

QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES QUE REALIZARAM CIRURGIAS DE MAMA

Antonia Dalla Pria Bankoff, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS, Três Lagoas, Mato Grosso do Sul - Brasil

RESUMO

Foram estudadas 20 mulheres faixa etária com média de idade 57,7 anos, sendo 9 com cirurgia do tipo quadrantectomia unilateral, 1 com cirurgia tipo quadrantectomia bilateral e 10 com cirurgia mastectomia radical unilateral. A média em relação ao tempo que fizeram cirurgia foi nove anos e oito meses (9,8). O estudo sobre a qualidade de vida foi realizado com mulheres que se submeteram a esta cirurgia num período acima de seis meses de cirurgia. Resultados: as dificuldades estão mais relacionadas com tarefas do dia a dia, como por exemplo, erguer o braço, movimentá-lo em diversas direções, diminuição da força muscular, dor, inchaço e outras dificuldades ficando na dependência de uma segunda pessoa. Além das dificuldades, foram relatadas outras referentes ao emocional: medo, tristeza, choro, medo da cirurgia e da quimioterapia, câncer assusta, ficar sem cabelo, aspecto físico, os remédios engordam, fiquei fria na relação sexual, separação no casamento, depressão e outros. Conclusão: todas elas responderam viver melhor hoje e enxergam a vida diferente, ou seja, pensam mais em si mesmas e valorizam mais a vida.

Palavras-Chave: Neoplasias da mama; Qualidade de vida; Mastectomia radical.

QUALITY OF LIFE IN WOMEN WHO HAVE BREAST SURGERY

ABSTRACT

We studied 20 women with a mean age of 57.7 years old, and 09 with unilateral quadrantectomy type surgery, surgery type quadrantectomy 01 with bilateral and 10 with unilateral radical mastectomy surgery. The overall mean operative time was nine years and eight months (9,8). The study on quality of life was conducted with women who have undergone this surgery over a period of six months after surgery. Results: The difficulties are more related to day to day tasks, such as lifting your arm, move it in different directions, decreased muscle strength, pain, swelling and other difficulties being dependent on another person. Besides the difficulties were reported for the other emotional: fear, sadness, crying, fear of surgery and chemotherapy, cancer scares, going without hair, physical appearance, remedies fat, I was cold in sexual intercourse in marriage separation, depression and other. Conclusion: All of them answered live better today and see life differently, or think more of themselves and appreciate life more.

Key-Words: Breast neoplasms; Quality of life; Mastectomy radical.

CALIDAD DE VIDA DE LAS MUJERES QUE TIENEN LA CIRUGÍA DE MAMA

RESUMEN

Se estudiaron 20 mujeres con una edad media de 57,7 años, y 09 con cirugía unilateral tipo cuadrantectomía, la cirugía de tipo bilateral con cuadrantectomía 01 y 10 con cirugía unilateral mastectomía radical. La media global en el tiempo que hicieron la cirugía fue de nueve años y ocho meses (9,8). El estudio sobre la calidad de vida se llevó a cabo con las mujeres que se han sometido a esta cirugía en un período de seis meses después de la cirugía. Resultados: Las dificultades están más relacionadas con las tareas cotidianas, como levantar el brazo, que se mueven en direcciones diferentes, disminución de la fuerza muscular, el dolor, la hinchazón y otros problemas que son dependientes de otra persona. Además de las dificultades que se registraron para el otro emocional: el miedo, la tristeza, llanto, miedo a la cirugía y la quimioterapia, los riesgos de cáncer, va sin pelo, la apariencia física, los remedios de grasa, tenía frío en las relaciones sexuales en la separación matrimonial, la depresión y otros. Conclusión: Todos respondieron viva una vida mejor y ver la vida de otra manera, o piensan más en sí mismos y apreciar más la vida.

Palabras-Claves: Neoplasias de la mama; calidad de vida; mastectomía radical.

