

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA:
CIÊNCIAS MÉDICAS

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE
MULHERES MASTECTOMIZADAS

Angela Mari Nogueira Ferraz

Orientadora: Profa. Dra. Mary Clarisse Bozzetti

Dissertação de Mestrado

2009

Angela Mari Nogueira Ferraz

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE
MULHERES MASTECTOMIZADAS**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre, sob orientação da Profa. Dra. Mary Clarisse Bozzetti

2009

AGRADECIMENTOS

Muitas pessoas contribuíram, de uma maneira ou de outra, para a realização desta pesquisa.

Gostaria, simplesmente, de agradecer a todos que ajudaram a desenvolver este trabalho.

Entre elas, às pacientes atendidas no Ambulatório de Especialidades Médicas do Serviço de Mastologia do Hospital São Vicente de Paulo, à equipe de enfermagem da radiologia e quimioterapia do mesmo hospital, ao médico mastologista Leandro Pacheco, que se mostrou disponível para encaminhar as suas pacientes, às integrantes do Grupo de Apoio às Mulheres com Câncer de Mama.

Também agradeço à amiga e colega de profissão, psicóloga
Luíza Zuffo por sua contribuição.

Algumas pessoas, no entanto, fizeram contribuições especialmente significativas ou constantes, e a elas eu gostaria de agradecer especificamente. Aos meus pais, Vítor e Neila, que me encorajaram e me deram total apoio, em todas as etapas deste trabalho. Aos meus filhos, Flávia e Augusto, que tiveram compreensão quando eu tinha que me ausentar para a realização desta pesquisa.

Também agradeço à Dra. professora Sandra Fuchs, pela contribuição na realização do projeto e à minha orientadora, Dra. Mary Clarisse Bozzetti, pela compreensão, orientação e colaboração.

Dedico este trabalho a minha mãe Neila,
que também foi acometida por câncer de mama e
suportou todas as etapas do tratamento,
sendo paciente, colaboradora e persistente.

Ela foi a pessoa que me inspirou a realizar esta pesquisa.
Hoje, ela se encontra bem, vivendo com qualidade de vida,
apoiando outras pessoas, brincando com os seus netos,
graças ao avanço da medicina e sua interminável coragem
de nunca desistir da vida.

“...tudo vale a pena quando a alma não é pequena...”

Fernando Pessoa

RESUMO

O câncer de mama causa alterações no universo biológico e social das mulheres e a remoção da mama pode resultar em sérios danos. Após mastectomia, as mulheres podem apresentar dificuldades em sua vida profissional, social, familiar e sexual. O presente estudo tem como objetivo estudar a qualidade de vida em mulheres com câncer de mama submetidas a mastectomia radical (uni ou bilateral) e/ou quadrantectomia. Um estudo transversal arrolou 60 mulheres com câncer de mama submetidas a mastectomia radical e/ou quadrantectomia residentes no sul do Brasil no ano de 2007. A qualidade de vida foi medida através do *WHOQOL Bref* e relacionada a variáveis sociodemográficas e variáveis relacionadas ao plano de saúde utilizado pela mulher. Regressão linear múltipla foi utilizada para identificar os fatores independentemente associados com qualidade de vida. Os resultados observados sugerem que a qualidade de vida de mulheres que realizaram mastectomia esta associada ao trabalho, vida sexual, alterações do sono, renda familiar e a percepção de saúde no momento da entrevista. O tipo de mastectomia, se radical e/ou quadrantectomia apresentou uma significância limítrofe com o domínio de relações sociais, porem não com outros domínios. Concluindo, o resultado do presente estudo sugere que a qualidade de vida parece ser afetada por fatores sociais, vida sexual e pela intensidade de sintomas psiquiátricos, em especial a depressão. Estes achados podem contribuir para um melhor entendimento de aspectos relacionados com a vida de mulheres submetidas a mastectomia, auxiliando no acompanhamento e no manejo dessas pacientes.

Palavras-chave: câncer de mama, mastectomia, qualidade de vida

LISTA DE TABELAS

Tabelas do Artigo em Português

Tabela 1. Características da população estudada.....	37
Tabela 2. Distribuição das médias, desvios-padrão da média e amplitude dos escores do questionário de qualidade de vida (WHOQOL-BREVE).....	38
Tabela 3. Distribuição das características populacionais sócio-demográficas e os escores médios de qualidade de vida.....	39
Tabela 4. Distribuição das características clínicas e epidemiológicas e os escores de qualidade de vida.....	40

Tabelas do Artigo em Inglês

Table 1. Characteristics of the studied population.....	51
Table 2. Mean, standard deviation and range of the scores of quality of life (WHOQOL-BREF).....	52
Table 3. Distribution of the mean scores of life according to population characteristics.....	53
Table 4. Distribution of the mean scores of quality of life according to clinical and epidemiological characteristics.....	54

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	09
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	12
2.1 Câncer de mama.....	12
2.2 Tratamento para o câncer de mama.....	14
2.3 Qualidade de Vida.....	15
3 JUSTIFICATIVA.....	20
4 OBJETIVOS.....	21
4.1 Geral.....	21
4.2 Específicos.....	21
5 REFERÊNCIAS DA REVISÃO DA LITERATURA.....	22
6 ARTIGO CIENTÍFICO EM PORTUGUÊS.....	26
7 ARTIGO CIENTÍFICO EM INGLÊS.....	41
8 CONSIDERAÇÕES GERAIS.....	55
9 ANEXOS.....	57

1 INTRODUÇÃO

O câncer de mama é provavelmente o tipo de câncer mais temido entre as mulheres, em decorrência de sua elevada frequência, mas também pelos seus efeitos psicológicos, que afetam não somente a percepção da sexualidade, mas também a própria imagem pessoal. Este tipo de câncer é relativamente raro antes dos 35 anos de idade, mas acima desta faixa etária sua incidência cresce rápida e progressivamente⁽¹⁾.

