companheiros apresentaram percepção mais negativa (63,54) do que as mulheres com companheiro, que apresentaram a média de 75,91. Esse padrão se repete para a função sexual, em que as mulheres com companheiros apresentam a média 40,91; já as sem companheiro, 16,67.

Em contrapartida, as mulheres com companheiro referem menor prazer sexual (48,14), diferentemente das mulheres sem companheiro, cuja média foi de 67,00.

Ainda foi observado que as mulheres sem companheiro apresentam menor preocupação com a queda de cabelo (29,56) do que as mulheres com companheiro (43,33).

Já na qualidade de vida em função da mastectomia, os dados obtidos na tabela 4 referem que as mulheres submetidas à mastectomia apresentam maior limitação

funcional (RF2) relacionada às mulheres que não foram submetidas a esse tratamento cirúrgico, apresentando as respectivas médias: 57,44 e 80,75.

Na escala de sintomatologia, as pacientes mastectomizadas apresentaram mais sintomas de fadiga, náuseas e vômitos e dor, com médias de 53,04, 46,29 e 50,00; enquanto as médias das pacientes que não foram submetidas à mastectomia são de 27,73, 37,50 e 19,44. Além de maior sintomatologia no braço das pacientes mastectomizadas (40,77) do que as pacientes não mastectomizadas (16,58).

Na tabela 5, foi avaliada a qualidade de vida em função do tratamento quimioterápico; as pacientes foram submetidas a protocolos FAC (5-fluorouracil + doxorubicina + ciclofosfamida); AC (doxorubicina + ciclofosfamida); docetaxel; CMF (ciclofosfamida +

metotrexato + 5-fluorouracil); CTX; paclitaxel; irinotecano CDDP (cisplatina); GEMCIT (gemcitabina).

A análise da tabela 5 permite constatar que existem diferenças na escala de qualidade de vida global (QL2), sintomatologia (FA a DI), efeitos físicos da quimioterapia (BRST) e preocupações com a queda de cabelo (BRHL).

As pacientes em uso do protocolo docetaxel apresentaram melhores resultados na escala qualidade de vida global com a média de 83,33, opondo-se à média de 33,33 apresentada pelas pacientes em uso do paclitaxel.

Tabela 3. Distribuição das médias de qualidade de vida em função do estado civil. Teresópolis, 2009

Qualidade de vida em função do estado civil (n=21)				
Variáveis	Com companheiro (n=11)		Sem companheiro (n=10)	
	M	DP	M	DP
QL2	63,63	25,89	80,00	22,97
PF 2	76,66	31,39	86,17	14,78
RF2	69,73	39,32	71,90	36,03
EF	55,36	31,36	55,04	37,28
CF	62,31	33,49	75,10	35,22
SF	86,55	19,43	75,00	36,25
FA	45,42	34,59	31,04	35,50
NV	33,33	24,72	65,00	45,44
PA	40,91	31,06	23,33	40,98
DY	9,09	15,57	0,00	0,00
SL	18,18	27,34	33,33	41,57
AP	18,18	22,92	43,33	35,31
CO	48,48	43,11	26,67	40,98
DI	12,12	22,47	30,00	42,89
FI	39,39	29,13	63,33	42,89
BR BI	75,91	30,03	63,54	36,41
BRSEF	40,91	22,81	16,67	32,27
BRSEE	48,14	24,21	67,00	46,67
BRFU	33,64	36,52	39,76	37,96
BRST	39,78	20,36	37,38	17,98
BRBS	27,27	16,70	13,61	15,90
BRAS	26,21	20,68	33,31	33,99
BRHL	43,33	38,65	29,56	45,41

Nota III: QL2: Saúde e Qualidade de Vida Global; PF2: Funcionamento Físico; RF2: Limitações Funcionais; EF: Funcionamento Emocional; CF: Funcionamento Cognitivo; SF: Funcionamento Social; FA: Fadiga; NV: Náuseas e Vômitos; PA: Dor; DY: Falta de Ar; SL: Insônia; AP: Perda de Apetite; CO: Obstipação; DI: Diarreia; FI: Dificuldades Financeiras; BRBI: Imagem Corporal; BRSEF: Função Sexual; BRSEE: Prazer Sexual; BRFU: Perspectiva Futura de Saúde; BRST: Efeitos Físicos da Quimioterapia; BRBS: Sintomas na Mama; BRAS: Sintomas no Braço; BRHL: Preocupação com a Queda de Cabelo.