INTRODUÇÃO

O Brasil tem taxas intermediárias de incidência e mortalidade por câncer de mama. Dos 234.870 casos novos de câncer estimados para o sexo feminino em 2008, 49.400 foram para o câncer de mama, com um risco de 50,71 casos a cada 100 mil mulheres brasileiras. Acredita-se que as elevadas taxas de mortalidade sejam pelo fato dessa doença ainda ser diagnosticada em estágios avançados, mesmo considerada de relativo bom prognóstico. Esses dados permitem considerar o câncer de mama como um problema de saúde pública no Brasil.¹

O diagnóstico de câncer de mama é vivenciado como um momento de imensa angústia, sofrimento e ansiedade. Durante o tratamento, a paciente vivencia perdas, por exemplo, físicas e financeiras, e sintomas adversos, tais como: depressão e diminuição da autoestima, sendo necessárias constantes adaptações às mudanças físicas, psicológicas, sociais, familiares e emocionais ocorridas.²

Atualmente, existem várias opções de tratamento para o câncer de mama, e a sobrevivência dessas mulheres tem aumentado devido ao avanço tecnológico para o diagnóstico e o tratamento.³ Ao considerar a alta incidência e a desestruturação que o diagnóstico e o tratamento do câncer de mama acarretam na vida da mulher, maior ênfase tem sido dada às pesquisas de medidas de qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) de mulheres com câncer de mama nos últimos anos.⁴

O câncer de mama é a segunda neoplasia maligna mais freqüente na população feminina no Brasil. O diagnóstico e o tratamento do câncer de mama associam-se a consideráveis repercussões psicológicas. Foram descritos quadros de depressão, ansiedade, ideação suicida, insônia, e medo, que inclui desde o abandono pela família e amigos até o de recidiva e morte. Esse quadro pode contribuir para uma percepção negativa da qualidade de vida (QV).⁵

O câncer de mama é uma das neoplasias mais comuns entre mulheres. O diagnóstico e a terapia antineoplásica determinam repercussões sociais, econômicas, físicas, emocionais/psicológicas e sexuais. Os principais parâmetros empregados na avaliação dos resultados da terapia antineoplásica são a sobrevivência livre de doença e a sobrevivência

global. Mais recentemente, a qualidade de vida (QV) tem sido considerada mais um desses parâmetros. Não existe consenso quanto à definição de QV.⁵

A maioria das definições contempla o aspecto multidimensional e subjetivo da QV. A identificação dos fatores relacionados à QV e a compreensão da forma como esses fatores contribuem para a percepção da QV são motivos de discussão, uma vez que o conceito de QV está diretamente relacionado ao contexto sociocultural em que o indivíduo está inserido. A idade ao diagnóstico, uso de quimioterapia, tipo de cirurgia, sintomas climatérios, relacionamento conjugal e sexualidade são alguns fatores associados à QV de mulheres com câncer de mama. A QV associada a diferentes terapias antineoplásicas pode auxiliar paciente e médicos na escolha da melhor modalidade terapêutica.⁵

A qualidade de vida do sujeito está em grande parte ligada diretamente ao estilo de vida que ele vive, muitas vezes por opção ou então por falta de opção de uma vida melhor, sem julgarmos se ele é feliz ou não. Por exemplo: um sujeito que habita em um local sem as mínimas condições básicas de higiene e saneamento básico, não consome os melhores alimentos e associados a outros fatores, ele não possui uma boa qualidade de vida por falta de opção de uma vida melhor e ser muito feliz. Por outro lado, um sujeito pode possuir todas as condições favoráveis para uma ótima qualidade de vida e ser infeliz. Portanto, consideremos que a qualidade de vida não está diretamente ligada a alocação de recursos e sim do estilo de vida⁶.

Nobre⁷ descreve que a qualidade de vida é um dos principais objetivos que se tem perseguido nos ensaios clínicos atuais. Na pesquisa de novas metodologias para tratamento e prevenção de doenças, surgiu a necessidade de se padronizar a sua avaliação. Para tanto, a ciência médica precisou definir conceitualmente, o que ela entende por qualidade de vida. Esta definição deveria se aplicar a qualquer pessoa que fosse ela fisicamente incapacitada, atleta de elite, operário, escriturário, bailarina, idoso, jovem, entre outros tantos. Da mesma maneira, não poderia ser determinada pelas condições ambientais ou pelo comportamento influenciado pelo meio social em que se vive. Deveria ser definida como algo inerente ao indivíduo, às suas características mais pessoais, tanto nos seus aspectos constitucionais de natureza hereditária, como naqueles

adquiridos durante a vida. Algo que somente o próprio indivíduo pudesse avaliar e informar ao pesquisador, livre do julgamento a partir de valores à saúde e alocação de recursos.