É o segundo tipo de câncer mais freqüente no mundo e o mais comum entre as mulheres. A cada ano, em torno de 22% dos casos novos de câncer em mulheres são de mama. Este câncer é uma das principais causas de morte em mulheres em países ocidentais. O aumento de sua frequência se dá tanto nos países desenvolvidos quanto nos países em desenvolvimento. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), nas décadas de 60 e 70 registrou-se um aumento de 10 vezes nas taxas de incidência ajustadas por idade nos Registros de Câncer de Base Populacional de diversos continentes⁽²⁾. No Brasil, o número de casos novos de câncer de mama esperados para 2008 foi de 49.400, com um risco estimado de 51 casos a cada 100 mil mulheres¹. Além disso, este câncer representa a maior causa de mortalidade por câncer no sexo feminino, sendo mais incidente na região sudeste e sul do País. Na região Sudeste, o câncer de mama é o mais incidente entre as mulheres com um risco estimado de 68 casos novos por 100 mil. Sem considerar os tumores de pele não melanoma, este tipo de câncer também é o mais freqüente nas mulheres das regiões Sul (67/100.000), Centro-Oeste (38/100.000) e Nordeste (28/100.000). Na região Norte, é o segundo tumor mais incidente (16/100.000)⁽¹⁾ e o conhecimento da etiologia e tratamento da doença é de fundamental importância para a saúde pública e de grande interesse para os profissionais da saúde em diversas especialidades⁽³⁾. Dados da literatura indicam que a neoplasia de mama é resultado da interação de fatores genéticos com estilo de vida, hábitos reprodutivos e fatores ambientais⁽⁴⁾.

Em relação ao tratamento desta patologia, houve uma evolução nos últimos 20 anos, onde as cirurgias são menos radicais e a terapêutica complementar, como a radioterapia, quimioterapia e hormonioterapia têm uma abordagem equilibrada no que diz respeito à dose, efeitos secundários e eficácia do tratamento⁽⁵⁾. Entre os métodos mais utilizados para o câncer de mama, está a mastectomia, uma cirurgia mutiladora que visa remover todo o tumor visível e que pode ter como consequência problemas físicos e psicológicos⁽⁶⁾. A resposta à mutilação

é individual e pode estar relacionada a fatores como idade, auto-imagem, estado emocional e situação sócio-econômica. Como em qualquer mutilação, a mastectomia requer, além dos cuidados próprios da cirurgia, apoio emocional, objetivando uma melhor compreensão, interação, adaptação e aceitação da auto-imagem⁽⁵⁾.

A mulher, ao receber o diagnóstico de câncer de mama, começa a enfrentar um momento difícil em sua vida, passando por três etapas diferentes e complexas: (i) primeiramente, o fato de estar com câncer, palavra carregada de sentimento negativo em nossa sociedade; (ii) em segundo lugar, ter que realizar um tratamento longo e agressivo, muitas vezes, com a necessidade de retirada parcial ou total da mama; e (iii) em terceiro lugar, passar pelo processo de aceitação de um corpo “marcado” e conviver com esta imagem⁽⁵⁾.

Alguns autores ressaltam que as mamas, além de desempenharem um importante papel fisiológico em todas as fases do desenvolvimento feminino, desde a puberdade até a idade adulta, também representam em nossa cultura um símbolo de identificação da mulher sua feminilidade, expressas pelo erotismo, sensualidade e sexualidade⁽⁶⁾. Além disso, esta tem a função primordial de nutrir, alimentar ou, em outras palavras, proporcionar vida. Portanto, entende-se que o peso de uma doença mamária que geralmente tem tratamento mutilador, implica em uma grande carga emocional para a paciente, seu parceiro, seus familiares e amigos⁽⁷⁾. Outros investigadores⁽⁸⁾ ressaltam que o câncer de mama representa uma ameaça em vários níveis, e, que os efeitos deletérios dessa doença (o medo da morte, da rejeição, de ser estigmatizada, da mutilação, da recidiva, dos efeitos da quimioterapia, incerteza quanto ao futuro e outros) têm preocupado os profissionais da saúde envolvidos com a qualidade de vida dessas pacientes. Estudos como o de Geiger et al⁽⁹⁾, que têm como enfoque principal o estado psicológico das mulheres, têm utilizado a Teoria das Estratégias de Enfrentamento ou *coping*. Esta é definida como um processo dinâmico em que o próprio indivíduo desenvolve habilidades para lidar com determinadas situações que lhe sejam ameaçadoras. Dessa forma, esses estudos propõem-se a compreender as estratégias cognitivas, afetivas e comportamentais utilizadas pelas mulheres mastectomizadas para enfrentar as exigências que a doença lhes impõe⁽⁹⁾.

Giese-Davis et al (2002) definem *coping* ou enfrentamento, como a capacidade de ter equilíbrio emocional e ou habilidade para regular as emoções de forma apropriada, num determinado contexto⁽¹⁰⁾. As mulheres com câncer de mama parecem preencher critérios para distúrbios de humor após o diagnóstico da doença⁽¹¹⁾, o que ocorre, geralmente, entre o segundo e o sexto mês após o diagnóstico. Também, nas últimas duas décadas, mulheres que residem em comunidades rurais apresentaram uma elevada prevalência de desordens afetivas

⁽¹¹⁾, sendo que as que tiveram câncer de mama possuem um maior risco para distúrbios de humor quando elas mesmas se percebem com uma baixa auto-estima e por terem sido expostas a uma série de eventos estressantes ao longo da vida. Assim, o próprio diagnóstico e tratamento da doença podem ser eventos estressantes e com um impacto significativo no humor e na qualidade de vida destas mulheres⁽¹¹⁾.