Tabela 4. Distribuição das médias de qualidade de vida em função da mastectomia. Teresópolis, 2009

Variáveis	Qualidade de vida em função da mastectomia (n=21)			
	Sim (n=9)		Não (n=12)	
	M	DP	M	DP
QL2	75,00	26,68	68,75	25,16
PF 2	71,44	24,84	88,50	23,09
RF2	57,44	42,53	80,75	30,02
EF	41,60	36,30	65,42	28,42
CF	68,56	41,18	68,28	29,65
SF	70,44	36,18	89,00	19,21
FA	53,04	31,37	27,73	34,67
NV	46,29	36,11	37,50	21,47
PA	50,00	41,67	19,44	26,43
DY	0,00	0,00	8,33	15,07
SL	25,93	36,43	25,00	35,18
AP	29,63	26,06	30,55	36,12
CO	33,33	44,10	41,67	42,93
DI	37,04	42,31	8,33	20,72
FI	59,26	36,43	44,44	38,49
BR BI	64,04	36,80	74,50	30,68
BRSEF	12,96	11,11	40,28	33,68
BRSEE	16,67	23,57	62,50	21,36
BRFU	33,56	40,83	39,25	34,30
BRST	34,35	17,27	42,85	18,92
BRBS	17,59	16,37	20,83	17,22
BRAS	40,77	20,82	16,58	18,03
BRHL	41,67	49,60	38,83	39,74

Nota IV: QL2: Saúde e Qualidade de Vida Global; PF2: Funcionamento Físico; RF2: Limitações Funcionais; EF: Funcionamento Emocional; CF: Funcionamento Cognitivo; SF: Funcionamento Social; FA: Fadiga; NV: Náuseas e Vômitos; PA: Dor; DY: Falta de Ar; SL: Insônia; AP: Perda de Apetite; CO: Obstipação; DI: Diarreia; FI: Dificuldades Financeiras; BRBI: Imagem Corporal; BRSEF: Função Sexual; BRSEE: Prazer Sexual; BRFU: Perspectiva Futura de Saúde; BRST: Efeitos Físicos da Quimioterapia; BRBS: Sintomas na Mama; BRAS: Sintomas no Braço; BRHL: Preocupação com a Queda de Cabelo.

Já a comparação entre os dados permite observar que a escala de sintomatologia teve resultados mais elevados para as pacientes em uso do protocolo CMF, enquanto o menor impacto foi no uso do protocolo AC.

O sintoma insônia teve grande impacto na paciente em uso de irinotecano com média 100, diferente do menor impacto nas pacientes em uso de docetaxel e AC, com médias de 16,67 cada.

As pacientes em uso do protocolo FAC apresentaram mais náuseas e vômitos (NV), com média de 53,70;

Tabela 5. Distribuição das médias de qualidade de vida em função do tratamento quimioterápico. Teresópolis, 2009