Quanto à qualidade de vida em mulheres com câncer de mama há outros aspectos que podem comprometer a QV e relacionam-se à diminuição da mobilidade e linfedema do membro superior, uso de quimioterapia, sintomas vasomotores, secura vaginal, disfunções sexuais e dificuldades econômicas. A presença de ondas de calor pode comprometer a qualidade e a duração do sono, com conseqüente piora da fadiga e dos sintomas depressivos.⁵

Baider et al.,⁸ e Avis, Crawford e Manuel⁹ relataram que mulheres jovens vivenciam maior estresse emocional, mais dificuldade de adotar uma atitude positiva em face do diagnóstico de câncer de mama e menor habilidade de conviver com os efeitos adversos da terapia antineoplásica. Essas mulheres expressam com maior freqüência preocupações relativas à autoimagem, sexualidade, menopausa e com a perda da fertilidade, necessitando, portanto, de maior suporte psicossocial.

Gupta et al.,¹⁰ relatam que aproximadamente 20 a 30% das mulheres com câncer de mama desenvolvem disfunções sexuais. Essas disfunções podem ocorrer em mulheres tratadas recentemente ou naquelas cujo tratamento terminou há vários anos. A etiologia dessas disfunções não está totalmente compreendida, porém há evidências de que as reações psicológicas ao câncer servem de base para as disfunções sexuais em algumas mulheres. Além das reações psicológicas, outras variáveis podem correlacionar-se às disfunções sexuais, destacando-se o antecedente de quimioterapia, secura vaginal, idade e estado menopausal. O estudo do impacto de cada uma dessas variáveis sobre o funcionamento sexual é difícil, uma vez que a maioria das pacientes é submetida a duas ou mais modalidades terapêuticas.¹¹

Machado e Sawada¹² através de um estudo do tipo exploratório descritivo que objetivou avaliar a qualidade de vida de pacientes com câncer de mama e intestino, no início e três meses após o tratamento quimioterápico. A amostra constou de 21 pacientes atendidos em uma clínica de quimioterapia na cidade de Ribeirão Preto, no período de outubro de

2005 a junho de 2006. Para a análise dos dados, utilizou-se de estatística descritiva e inferencial. Os resultados apontaram uma diminuição nas funções físicas, emocional, cognitiva e social e aumento nos sintomas fadiga, náuseas e vômitos, dor, insônia, perda de apetite, diarreia. Apesar disso, a média da avaliação do estado geral de saúde/qualidade de vida aumentou após os três meses de tratamento, demonstrando que a quimioterapia adjuvante teve um impacto positivo na qualidade de vida.

Sales et al.,¹³ verificaram como as mulheres avaliam a sua qualidade de vida depois que foram informadas sobre o câncer de mama. 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 consequências 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 melhor com isso. Embora tenham relatado algumas mudanças, a maioria avaliou sua qualidade de vida como boa. A avaliação negativa foi mais frequente em pacientes acima de 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.

MATERIAL E MÉTODO

População

Foram estudadas 20 mulheres faixa etária com média de idade 57,7 anos, sendo 9 com cirurgia do tipo quadrantectomia unilateral, 1 com cirurgia tipo quadrantectomia bilateral e 10 com cirurgia mastectomia radical unilateral. A média geral em relação ao tempo que fizeram cirurgia foi nove anos e oito meses (9,8). O estudo sobre a qualidade de vida foi realizado com mulheres que se submeteram a esta cirurgia num período acima de seis meses de cirurgia.