Ainda em relação ao *coping* ou enfrentamento da doença, têm-se observado que a mulher mais jovem, ao receber o diagnóstico de câncer de mama, enfrenta de forma mais dolorosa a gravidade da doença e o medo da morte do que as mulheres mais velhas. O fato de que mulheres com mais idade possam estar em uma fase mais estável e mais preparadas para lidar com a possibilidade da morte poderiam justificar este achado⁽¹²⁾.

O câncer de mama provoca alterações no universo biopsicossocial da mulher acometida e a retirada da mama pode ocasionar vários danos. Após a mastectomia, a mulher pode vir a apresentar uma série de dificuldades ao reassumir sua vida profissional, social, familiar e sexual⁽¹³⁾. Conhecer um pouco da realidade das mulheres em nosso meio, neste contexto, poderá ser útil para pensar e desenvolver estratégias que possam contribuir para melhorar a oferta em termos de atenção à saúde em mulheres com câncer de mama⁽¹³⁾.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Câncer de mama

O câncer de mama é a segunda neoplasia maligna mais freqüente no mundo, sendo que milhões de dólares são gastos anualmente em função desta doença⁽¹⁾.

Um número significativo de casos ocorre em mulheres com faixa etária entre 40 e 60 anos de idade, ou seja, mulheres em idade produtiva e que se encontram no climatério⁽¹⁴⁾. Este tipo de câncer de mama é o mais comum nas mulheres (com exceção dos tumores de pele) e a segunda causa de morte por câncer em mulheres⁽¹⁾. Os fatores de risco relacionados a este câncer, como os da 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⁽¹⁾. A idade também continua sendo um dos mais importantes fatores de risco, sendo que as taxas de incidência aumentam rapidamente até os 50 anos, e posteriormente o mesmo ocorre de forma mais lenta. Essa mudança no comportamento da taxa é conhecida na literatura como "*Clemmesen's hook*", e tem sido atribuída à menopausa. Alguns estudos apontam para dois tipos de câncer de mama relacionados com a idade: (i) o primeiro tipo ocorre no período pré-menopausa e é caracterizado por ser mais agressivo e receptor de estrogênio (ER) negativo; (ii) o segundo ocorre na pós-menopausa e está associado com características indolentes e principalmente por ser ER positivo. As variações morfológicas também estão relacionadas ao ER, como por exemplo, os carcinomas medulares em ER-negativos e os carcinomas tubulares e lobulares em ER-positivos⁽¹⁵⁾. Com relação aos carcinomas medulares, pode-se dizer ainda que eles estão associados às mutações no gene *BRCA1* e são mais freqüentes em populações de baixo risco, como as japonesas. Por outro lado, os carcinomas tubulares e lobulares têm associação com as mutações do gene *BRCA2* e são mais comum em populações de alto risco, como as mulheres dos Estados Unidos⁽¹⁶⁾.

Uma prevenção primária dessa neoplasia ainda não é totalmente possível em decorrência da variação dos fatores de risco e das características genéticas que estão envolvidas em sua etiologia. Novas estratégias de rastreamento factíveis para países em desenvolvimento têm sido estudadas, sendo que até a presente data, a mamografia é

recomendada para mulheres com idade entre 50 e 69 anos como método efetivo para uma detecção precoce do tumor. A sensibilidade varia de 46% a 88% e depende de fatores tais como: tamanho e localização da lesão, densidade do tecido mamário (mulheres mais jovens apresentam mamas mais densas), qualidade dos recursos técnicos e habilidade de interpretação do radiologista. A especificidade varia entre 82%, e 99% e é igualmente dependente da qualidade do exame. Os resultados de ensaios clínicos randomizados⁽¹⁷⁾ que comparam a mortalidade em mulheres convidadas para rastreamento mamográfico com mulheres não submetidas a nenhuma intervenção são favoráveis ao uso da mamografia como método de detecção precoce capaz de reduzir a mortalidade por câncer de mama. As conclusões de estudos de meta-análise indicam que os benefícios do uso da mamografia se referem, principalmente, a cerca de 30% de diminuição da mortalidade em mulheres acima dos 50 anos, depois de sete a nove anos de implementação de ações organizadas de rastreamento⁽¹⁷⁾.

No Brasil, o Ministério da Saúde recomenda, como principais estratégias de rastreamento populacional deste câncer, um exame mamográfico pelo menos a cada dois anos, para mulheres de 50 a 69 anos e o exame clínico anual das mamas, para mulheres de 40 a 49 anos. O exame clínico da mama deve ser realizado em todas as mulheres que procuram o serviço de saúde, independente da faixa etária, como parte do atendimento à saúde da mulher. Para mulheres de grupos populacionais considerados de risco elevado para câncer de mama (com história familiar de câncer de mama em parentes de primeiro grau) é recomendado o exame clínico da mama e a mamografia, anualmente, a partir de 35 anos⁽¹⁷⁾.

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%. E, mesmo quando o diagnóstico não é precoce, novas terapias têm possibilitado muitas mulheres viver com a doença e apresentarem boa qualidade de vida⁽¹⁸⁾.

No entanto, o câncer de mama continua sendo um problema de saúde pública mundial. É uma doença de causa e cura desconhecidas e sem limites. Como um inimigo silencioso, o câncer de mama se apresenta por si só numa variedade de formas e tipos e invade diferentes locais e se manifesta em diferentes momentos. Assim, o câncer de mama não é somente uma doença sistêmica que acarreta importante prejuízo físico, mas está também associado com significativos problemas psicossociais. A doença desempenha importante papel na sexualidade e auto-imagem da mulher. Para muitas mulheres, a perda da mama em função do

câncer, paralelamente representa a perda da identidade sexual⁽¹⁹⁾. O câncer de mama está longe de ser visto apenas como uma doença que requer cirurgia como única alternativa de tratamento. O tumor maligno de mama é uma doença sistêmica heterogênea e requer a atenção de uma equipe multidisciplinar com técnicos capazes e interessados em promover cuidados com a saúde e, que acreditam em um trabalho conjunto para cuidar de pacientes com esta patologia⁽¹⁹⁾.