Qualidade de vida em função do tratamento quimioterápico (n=21)												
Variáveis	FAC (n=9)		AC (n=4)		DOCETAXEL (n=2)		CMF (n=2)		PACLITAXEL (n=2)		PACLITAXEL (n=2)	PACLITAXEL (n=2)
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	M
QL2	78,70	20,03	77,08	15,78	83,33	23,57	54,17	41,25	33,33	23,57	41,67	100,00
PF 2	92,00	9,08	77,00	16,10	100,00	0,00	40,50	37,48	60,00	56,57	74,00	94,00
RF2	90,89	11,95	62,75	43,95	50,00	70,71	25,00	35,36	75,00	35,36	17,00	100,00
EF	51,04	34,75	58,50	29,69	83,50	23,33	33,00	35,36	79,00	29,70	0,00	75,00
CF	63,11	37,06	79,25	41,50	91,70	11,74	83,50	23,33	75,50	12,02	17,00	33,00
SF	77,89	26,46	75,00	50,00	100,00	0,00	92,00	11,31	75,00	35,36	67,00	100,00
FA	35,78	37,60	19,36	16,65	11,00	15,56	61,00	8,02	55,50	62,93	89,00	66,67
NV	53,70	23,24	41,67	44,10	41,67	11,79	33,33	0,00	25,00	35,36	16,67	0,00
PA	16,66	22,05	45,83	45,90	0,00	0,00	83,33	0,00	25,00	35,36	100,00	33,33
DY	7,41	14,70	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	16,67	23,57	0,00	0,00
SL	25,93	40,06	16,67	19,24	16,67	23,57	33,34	47,14	0,00	0,00	100,00	33,33
AP	18,52	29,39	41,66	31,91	50,00	23,57	16,67	23,57	50,00	70,71	33,33	33,33
CO	40,74	40,06	25,00	50,00	33,33	47,14	83,34	23,57	50,00	70,71	0,00	0,00
DI	25,93	40,06	0,00	0,00	16,67	23,57	16,67	23,57	0,00	0,00	100,00	33,33
FI	62,96	30,93	33,33	47,14	16,67	23,57	50,00	23,57	50,00	70,71	100,00	33,33
BR BI	58,49	34,30	46,50	48,20	96,00	5,66	92,00	0,00	71,00	41,01	58,00	92,00
BRSEF	42,59	35,46	20,83	31,55	16,67	23,57	16,66	0,00	8,34	11,79	16,67	33,33
BRSEE	59,62	33,21	66,66	NULO	66,66	NULO	NULO	NULO	33,33	NULO	NULO	33,33
BRFU	41,11	36,35	33,75	27,35	17,00	24,04	17,00	24,04	50,00	70,71	0,00	100,00
BRST	40,19	21,52	39,31	19,26	35,67	3,30	28,50	13,44	47,67	26,86	57,00	23,66
BRBS	16,66	14,43	6,25	7,98	37,50	29,47	29,17	5,89	12,50	17,68	33,33	41,67
BRAS	33,31	25,50	19,45	24,71	22,00	0,00	27,67	23,57	5,50	7,78	55,67	22,33
BRHL	62,88	35,13	25,00	50,00	16,67	23,57	100,00	NULO	0,00	0,00	0,00	0,00

Nota V: QL2: Saúde e Qualidade de Vida Global; PF2: Funcionamento Físico; RF2: Limitações Funcionais; EF: Funcionamento Emocional; CF: Funcionamento Cognitivo; SF: Funcionamento Social; FA: Fadiga; NV: Náuseas e Vômitos; PA: Dor; DY: Falta de Ar; SL: Insônia; AP: Perda de Apetite; CO: Obstipação; DI: Diarreia; FI: Dificuldades Financeiras; BRBI: Imagem Corporal; BRSEF: Função Sexual; BRSEE: Prazer Sexual; BRFU: Perspectiva Futura de Saúde; BRST: Efeitos Físicos da Quimioterapia; BRBS: Sintomas na Mama; BRAS: Sintomas no Braço; BRHL: Preocupação com a Queda de Cabelo.

diferenciando-se das médias 11,76 e 16,67 que correspondem ao uso de docetaxel e irinotecano, respectivamente.

Quanto aos efeitos físicos da quimioterapia, as pacientes que apresentaram maior sintomatologia foram as que estavam em uso de irinotecano (57,00) e paclitaxel (47,67), em contrapartida as que apresentaram menor sintomatologia foram as pacientes em uso dos protocolos CMF (28,50) e CDDP/GEMCIT (23,66). Os efeitos de preocupação com a queda de cabelo foram mais significativos nas pacientes em uso dos protocolos FAC (62,88) e CMF (100,00); já, nas pacientes em uso paclitaxel, irinotecano e CDDP/GEMCIT, esse efeito não foi significativo, apresentado média 0,00 para cada protocolo citado.

DISCUSSÃO

Nessas mudanças ocorridas diante da doença, a paciente confronta-se com as “normas de gênero”, as quais são papéis pré-determinados e imposições sociais, que indicam quais funções e comportamentos devem ser assumidos em função do gênero. Além de a dificuldade de enfrentar a doença por estar impossibilitada de continuar exercendo o seu papel, a paciente passa por sentimentos de impotência e inferioridade, podendo assim desencadear conflitos emocionais e reações psíquicas a crenças e padrões de comportamento, que inibem sua participação ativa no tratamento. Além dos sentimentos já desenvolvidos na descoberta da doença, em que existe a sensação de

perda da identidade, com seu corpo exposto a inúmeros procedimentos invasivos diagnósticos. Sentimentos de angústia e culpa se apresentam neste momento, além de uma constante ameaça de morte. À mulher, ao ser diagnosticada com câncer de mama, sente-se invadida na sua individualidade e exposta fisicamente, levando-a à depressão e perda da autoestima. A sensação de perda e ameaça à imagem corporal feminina implica mudanças da figura do corpo pela mente e altera a identificação feminina básica^{15,16}.