Instrumento

O primeiro contato com as participantes desta pesquisa foi através de um encontro baseado na “roda da conversa livre”, onde cada sujeito tem a liberdade de expressar suas palavras falando sobre sua vida quando soube da enfermidade. Com isso, todas as participantes livremente fizeram exposições através de relatos desde o início quando souberam da enfermidade. Após três encontros “roda da conversa livre” elaboramos o questionário com 12 perguntas abertas e fechadas e submetemos às participantes do grupo para resposta. Optamos por esta metodologia para simplificar o número de perguntas e permanecia o receio de perguntarmos algo que elas não gostariam de responder.

O questionário foi lido e em seguida apresentado as participantes em PowerPoint para redimir possíveis dúvidas, e em seguida distribuído para ser respondido.

Todos os sujeitos participantes da pesquisa assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido de participação da pesquisa. O projeto foi aprovado pelo comitê de ética da Unicamp conforme parecer de nº 984/2010.

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Os questionários foram coletados e em seguida trabalhados os resultados, portanto, eles acham apresentados de forma descritiva conservando a integridade das respostas.

Resultados do questionário considerando as respostas das mulheres participantes da pesquisa:

Média de idade: 57,7 anos

Média geral em relação ao tempo que fizeram cirurgia: nove anos e oito meses (9,8).

Quadrantectomia Unilateral: 09 mulheres

Quadrantectomia Bilateral: 01 mulher

Mastectomia Radical Unilateral: 10 mulheres

Fizeram sessão de fisioterapia após a cirurgia?:

14 mulheres responderam que sim e fizeram as 12 sessões recomendadas pelo SUS.

06 mulheres responderam que não fizeram as 12 sessões de fisioterapia porque naquela época não havia fisioterapia no hospital público de sua cidade.

Sentiu dificuldades em movimentar o braço do lado cirúrgico após a cirurgia?:

19 mulheres responderam que sim.

01 mulher respondeu que não.

Quanto tempo durou esta dificuldade?:

11 mulheres responderam que até hoje.

02 responderam que não.

07 responderam que a dificuldade durou mais de seis anos.

Ainda sente alguma dificuldade em movimentar o braço do lado cirúrgico?:

19 mulheres responderam que sim e relataram as dificuldades: Não conseguem erguer o braço, não conseguem movimentar o braço para cima e para trás, diminuição da força muscular, dor, inchaço e câimbra, não posso estender roupa, não conseguia esfregar roupa, não conseguia pentear os cabelos, não conseguia tomar banho sozinha e nem dormir do lado cirúrgico.

01 mulher respondeu que não sente dificuldade.

Além de dificuldades em movimentar o braço cirúrgico sente alguma outra dificuldade em movimentar o corpo?:

17 mulheres responderam que sim e relataram as dificuldades: dor nas costas, se deitada no chão não consegue levantar sozinha, dor na mão do lado cirúrgico, não consigo dançar em par com os braços esticados, perda de equilíbrio, não consigo levantar o braço em várias direções, dor na coluna, dificuldade em fazer o serviço de casa e outras.

03 mulheres responderam não ter dificuldades.

Esta cirurgia abalou seu emocional? Se sim numa escala de 0 a 10 por ordem crescente.

19 mulheres responderam que sim e as 19 mulheres responderam na escala de 10, ou seja, abalou totalmente. Estas 19 relataram o abalo emocional: medo, tristeza, choro, medo da cirurgia e da quimioterapia, câncer assusta, ficar sem cabelo, aspecto físico, os

remédios engordam, fiquei fria na relação sexual, separação no casamento, depressão e outros.

01 mulher respondeu que não sofreu abalo emocional.

Você considera esta cirurgia agressiva ao corpo e ao emocional?:

20 mulheres responderam que sim.

Anterior aparecer à doença você sofreu algum tipo de trauma ou sentimento em forma de sofrimento que foi difícil de aceitar?:

As 20 mulheres relataram ter sofrido algum tipo de sofrimento e decepção na vida que atingiu muito seu emocional. Tipos de relatos: perda de pessoas (morte e separação no casamento), traição no casamento, acidentes, perdas financeiras, situações de sofrimento que perduraram por muito tempo, violência doméstica, doença na família e outras.