2.2 Tratamento para o câncer de mama

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer no Brasil (INCA), 60% dos tumores de mama são diagnosticados já em estágio avançado, o que diminui bastante a sobrevida⁽¹⁾. A avaliação microscópica do material (anátomo-patológico) e os exames para o estadiamento do tumor direcionam a conduta terapêutica a ser instituída.

No final do século XIX, uma técnica inovadora de remoção cirúrgica foi iniciada, como sendo muito promissora para a cura para o câncer de mama. Esta técnica, denominada mastectomia radical, consiste na retirada total da mama afetada pelo câncer e, por ser considerado um tratamento cirúrgico e traumático para a mulher, atualmente vêm sendo substituído por outras cirurgias que evitam a mutilação. Essas inovações contribuíram para que a mastectomia não representasse a única forma de tratamento para o câncer de mama, dando lugar a cirurgias que preservem o corpo da mulher, como a quadrantectomia e lumpectomia⁽¹⁰⁾. Além disso, mesmo com a retirada da mama, há atualmente a possibilidade da reconstrução da mesma com a utilização de silicone ou a partir da retirada do tecido do abdômen. A reconstrução da mama, neste sentido, representa uma possibilidade de reabilitação bastante atual para as mulheres que necessitam realizar a mastectomia radical. Essa reconstrução dependerá de vários aspectos que vão desde o peso, altura, idade da mulher, bem como tratamento prévio ou complementar com radioterapia, o estado de saúde e outras cirurgias que esta já tenha realizado^(20, 21).

Existem várias abordagens cirúrgicas para o câncer de mama, porém a mais freqüente é a mastectomia radical modificada tipo Madden. Esta cirurgia consiste na extirpação da mama com conservação dos músculos peitorais, esvaziamento axilar e está indicada para tumores maiores que 3 cm não fixados à musculatura. Estes autores afirmam ainda, que é imprescindível uma abordagem interdisciplinar dessas pacientes mastectomizadas, pois o

objetivo é a recuperação do câncer, incluindo a reabilitação global, no sentido físico, emocional, psicológico, social e profissional^(21, 22).

O tratamento para o câncer de mama é sempre individual, avaliando a doença do paciente e sua situação pessoal. No caso da doença estar em estágio precoce, o objetivo inicial é retirar todo o tumor visível, utilizando-se a cirurgia para este fim. A seguir, a meta seria a redução do risco de recorrência da doença, tentando eliminar qualquer célula cancerosa que possa ter permanecido. Assim, a radioterapia, a quimioterapia ou a terapia hormonal poderiam ser utilizadas nesta fase, dependendo da indicação em cada caso^(22,23). Mesmo quando o diagnóstico de câncer de mama não é tão precoce, as formas de tratamento, como as novas terapias têm possibilitado muitas mulheres de viver com a doença e apresentar uma boa qualidade de vida⁽¹⁸⁾. Enfim, o câncer de mama é visto como um potencial estressor e provoca uma série de transformações na vida, tanto da mulher acometida quanto dos familiares, pois além do medo da morte que a doença provoca, há também a possibilidade da mutilação da mama, que é um símbolo importante de feminilidade, sexualidade, erotismo e maternidade⁽²⁴⁾.

2. 3 Qualidade de Vida

Cada vez mais tem sido estudada a qualidade de vida em pacientes com câncer, e há interesse crescente em se incluir formas de sua mensuração em testes ou em julgamentos clínicos. A Organização Mundial da Saúde definiu pela primeira vez em 1947, qualidade de vida como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente como a ausência de doença ou enfermidade”. Assim, a qualidade de vida deve ser considerada durante todas as fases do tratamento de um paciente com câncer. De fato, todos os sintomas e problemas próprios ao câncer e ao seu tratamento podem afetá-la, tais como limitações na atividade diária, toxicidade advinda da quimioterapia e perda da auto-estima. Muitos pacientes ainda experimentam mudança de status no seu emprego, nas relações sociais, na sua capacidade física e no seu papel dentro da família⁽¹⁹⁾.

Outro estudo⁽⁶⁾ sugere que a qualidade de vida deve ser avaliada do ponto de vista do paciente: “Qualidade de vida se refere à apreciação do paciente e sua satisfação com o nível de funcionamento, comparado com o que ele percebe como sendo possível ou ideal”. E, que a

qualidade de vida global inclui os funcionamentos físico, psicológico, social, sexual e espiritual⁽⁶⁾.

Em geral, os achados sugerem que médicos tendem a subestimar a incapacidade funcional, a gravidade dos sintomas, as aflições psicológicas e morbidades psiquiátricas entre seus pacientes^(14, 15, 25, 26). Assim, o uso de questionários que avaliam qualidade de vida tem sido uma maneira de mensurar este problema, na tentativa de auxiliar os profissionais de saúde a conhecerem as necessidades funcionais, psicológicas e sociais de seus pacientes. O diagnóstico e o tratamento do câncer de mama podem afetar de maneira muito singular os vários domínios de qualidade de vida, envolvendo desde o bem-estar psicológico, sexual e físico⁽¹⁶⁾.