Rebello *et al.* realizaram um estudo avaliando a qualidade de vida em 60 mulheres portuguesas com câncer de mama¹⁷, o qual obteve como resultado comparativo, entre mulheres com companheiro e sem companheiro, que as pacientes sem companheiro apresentaram médias de funcionamento sexual maior do que as pacientes com companheiro. Já a presente pesquisa encontrou médias superiores de funcionamento sexual para as mulheres com companheiro.

A cirurgia foi a primeira modalidade de tratamento que significativamente alterou o curso de uma neoplasia; sendo, muitas vezes, uma situação de conflito para o indivíduo, devido às mudanças drásticas no cotidiano e às possíveis transformações da imagem corporal decorrentes do tratamento. Atualmente, mais de 60% dos pacientes com câncer são tratados cirurgicamente, e a cirurgia também é usada no diagnóstico e estadiamento de mais de 90% de todos os casos de câncer¹⁸. Apesar da eficiência da abordagem cirúrgica para o tratamento do câncer de mama, várias complicações têm sido relatadas decorrentes desses procedimentos. Entre elas, destacam-se: linfedema, infecção da ferida operatória e dor crônica pós-cirúrgica. A dor crônica secundária ao procedimento cirúrgico pode ser nociceptiva - resultante da lesão dos músculos e ligamentos; e neuropática - resultante da lesão de nervos ou disfunção do sistema nervoso, entidade esta que tem sido mais estudada por ser mais frequente e corresponde à síndrome dolorosa pós-mastectomia (SDPM). A dor é uma das mais frequentes razões de incapacidade e sofrimento para pacientes com câncer em progressão. Em algum momento da evolução da doença, 80% dos pacientes experimentarão dor^{19,20,21}. Baseado nas citações anteriores e na análise dos dados, percebeu-se que o sintoma dor e sintomas no braço foram superiores nas pacientes mastectomizadas, opondo-se à média das pacientes que não sofreram intervenção cirúrgica.

Entre os efeitos físicos da quimioterapia, a fadiga é o mais prevalente sintoma reportado e fonte de elevado estresse para as pacientes. Sendo esse sintoma definido como uma persistente e subjetiva sensação de cansaço, relacionado à doença ou ao seu tratamento, que interfere no desempenho das atividades usuais. É acompanhada por

queixas de falta de energia, exaustão, perda de interesse por atividades anteriormente prazerosas, fraqueza, dispneia, dor, alterações de paladar, prurido, lentidão, irritabilidade e perda de concentração^{6,19}. Tal dado foi observado no presente estudo, já que as pacientes que referiram maior fadiga obtiveram menor média no estado de saúde e de qualidade de vida global.

A quimioterapia é possível, apesar dos seus efeitos tóxicos, uma vez que os tecidos normais se recuperam totalmente antes das células tumorais. É nessa diferença de comportamento celular que a quimioterapia se baseia. As drogas antineoplásicas possuem efeitos tóxicos diferentes em qualidade e intensidade. Alguns deles são tão nocivos que podem indicar a interrupção do tratamento ou ainda acarretar a morte do paciente e, por isso, devem ser previstos, detectados e tratados com precocidade²². Com isso, tem-se percebido um grande interesse na monitorização da qualidade da atenção que refletem diretamente na qualidade de vida do paciente. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a qualidade de vida deve ser orientada com a finalidade de avaliar o impacto de diversos fatores que acontecem no universo psicológico, social, espiritual e físico do indivíduo, e que possa constituir parâmetros nos estudos de custo/benefício e contribuir com a otimização de recursos disponíveis no sistema de saúde^{8,23, 24,25}.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O avanço tecnológico, no âmbito das ciências médicas, tem proporcionado um enorme otimismo no tratamento das doenças oncológicas e no aumento da taxa de sobrevivência dos pacientes, daí que seja necessário avaliar a qualidade de vida, enquanto importante indicador do bem-estar.