Como você considera sua qualidade de vida hoje? E o que mudou em sua vida após esta cirurgia?:

Respostas da pergunta sobre a qualidade de vida conservada na íntegra de 20 mulheres que fizeram parte da pesquisa:

Sujeito 1: Apesar do acontecido e das dores no corpo, hoje vivo melhor que antes. Mudei meu modo de pensar, agir, de viver. Vivo melhor.

Sujeito 2: Vivo melhor. Pois passei a viver com mais qualidade de vida.

Sujeito 3: Hoje eu me considero melhor. Mudei para melhor, pois aprendi muito com a doença. Procurei viver com mais intensidade a cada dia.

Sujeito 4: Muito melhor que antes. Hoje dou mais valor a vida, aos verdadeiros amigos, família e até as pequenas coisas que antes eu nem notava.

Sujeito 5: Boa. Mudou algumas atitudes. Fico triste por não poder fazer todas as coisas que fazia antes.

Sujeito 6: Hoje vivo melhor que antes em qualidade de vida e penso mais em mim, cuido mais de mim. Hoje eu sou em primeiro lugar.

Sujeito 7: Eu considero normal. Eu tenho mais autoestima.

Sujeito 8: Eu era uma pessoa que só pensava nos outros e hoje eu procuro ter mais tempo para mim e me cuido mais e posso até dizer que sou mais feliz hoje.

Sujeito 9: Por tudo que passei hoje felizmente estou bem. Apesar de estar fazendo quimioterapia e existe câncer na outra mama.

Sujeito 10: Não respondeu.

Sujeito 11: Desmotivação, estresses, cansaço físico e outras.

Sujeito 12: Vejo a vida diferente. Cuido-me mais e melhor.

Sujeito 13: Hoje eu vejo a vida melhor.

Sujeito 14: Hoje eu dou mais valor na vida.

Sujeito 15: Vivo muito bem.

Sujeito 16: Sofri muito. Hoje vivo melhor e aproveito mais a vida.

Sujeito 17: Faço exercícios físicos, me arrumo mais, acho mais tempo para mim.

Sujeito 18: Cuido mais de mim e eu sou em primeiro lugar. Vivo melhor.

Sujeito 19: Dou mais valor na vida e vivo mais para mim.

Sujeito 20: Já chorei muito e fiquei triste. Hoje me arrumo mais e penso mais em mim.

DISCUSSÃO

A agressão emocional que esta doença (câncer) trás para as pessoas, ninguém pode medir e avaliar. Somente quem é acometido por ela pode relatar e dizer o fantasma que o rodeia. Quando uma pessoa fala que está com câncer, a maioria das pessoas já olha com piedade pré julgando a morte da pessoa.¹⁴

Com o câncer de mama não é diferente, muito embora, hoje se descoberta ainda cedo e com os avanços da ciência e tecnologia, e mais, a fé da pessoa, muitas delas são curadas e conseguem ter uma boa qualidade de vida. Ao contrário, se descoberta muito tarde o sofrimento é maior e na maioria das vezes não é curada, se espalhando por outros órgãos.¹⁴

O câncer de mama é o segundo tipo mais frequente no mundo, o câncer de mama é o mais comum entre as mulheres, respondendo por 22% dos casos novos a cada ano. No Brasil o câncer da mama feminina em 2012 registrou 52.680 casos novos com um risco estimado de 52 casos a cada 100 mil mulheres. Estatística do Ministério da Saúde no Brasil aponta que 100% dos casos se submetem a cirurgias, independente do tipo de

cirurgia.¹ Com isso, há milhares de mulheres sofrendo os mesmos sintomas apontados por estas mulheres que participaram da pesquisa, além, de terem músculos lesados e diminuição da amplitude de movimentos das articulações do ombro e acromioclavicular.¹⁴

Quando perguntamos sobre as sessões de fisioterapia, 14 delas responderam que fizeram as 12 sessões preconizadas pelo SUS, outras 06 responderam que não, pois não havia fisioterapia nos hospitais públicos da cidade de residência. A média geral em relação ao tempo que fizeram cirurgia foi nove anos e oito meses (9,8). Pelo tempo nos reportamos em meados de 2003 e ainda em muitos hospitais públicos não contava com o serviço de fisioterapia. Pergunta: será que hoje temos este serviço gratuito?