A mensuração da qualidade de vida é incluída em muitos estudos como um parâmetro para comparar diferentes tratamentos para o câncer de mama⁽¹⁸⁾. Com o uso difundido da mamografia, aumentou o número de mulheres cujo câncer da mama é detectado em sua fase inicial com início precoce do tratamento, levando a melhores taxas de sobrevivência. Entretanto, a qualidade dessa sobrevivência pode ser afetada de forma significativa pela doença e seu tratamento. Por outro lado, para doença metastática, a terapia atual não é curativa. Nessas circunstâncias, a qualidade de vida de uma paciente deve ser tão importante quanto à duração da sobrevivência⁽¹⁸⁾. Em estudos^(25,26,27,28) que têm avaliado a qualidade de vida de mulheres tratadas por câncer de mama, investigadores observaram que as mulheres com câncer tiveram uma avaliação insatisfatória em relação à mama e à satisfação sexual, bem como relataram uma diferença no funcionamento sexual de mulheres jovens com câncer de mama que tiveram menopausa precoce em consequência da quimioterapia. Além disso, autores^(27,28) também relataram que ao avaliarem a qualidade de vida após a mastectomia radical ou quadrantectomia, identificaram a imagem corporal como o indicador da melhor qualidade de vida das mulheres que conservaram suas mamas. E, observaram que mulheres com metástase axilar apresentaram uma piora física, como fadiga, dor, dormência e pior adaptação ao trabalho. Também foi verificada uma maior descontinuidade no relacionamento sexual de mulheres na faixa dos 48 aos 69 anos⁽²⁷⁾. Em relação ao funcionamento social e qualidade de vida, observaram que o relacionamento social e familiar parece não ter mudado para mais da metade das mulheres sujeitos de pesquisa (60%) após o diagnóstico e tratamento^(26,27,28). As demais (40%) relataram mudanças tanto negativas quanto positivas. A atenção das pessoas foi relatada como aspecto positivo. Já as mudanças negativas estavam relacionadas tanto a dificuldades da paciente (depressão, isolamento, vergonha, diminuição do prazer sexual) quanto ao comportamento das outras pessoas (distanciamento, curiosidade, discriminação)

(26,28). Quanto ao lazer, verificou-se um aumento de atividades de lazer relatado por 16% das mulheres. Ainda, 14% reduziram estas atividades e 18% desistiram de realizar qualquer atividade. As atividades de lazer relatadas pelas mulheres variaram desde ir a festas, viajar, passear, fazer compras, ver vitrine, ouvir música, ir ao teatro, ver exposição de pinturas, conversar, dançar, ou mesmo realizar cursos e atividades religiosas. Os motivos pelos quais as mulheres reduziram ou deixaram suas atividades de lazer foram dor, exames freqüentes, preocupação, não se sentir bem ou mesmo a idade⁽²⁶⁾. Estes autores também verificaram as conseqüências relacionadas ao trabalho destas mulheres. Metade das mulheres (50%) reduziu suas atividades ou adaptou as mesmas após o tratamento. Das 36% que exerciam atividade remunerada antes do tratamento, 22% permaneceram ativas enquanto que as demais reduziram ou deixaram a referida atividade. Entre as razões apontadas para a diminuição ou término das atividades encontram-se a dor, a orientação de não pegar peso, uma menor agilidade, discriminação, inchaço do braço, um maior cuidado consigo mesma, filhos que não deixaram trabalhar, a idade, a cirurgia e preocupação. Neste estudo, a maior parte das mulheres avaliou sua qualidade de vida de forma positiva e uma minoria de forma negativa, sendo que as razões indicadas para a piora desta foram dor, insônia, dificuldades psicológicas, preocupações financeiras e medo de recorrência⁽²⁶⁾. Outro estudo⁽²⁸⁾ verificou que as mulheres que receberam tratamentos coadjuvantes, como quimioterapia e hormonioterapia, tiveram escores mais baixos em relação à atividade sexual. Além disso, o impacto da doença foi maior em mulheres mais jovens, especialmente relacionado à vida sexual e profissional⁽²⁸⁾. Dificuldades em relação à atividade sexual das mulheres em idade mais avançada, entre 45 e 65 anos, submetidas a tratamento para o câncer de mama também foi descrito por outros investigadores⁽²⁹⁾. As mulheres recrutadas para este estudo não eram usuárias de terapia hormonal e tamoxifeno nos últimos seis meses. Nas participantes do estudo, foi aplicado o questionário SF-36, o qual avalia o estado de saúde físico e mental. As mulheres relataram boa qualidade de vida, mas os sintomas mais prevalentes foram nervosismo e calorões. Já os fatores associados com pobre qualidade de vida foram: tontura, insônia, estado pós-menopausa e o fato de ser casada, o que possivelmente pode estar relacionado a dificuldades sexuais. Os melhores escores deste estudo foram em relação ao funcionamento físico e social. No entanto, em relação ao corpo (dor) e vitalidade, os escores foram baixos. Dificuldades em se locomover e realizar as atividades diárias também foi relatado pelas mulheres. A elevada prevalência de sintomas do climatério e outras decorrentes da deficiência de estrógeno no período pós-menopausa poderia explicar a pobre qualidade de vida.