O estudo apresentado abordou possíveis impactos que o câncer de mama tem na qualidade de vida das mulheres afetadas e a influência de potenciais variáveis moderadoras, como modalidade quimioterápica, procedimento cirúrgico, idade e estado civil. Nos casos das mulheres participantes do presente estudo, os maiores impactos foram percebidos na função sexual, funcionamento emocional, dificuldades financeiras, além do surgimento sintomatológico de dor, fadiga, náuseas e vômitos.

O interesse desse estudo reside, igualmente, nas implicações que os resultados obtidos poderão ter para o desenvolvimento de terapias promotoras de uma melhor adaptação à doença e tratamento oncológico.

Assim, julga-se que os objetivos propostos foram atingidos e, portanto, tal conhecimento obtido pode contribuir para produção de cuidados integrais às portadoras de câncer de mama em protocolos de

quimioterapia combinada antineoplásica, minimizando os males resultantes do processo terapêutico, além do princípio de respeito à vida e à autonomia do paciente.

Declaração de Conflito de Interesses: Nada a declarar.

REFERÊNCIAS

- Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. Estimativas 2008: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2007.
- Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. Estimativas 2010: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2009.
- Brunner LS, Smeltzer SC. Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 10.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
- Amiel P, Dauchy S, Bodin J. Evaluating beauty care provided by the hospital to women suffering from breast cancer: qualitative aspects. *Support Care Cancer* 2009; 17:839-45.
- Emery C, Yang HC, Frierson G, Peterson L, Suh S. Determinants of physical activity among women treated for breast cancer in a 5-year longitudinal follow-up investigation. *Psycho-Oncology* 2009;18: 377-86.
- Bonassa EMA. Enfermagem em terapêutica oncológica. 3.ed. São Paulo: Atheneu; 2005.
- Fonseca SM, Machado RCL. Manual de quimioterapia antineoplásica. Rio de Janeiro: Reichmann e Affonso; 2000.
- Franzi AS, Silva PG. Avaliação da qualidade de vida em pacientes submetidos à quimioterapia ambulatorial no Hospital de Heliópolis. *Revista brasileira de cancerologia* 2003; 49(3): 153-8.
- Castro M. Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise avaliada através do instrumento genérico SF-36. *Rev Assoc Med Bras* 2003; 49(3): 245-9.
- Alegrance FC. Qualidade de vida e estratégias de enfrentamento de mulheres com e sem linfedema após câncer de mama [dissertação]. São Bernardo dos Campos: Universidade Metodista de São Paulo; 2006.
- Fontanella BJB, Ricas BJB, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saude Publica* 2008; 24(1): 17-27.
- Guimarães JRQ. Manual de oncologia. 3.ed. São Paulo: BBS Editora; 2008.
- Gerson R, Serrano A, Flores F; Villalobos A. Gemcitabina, como droga única, em câncer epitelial de ovário avançado pretratado. *An Med Assoc Med Hosp ABC* 2004; 49 (4): 171-5.
- Edwin CB. Fundamentos de Oncologia. Aval Academico Hospital de Oncologia Centro Medico Nacional, México Instituto Mexicano Del Seguro. Siglo XXI; 2006.
- Gianinni M. Câncer e Gênero: Enfretamento da Doença. www.psicologia.com documento produzido em 07-10-2007.
- Conceição LL, Lopes RL. O Cotidiano de mulheres mastectomizadas: do diagnóstico à quimioterapia. *Revista enfermagem UERJ* 2008; 16(1): 26-31.
- Rebelo V, Rolim L, Carqueja E, Ferreira S. Avaliação da qualidade de vida em mulheres com cancro de mama: um estudo exploratório com 60 mulheres portuguesas. *Psicologia, Saúde & Doenças* 2007; 8 (1): 13-32.
- Costa P, Leite RCBO. Estratégias de Enfrentamento Utilizadas pelos Pacientes Oncológicos Submetidos a Cirurgias Mutiladoras. *Revista brasileira de cancerologia*,2009; 55(4): 355-64.
- Menezes MF, Camargo T. A fadiga relacionada ao câncer como temática na enfermagem oncológica. *Rev Lat Am Enfermagem* 2006; 14(3): 442-7.
- Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor. Rio de Janeiro: INCA, 2001.
- Couceiro TCM, Menezes TC, Valença MM. Síndrome Dolorosa Pós-Mastectomia. A Magnitude do Problema. *Rev Bras Anestesiol* 2009; 59 (3): 358-365.
- Silva LM, Zago MM. O Cuidado do paciente oncológico com dor crônica na ótica do enfermeiro. *Rev Lat Am Enfermagem* 2001; 9 (4): 44-9.
- Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino- serviço. 2 .e d. Rio de Janeiro: INCA; 2002.
- Lazcano JAF. Calidad de la atención médica em terapia intensiva oncológica. *Revista del Instituto Nacional de Cancerología*. 2000; 46 (1): 28-32.
- Montazeri A, Vahdaninia M, Harichi I, Ebrahim M, Khalegui F, Jarvandi S. Quality of life in patients with breast cancer before and after diagnosis: an eighteen months follow-up study. *BMC Câncer* 2008; 8: 330.