Quanto às dificuldades em movimentar o braço do lado cirúrgico após a cirurgia, 19 mulheres responderam que sim e 11 responderam que estas dificuldades duram até hoje e sete responderam que duraram em média mais de seis anos.

Speer et al.,¹¹ relatam que a imagem corporal de sobreviventes de câncer de mama está significativamente relacionada à depressão. Quando as mulheres estão depressivas tendem a ter imagem negativa de seus corpos e, neste caso, estão mais insatisfeitas sexualmente. Por outro lado, as mulheres com melhor imagem corporal estão mais satisfeitas sexualmente.

As dificuldades estão mais relacionadas com tarefas do dia a dia, como por exemplo, erguer o braço, movimentá-lo em diversas direções, diminuição da força muscular, dor, inchaço e outras criando dependência de uma segunda pessoa. Quando nosso corpo é afetado por uma dor contínua, nosso humor muda se tornando cíclico, ora se está bem, ora não. Foi verificado através das respostas que 17 mulheres responderam que além de dificuldades de movimentar o braço cirúrgico, permanecem outras como, por exemplo: dor nas costas, dor na mão do lado cirúrgico, perda de equilíbrio, dor na coluna e outras.

Ganz et al.,¹⁵ em estudo com mulheres que tiveram câncer de relataram: suores noturnos, corrimento vaginal. Os sintomas de secura vaginal e incontinência urinária

aumentaram. A atividade sexual com parceiro diminuiu de forma estatisticamente significativa entre as duas avaliações (de 65% para 55%, $P = 0,001$).

Sobreviventes sem terapia adjuvante sistêmica passado teve uma melhor qualidade de vida do que aqueles que receberam tratamento adjuvante sistêmico (quimioterapia, tamoxifeno, ou os dois juntos). Relataram também, sentir dor no corpo, isolamento social, agravo geral a saúde. Em uma análise multivariada, a quimioterapia passada foi um preditor significativo de uma QV mais pobre atual.

Nós perguntamos numa escala de 0 a 10 sobre o abalo emocional causado pela cirurgia. Dezenove (19) mulheres responderam que abalou totalmente. Estas relataram o abalo emocional se relacionou com o medo, tristeza, choro, medo da cirurgia e da quimioterapia, câncer assusta, ficar sem cabelo, aspecto físico, os remédios engordam, fiquei fria na relação sexual, separação no casamento, depressão e outros. Uma (01) mulher respondeu que não sofreu abalo emocional. Em contato com elas, relataram que o emocional infelizmente é uma das partes menos valorizadas no “quadro clínico”. Faz-se a cirurgia, dois a três dias depois são enviadas para a casa e não existe nenhum acompanhamento psicológico para dar suporte. Ainda relataram as dificuldades encontradas quando são submetidas à perícia médica sobre o descaso para com elas e as situações de preconceitos que são tratadas.

Outra pergunta importante no questionário foi em relação a algum tipo de trauma ou sentimento sofrido anterior ao aparecimento da doença. Todas as mulheres (20) responderam ter sofrido algum tipo de sofrimento e decepção na vida. As respostas que mais apareceram foi em relação à perda de pessoas, traições no casamento e separação e situações de sofrimento que perduraram por muito tempo. Não podemos afirmar que um dos itens apontados seria o preditor da referida doença, porém, parece-nos que o sofrimento e a decepções na vida, aquelas que não sabemos como lidar bem com elas, contribuem também para uma situação de doença. Não podemos afirmar que todas as mulheres que sofreram algum tipo de perdas e que foram traídas em seu casamento serão acometidas com câncer de mama, porém, sabemos que qualquer tipo de sofrimento e situações que não sabemos lidar, leva o ser humano a depressão, tristeza,

mágoa, ódio, ressentimentos e outros. Sentimentos estes que fazem mal para a alma e o coração.