Outros autores⁽²⁷⁾, descreveram que problemas sexuais em mulheres tratadas para o câncer de mama se apresentam mais em decorrência da quimioterapia, independente do tipo de cirurgia realizada. A maioria destes problemas se refere à diminuição do desejo sexual, falta ou redução de lubrificação vaginal, dor durante a relação sexual e inibição do orgasmo. Apesar da ocorrência de problemas sexuais após tratamento para o câncer de mama, os pesquisadores têm se sentido incapazes de identificar a relação principal entre os tratamentos medicamentosos e as características fisiológicas e psicológicas das mulheres. Por exemplo, a quimioterapia tem um impacto na produção de testosterona pelo ovário, o que poderia ser responsável pela diminuição do desejo sexual da mulher. Fatores psicológicos como humor, qualidade de relacionamento com o parceiro e imagem corporal também têm sido indicados como potenciais fatores que influenciam o desempenho sexual das mulheres com câncer de mama, porém ainda são necessários mais estudos para confirmar esta hipótese. Torna-se relevante a identificação dos diferentes tipos de problemas sexuais apresentados por mulheres submetidas ao tratamento para o câncer de mama, com o objetivo de desenvolver e oferecer intervenções fisiológicas e psicológicas na tentativa de auxiliar as pacientes e seus parceiros no que se refere à qualidade de vida no relacionamento sexual⁽³⁰⁾. Neste estudo, a depressão esteve positivamente associada ao desejo sexual. Medicamentos antidepressivos podem causar consideráveis efeitos na função sexual de mulheres que tiveram câncer de mama, entre eles, o desejo sexual e o orgasmo. Observou-se que mulheres utilizando antidepressivo tiveram maiores problemas em relação ao desejo e ao orgasmo. Além disso, depressão foi positivamente associada à imagem corporal. Mulheres com depressão apresentaram uma maior tendência a ter uma imagem negativa de seu corpo. Ainda, o estudo refere que a dificuldade do desejo sexual pode estar relacionada ao impacto emocional da ameaça da doença, bem como à qualidade do relacionamento, à imagem corporal ou à quimioterapia. Tanto a mulher quanto seu parceiro deveria saber que durante o período de depressão há uma subsequente perda do desejo sexual e este fato requer encontrar alternativas e estratégias para expressar cuidados e amor. Sentir-se capaz de falar sobre os sentimentos, sentir-se compreendida e amada, além de ser capaz de encontrar alternativas para lidar com os problemas que a doença traz torna-se um aspecto muito relevante. Em outro estudo⁽³¹⁾, que utilizou a escala *Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast* (FACT-B) para avaliar qualidade de vida de pessoas com câncer, verificou-se que mulheres que apresentam pior desempenho nas questões relacionadas ao câncer de mama são mais deprimidas, ansiosas e provavelmente menos ajustadas emocionalmente. Isto sugere que os problemas específicos enfrentados por mulheres com esse tipo de câncer devem ser valorizados pelo impacto que

produzem na saúde mental dessas pacientes. Neste estudo também foi observado que a depressão teve uma associação positiva e significativa com a ansiedade, antes e depois da cirurgia. Ou seja, mulheres com maior grau de ansiedade estão também mais deprimidas e que a ansiedade e a depressão tendem a se manter após a cirurgia.

Um estudo recente⁽¹¹⁾ acompanhou mulheres com câncer de mama para entender o que ocorre com as mesmas no período de transição imediatamente após o tratamento, ou seja, quando estas mulheres deixam de viver como pacientes com câncer para viver como sobreviventes. Os resultados sugerem que enquanto as mulheres assumem mudanças de vida positivas como resultado do fato de ter câncer há uma elevada prevalência de estresse físico e psicológico decorrente do final do tratamento. Estudo qualitativo realizado com mulheres latinas⁽¹⁶⁾ descreve o impacto do câncer de mama em mulheres latinas. Os achados do estudo indicam que as mulheres latinas são otimistas em relação a sua saúde e utilizam métodos alternativos culturais e religiosos. Além disso, estas parecem aceitar seu diagnóstico, seu medo e sofrimento como parte da jornada traçada para elas. As sobreviventes referem a espiritualidade como um aspecto central em sua aceitação e recuperação da doença.

Desde o diagnóstico e do início do tratamento, a qualidade de vida deve ser valorizada em mulheres com câncer de mama. Uma qualidade de vida ruim um ano após a cirurgia, pode estar relacionada com distúrbio do humor e baixa auto-estima⁽²⁰⁾. Considerando-se que certas características iniciais do paciente no pós-operatório podem sinalizar uma qualidade de vida ruim após um ano, as mulheres de “alto risco” deveriam ser prontamente identificadas e encaminhadas para intervenções preventivas. Essas intervenções de apoio são desenvolvidas de acordo com os sintomas mais frequentes e mais deletérios ao bem-estar global da paciente.

3 JUSTIFICATIVA

Durante os últimos anos houve grandes avanços no que se refere ao diagnóstico e tratamento do câncer de mama, produzindo assim um significativo aumento da taxa de sobrevivência das mulheres. Também têm ocorrido extraordinárias mudanças em relação ao entendimento da doença.

Estudos têm sugerido que o câncer de mama, a quimioterapia e o tratamento hormonal tem tido um efeito negativo na vida sexual das mulheres sobreviventes ao câncer ^(11, 16, 20, 32).

Alguns autores⁽⁷⁾, sugerem que parte das mulheres que se submeteram à mastectomia possuem menor satisfação no que se refere a sua qualidade de vida e esta insatisfação independe do tipo de cirurgia. Em relação a fatores associados com uma pobre qualidade de vida destas mulheres, aparecem como mais prevalentes a insatisfação com a aparência mesmo quando vestidas, a disfunção sexual e depressão.

Considerando-se a elevada incidência de câncer de mama e a frequência com que são realizadas as mastectomias radicais ou não, como alternativa de tratamento. E, também, levando-se em conta a descoberta de novos tratamentos coadjuvantes, salienta-se a importância de conhecer como está a qualidade de vida de mulheres que tiveram diagnóstico de câncer de mama, tanto nos aspectos físicos, emocionais, sociais, como sexuais.

Com o propósito de conhecer mais sobre a vida atual das mulheres que sofreram mastectomia, esta pesquisa pretende avaliar a qualidade de vida das mulheres mastectomizadas, esperando assim contribuir com o entendimento desta etapa da vida das mesmas. Além disso, espera-se fornecer subsídios que possam auxiliar no planejamento de estratégias que possam minimizar os efeitos decorrentes deste evento.