Abstract

Breast cancer is a frightening experience for women and, for most, diagnosis of this disease can evoke feelings like grief, anger and fear, and it impacts the patient's quality of life due to its treatment, which often leads to physical, emotional, spiritual, economical and social discomfort. This paper assesses the impact of chemotherapy on the quality of life of women with breast neoplastic disorders, through a cross-sectional analysis of data acquired from questionnaires EORTIC QLQ-C30 and QLQ-BR23, in a total of 21 patients at various stages of malignant breast neoplastic disease in different cycles of chemotherapy drugs under protocols FAC, AC, docetaxel, CMF, paclitaxel, irinotecan and CDDP / GEMCIT. This paper is relevant to the extent that understanding their quality of life reflects in the overall assistance and for a better evolution of a patient under anticancer treatment. This study addressed the possible impacts that breast cancer has on the quality of life of women affected and the influence of potential moderating variables, such as chemotherapy modality, surgery, age and marital status. As for participating women, the highest impacts were perceived in sexual function, emotional functioning, financial difficulties, as well as the appearance of pain, fatigue, nausea and vomiting, whose results varied according to the categories mentioned. This knowledge reflects the ethical principle of providing care while minimizing the harm resulting from a therapeutic process.

Key words: Breast Neoplasms; Sickness Impact Profile; Quality of Life; Antineoplastic Combined Chemotherapy Protocols; Period Analysis

Resumen

El cáncer de mama es una experiencia terrible para las mujeres y puede que provoque pesar, ira y miedo, más allá del impacto sobre la calidad de vida del paciente debido al tratamiento, lo que a menudo les conduce a la incomodidad física, emocional, espiritual, económico y social. El estudio se propone a evaluar el impacto de la quimioterapia en la calidad de vida de las mujeres con neoplasia de la mama, a través de un análisis transversal de los datos de los cuestionarios EORTIC QLQ-C30 y QLQ-BR23, en un total de 21 pacientes en las diferentes etapas de la enfermedad neoplásica maligna de la mama en diferentes ciclos de quimioterapia bajo los protocolos de FAC, AC, docetaxel, CMF, paclitaxel, irinotecán, CDDP/GEMCIT. Es relevante en la medida en que la comprensión de la calidad de vida que se refleja en la asistencia en general y para un paciente más satisfactorios en el tratamiento contra el cáncer. El estudio enfocó los posibles impactos que el cáncer de mama ejerce en la calidad de vida de las mujeres afectadas así como la influencia de posibles variables moderadoras, tales como la modalidad de la quimioterapia, la cirugía, la edad y el estado civil. Por lo que respecta a las mujeres participantes, los mayores impactos estaban en la función sexual, el funcionamiento emocional, dificultades financieras, aparte de la aparición de dolor, fatiga, náuseas y vómitos; resultados estos que variaron de acuerdo con las categorías mencionadas. Este conocimiento se manifiesta en el principio ético de ofrecimiento de cuidados mientras los males que resulten del proceso terapéutico son minimizados.

Palabras clave: Neoplasias de la Mama; Perfil de Impacto de Enfermedad; Calidad de Vida; Protocolos de Quimioterapia Combinada Antineoplásica; Análisis Transversal