Kathleen et al.,¹⁶ estudaram 472 mulheres com câncer de mama e ginecológico e encontraram: vinte e quatro por cento das mulheres relataram níveis moderados a graves de transtorno depressivo (30% dos pacientes com câncer de mama e 17% dos pacientes com câncer ginecológico). Apenas 12% dos critérios de mulheres de reuniões para depressão maior relataram a receber medicamentos para a depressão, e apenas 5% das mulheres relataram ter visto um conselheiro ou participar de um grupo de apoio ao câncer. Diagnóstico primário de câncer de mama em idade mais jovem relatou ter piorado a parte social e familiar, ansiedade, artrite comorbidade, e os temores sobre os efeitos colaterais do tratamento foram correlacionados com depressão. Os resultados indicam que a conclusão transtorno depressivo entre minorias étnicas, mulheres de baixa renda com câncer de mama ou ginecológico é prevalente e está correlacionada com a dor, ansiedade e saúde de qualidade de vida. Porque estas mulheres não são susceptíveis de receber tratamento da depressão ou aconselhamento de apoio, existe uma necessidade para despistagem de rotina, avaliação e tratamento nesta população.

A última pergunta do questionário foi sobre a qualidade de vida das mulheres. As respostas estão na íntegra e podemos verificar que 19 mulheres responderam viver mais intensamente e acham que vivem melhor hoje, passou dar mais valor a vida, pensa mais em si própria, maior autoestima, depois do acometimento da doença. Considerando qualidade de vida, a literatura aponta que as práticas de atividades físicas apenas uma respondeu fazer exercícios físicos. Holmes et al.,¹⁷ relatam que mulheres com câncer de mama que praticaram exercícios físicos equivalentes a andar 1 hora ou mais por semana tiveram sobrevivência mais longa, comparadas àquelas que se exercitaram menos ou que não se exercitaram. Existem razões para acreditar que atividade física pode prolongar a sobrevivência de mulheres com câncer de mama. A atividade física foi associada a níveis mais baixos de hormônios ovarianos circulantes, que podem explicar a relação entre atividade física e o câncer de mama. Níveis mais baixos de estrogênio entre mulheres fisicamente ativas, portadoras do câncer de mama, podem melhorar a sobrevivência, embora existam poucos elementos para sustentar essa hipótese.

CONCLUSÕES

A atividade física após um diagnóstico de câncer de mama pode reduzir o risco de morte por esta doença. O maior benefício ocorreu em mulheres que realizaram o equivalente a caminhar de 3 a 5 horas por semana a um ritmo médio, com pouca evidência de uma correlação entre o aumento do benefício e maior gasto de energia. Mulheres com câncer de mama que seguem as recomendações de atividades físicas nos EUA pode melhorar a sua sobrevivência. Apenas uma mulher respondeu estar desmotivada, estressada, cansada fisicamente entre outras.

Entretanto, Sales et al.,¹³ em relação a qualidade de vida as participantes da pesquisa relataram que o tratamento e suas consequências foram relacionados à diminuição ou término das atividades de lazer, de atividades domésticas e trabalho remunerado. Embora tenham relatado algumas mudanças, a maioria avaliou sua qualidade de vida como boa. A avaliação negativa foi mais frequente em pacientes acima de 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. Ainda, Machado e Sawada¹² através dos resultados as participantes apontaram diminuição nas funções físicas, emocional, cognitiva e social, porém, quanto ao estado geral de saúde/qualidade de vida aumentou após os três meses de tratamento, demonstrando que a quimioterapia adjuvante teve um impacto positivo na qualidade de vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É fato que esta doença causa várias consequências em relação a qualidade de vida das mulheres acometidas com câncer de mama. A agressão que esta doença causa no emocional das pessoas já é uma doença. “O corpo fala”. As limitações com os movimentos em relação à biomecânica corporal, especificamente a articulação do ombro mostrou as dificuldades encontradas por elas nas realizações das tarefas do dia a dia. A coluna vertebral também se comunica cinesiologicamente falando, com as consequências da cirurgia e inicia um processo de trauma e dor. As sessões de fisioterapia (12) são insuficientes para prepará-las para o ambiente de realizações de tarefas no dia a dia. As 20 mulheres relataram ter sofrido algum tipo de sofrimento e

decepção na vida que atingiu muito o emocional. Todas elas responderam viver melhor hoje e enxergam a vida diferente, ou seja, pensam mais em si mesmas e valorizam mais a vida.