4 OBJETIVOS

4.1 Geral

Verificar a qualidade de vida de mulheres com câncer de mama que se submeteram à mastectomia radical (unilateral ou bilateral) e/ou quadrantectomia.

4.2 Específicos

Verificar a qualidade de vida das mulheres pós-mastectomia, no que se refere aos quatro domínios do questionário Whoqol-breve: (i) físico; (ii) psicológico; (iii) relações sociais e (iv) meio-ambiente.

Verificar a associação de qualidade de vida observada com as variáveis estudadas (idade, escolaridade, ocupação, estado civil, situação conjugal, renda familiar, tempo desde a mastectomia, tipo de mastectomia, reconstrução mamária, terapia de reposição hormonal (TRO), plano de saúde).

5 REFERÊNCIAS DA REVISÃO DA LITERATURA

1. Mortalidade por câncer no Brasil. Instituto Nacional de Câncer. Disponível em: www.inca.gov.br. Acesso em: 2 de setembro de 2008.
2. Parkin DM, Whelan SL, Ferlay J, Storm H. Cancer Incidence in five continents; 2005.
3. Barros AC, Barbosa EM, Gebrim LH. Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Mama. Projeto Diretrizes Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina; 2001.
4. Basegio DL. Por que eu? A mulher e o Câncer de Mama. Passo Fundo: Ed. Universitária UPF; 2003.
5. Bervian P, Perlini N. A Família (con)vivendo com a mulher/mãe após mastectomia. Revista Brasileira de Cancerologia. 2006;52(2):121-128.
6. Duarte T, Andrade A. Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade. Est. Psicol. (Natal). Univ. Fed. Do Espírito Santo. 2003; 8(1):155-163.
7. Speer J, Fann BH. Study of Sexual Functioning Determinants in Breast Cancer Survivors. The Breast Journal. 2005; 11(6): 440-447.
8. Kovács M, Amorin A. Avaliação da Qualidade de Vida em pacientes oncológicos em estado avançado da doença. In: M. Carvalho (org.), Psico-oncologia no Brasil: resgatando o viver. São Paulo: Summus; 1998. p.159-185.
9. Geiger AM et al, Contentment with Quality of Life Among Breast Cancer Survivors With and Without Contralateral Prophylactic Mastectomy. J. Clin. Oncol. American Society of Clinical Oncology. 2006; 24(9):1350-1356.

10. Giese-Davis J et al. Change in emotion-regulation strategy for women with metastatic breast cancer following supportive-expressive group therapy. *Journal Consult Clin Psychol.* 2002; 70:916-25.
11. Allen JD, Savadatti S, Gurmankin LA. The transition from breast cancer 'patient' to breast cancer 'survivor'. *Psychooncology.* 2008. Disponível em: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed. Acesso em: 10 de março de 2008.
12. Koopman C, et al. Traumatic stress symptoms among women with recently diagnosed primary breast cancer. *Journal Traiona Stress.* 2002; 15:277-87.
13. De Vita V. Treatment utopia. *Nat Clin Pract Oncol.* PubMed - indexed for MEDLINE. 2005; (2):59.
14. Conde DM et al. Quality of Life in Brazilian Breast Câncer Survivors Age 45-65 Years: Associated Factors. *The Breast Journal.* 2005; 11(6):125-132.
15. Casso D, Buist D, Taplin S. Quality of life of 5-10 year breast cancer survivors diagnosed between age 40 an 49. *European Journal of Oncology Nursing.* 2008; 12: 53-57.
16. Kimlin Ta-Giwa AB et al. Underststanding the breast cancer experience women: A qualitative study of African, American, asian American, Latina and Caucasian cancer survivors. *Pychooncology.* 2004; 13(6): 408-428.
17. Miller AB, et al. Breast Cancer Mortality after 11 to 16 years of follow-up A Randomized Screening Trial of Mamography im Women Age 40 to 49 years. *The Canadialn National Breast Cancer Study, MSC Ann Intern Med.* 2002; 137:305-312.
18. Akech T, Okuyama T, Imoto S, Yamawaki S, Uchitomi Y. Biomedical and psychosocial determinants of psychiatric morbidity among postoperative ambulatory breast cancer patients. *Breast Cancer Res. Treat.* 2001; 65(3): 195-202.

19. Derchain S, Avelar AM, Camargo CPP, Lourenço LS, Sarian LO, Yoshida A. Qualidade de vida, ansiedade e depressão em mulheres com câncer de mama antes e após a cirurgia. *Revista de Ciências Médicas. Campinas - São Paulo – Brasil.* 2006; 15:11-20.
20. Shimozuma K, Ganz PA, Petersen L, Hirji K. Quality of life after in the first year after breast cancer surgery:: rehabilitation needs and patterns of recovery. *Breast Câncer Res Treat.* 1999; 56(1): 45-57.
21. Massood S. Movind Forward to Optimize Global Breast health Care: An Ambitious Task. *The Breast Journal.* 2006; 12(1):50-52.
22. Boff AR. Repercussões associadas à terapêutica cirúrgica de mulheres com câncer de mama. [Dissertação de Mestrado]. Universidade de São Paulo; 1999.
23. AJCC. Câncer Staging Manual, sixth Edition, (2002), published by Springer Verlang New York, 2002.. Disponível na internet: www.springer-ny.com. Acesso em: 10 de outubro de 2006.
24. Bervian P, Perlini N. A Família (con)vivendo com a mulher/mãe após mastectomia. *Revista Brasileira de Cancerologia.* 2006; 52(2):121-128.
25. Folkman S, Lazarus R. Stress, appraisal, and coping. Nova York: Espringer; 1984.
26. Ganz P, Rowland JH, Desmond K, Meyerowitz BE, Wyatt GE. Life after Breast Cancer: understanding women’s health-related quality of life and sexual functioning. *J. Clin Oncol.* 1998; 16(2): 501-14.
27. Pignata S, Ballatori E, Favalli G, Scambia G. Quality of life: gynaecological cancers. *Ann Oncol.* 2001; 12(3): 37-42.
28. Passik S, Dugan W, Mcdonald M. Oncologists’ regognition of depression in their patients with cancer. *J. Clin. Oncol.* 1998; 16(4): 1594-600.