AGRADECIMENTO

Agradeço todas as mulheres maravilhosas e corajosas do Grupo VIVERVIDA que contribuíram para com este estudo com tanto carinho e de coração aberto para as nossas conversas e diálogo.

REFERÊNCIAS

¹INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). **Estimativa 2008**: incidência de câncer no Brasil. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=1793>. Acesso em 18 de jan. 2013.

²VENÂNCIO, J. L. Importância da atuação do psicólogo no tratamento de mulheres com câncer de mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 50, n. 1, p. 55-63, 2004.

³ENGEL, J. et al. Quality of life following breast-conserving therapy or mastectomy: results of a 5-year prospective study. **Breast Journal**, Malden, v. 10, n. 3, p. 223-231, 2004.

⁴GOODWIN, P. J. et al. Health-related quality-of-life measurement in randomized clinical trials in breast cancer-taking stock. **Journal of National Cancer Institute**, Bethesda, v. 95, n. 4, p. 263-281, 2003.

⁵Conde, D. M. et al. Qualidade de vida de mulheres com câncer de mama. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 195-204, 2006.

⁶BANKOFF, A. D. P. et al. Programa de convivência e atividade física na Unicamp: responsabilidade social em ação. In: VILARTA, R. (Org.). **Qualidade de vida e fadiga institucional**. Campinas: Prisma Printer Gráfica e Editora Ltda., p. 151-169, 2006.

⁷NOBRE, M. R. C. Qualidade de vida. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, São Paulo, v. 64, n. 4, p. 299-300, 1995.

⁸BAIDER, L. et al. Effects of age on coping and psychological distress in women diagnosed with breast cancer: review of literature and analysis of two different geographical settings. **Critical Reviews in Oncology/Hematology**, Boca Raton, v. 46, n. 1, p. 5-16, 2003.

⁹AVIS, N. E.; CRAWFORD, S.; MANUEL, J. Quality of life among younger women with breast cancer. **Journal of Clinical Oncology**, Alexandria, v. 23, n. 15, p. 3322-3330, 2005.

¹⁰GUPTA, P. et al. Menopausal symptoms in women treated for breast cancer: the prevalence and severity of symptoms and their perceived effects on quality of life. **Climacteric: the journal of the International Menopause Society**, England, v. 9, n. 1, p. 49-58, 2006.

¹¹SPEER, J. J. et al. Study of sexual functioning determinants in breast cancer survivors. **Breast Journal**, Malden, v. 11, n. 6, p. 440-447, 2005.

¹²MACHADO, S. M.; SAWADA, N. O. Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico adjuvante. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 750-757, 2008.

¹³SALES, C. A. C. et al. Qualidade de vida de mulheres tratadas de câncer de mama: funcionamento social. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 3, p. 263-272, 2010.

¹⁴BANKOFF, A. D. P. Kinesiologic study of shoulder joints and acromioclavicular joint in women undergoing unilateral breast surgery of the type mastectomy and quadrantectomy. **Surgery**, New York, v. 2, n. 2, p. 2012.

¹⁵GANZ, P. A. et al. Quality of life in long-term, disease-free survivors of breast cancer: a follow-up study. **Journal of National Cancer Institute**, Bethesda, v. 94, n. 1, p. 39-49, 2002.

¹⁶KATHLEEN, W. S. et al. Quality of life in long term breast cancer and gynecology survivors treated with breast conserving therapy: impact of age at therapy. **Breast Cancer Research and Treatment**, Holand, v. 92, n. 3, p. 217-222, 2005.

¹⁷HOLMES, M. D. et al. Physical activity and survival after breast cancer diagnosis . **JAMA: the Journal of the American Medical Association**, v. 293, n. 20, p. 2479-2486, 2005.

Recebido em: 17 jul. 2013
Aceito em: 13 fev. 2014
Antonia Dalla Pria Bankoff
dallabankoff@bol.com.br