29. Palesh O et al. Emotional Self-Efficacy, Stressful Life Events, and Satisfaction with Social Support in Relation to Mood Disturbance Among Women Living with Breast Cancer in Rural Communities. *The Breast Journal*. 2006; 12(2):123-129.
30. Sasse AD, Sasse EC. Estudo de custo-efetividade do tratamento hormonal adjuvante no câncer de mama em mulheres pós-menopausa. Análise dos pontos de vista do paciente, de planos de saúde e do governo. In: XV Congresso Brasileiro de Oncologia Clínica, 2007.
31. Cella D, Peterman A, Passik S, Jacobsen P, Breithart W. Progress toward guide: lines for the management of fatigue. *Oncology (Huntingt)*. 1998; 12(11 A): 369-77.
32. Eyre J. *Informed Decisions - The Complete Book of Cancer Diagnosis, Treatment and Recovery*- American Cancer Society. 2nd edition; 2002.

6 ARTIGO CIENTÍFICO EM PORTUGUÊS

Avaliação da qualidade de vida de mulheres mastectomizadas

Angela Mari Nogueira Ferraz, Mary Clarisse Bozzetti

Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Endereço para correspondência:

Angela Mari Nogueira Ferraz
Rua: Coronel João Vergueiro, 451
Bosque Lucas Araújo.
CEP: 99072-260.
Passo Fundo – RS
e-mail. angela_ferraz@ibest.com.br

RESUMO

O câncer de mama causa alterações no universo biológico e social das mulheres e a remoção da mama pode resultar em sérios danos. Após mastectomia (remoção cirúrgica da mama), as mulheres podem apresentar dificuldades em sua vida profissional, social, familiar e sexual. O presente estudo tem como objetivo estudar a qualidade de vida em mulheres com câncer de mama submetidas a mastectomia radical (uni ou bilateral) e/ou quadrantectomia (retirada de um quadrante da mama). Um estudo transversal arrolou 60 mulheres com câncer de mama submetidas a mastectomia radical e/ou quadrantectomia residentes no sul do Brasil no ano de 2007. A qualidade de vida foi medida através do *WHOQOL Bref* e relacionada a variáveis sociodemográficas e variáveis relacionadas ao plano de saúde utilizado pela mulher. Regressão linear múltipla foi utilizada para identificar os fatores independentemente associados com qualidade de vida. Os resultados observados sugerem que a qualidade de vida de mulheres que realizaram mastectomia esta associada ao trabalho, vida sexual, alterações do

sono, renda familiar e a percepção de saúde no momento da entrevista. O tipo de mastectomia, se radical e/ou quadrantectomia apresentou uma significância limítrofe com o domínio de relações sociais, porém não com outros domínios. Concluindo, o resultado do presente estudo sugere que a qualidade de vida parece ser afetada por fatores sociais, vida sexual e pela intensidade de sintomas psiquiátricos, em especial a depressão. Estes achados podem contribuir para um melhor entendimento de aspectos relacionados com a vida de mulheres submetidas a mastectomia, auxiliando no acompanhamento e no manejo dessas pacientes.

Palavras-chave: câncer de mama, mastectomia, qualidade de vida

INTRODUÇÃO

O câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais frequente no mundo e o mais comum entre as mulheres⁽¹⁾. A cada ano, em torno de 22% dos casos novos de câncer em mulheres são de mama. Este câncer é uma das principais causas de morte em mulheres em países ocidentais⁽¹⁾. E, provavelmente, o tipo de câncer mais temido entre as mulheres, em decorrência de sua alta frequência, mas também pelos seus efeitos psicológicos, que afetam não somente a percepção da sexualidade, mas também a própria imagem pessoal. Este tipo de câncer é relativamente raro antes dos 35 anos de idade, mas acima desta faixa etária sua incidência cresce rápida e progressivamente.

O aumento de sua frequência tanto nos países desenvolvidos quanto nos países em desenvolvimento tem sido observado⁽¹⁾. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), nas décadas de 60 e 70 registrou-se um aumento de 10 vezes nas taxas de incidência ajustadas por idade nos Registros de Câncer de Base Populacional de diversos continentes.

No Brasil, o número de casos novos de câncer de mama esperados para 2008 foi de 49.400, com um risco estimado de 51 casos a cada 100 mil mulheres⁽²⁾. Além disso, este câncer representa a maior causa de mortalidade por câncer no sexo feminino, sendo mais incidente na região sudeste e sul do País. Na região Sudeste, o câncer de mama é o mais incidente entre as mulheres com um risco estimado de 68 casos novos por 100 mil. Sem considerar os tumores de pele não melanoma, este tipo de câncer também é o mais frequente nas mulheres das regiões Sul (67/100.000), Centro-Oeste (38/100.000) e Nordeste (28/100.000). Na região Norte é o segundo tumor mais incidente (16/100.000).

Alguns autores ressaltam que as mamas, além de desempenharem um importante papel fisiológico em todas as fases do desenvolvimento feminino, desde a puberdade até a idade adulta, também representam em nossa cultura um símbolo de identificação da mulher e sua feminilidade, expressas pelo erotismo, sensualidade e sexualidade⁽³⁾. Outros investigadores^(4,5) ressaltam que o câncer de mama representa uma ameaça em vários níveis, e, que os efeitos deletérios dessa doença (o medo da morte, da rejeição, de ser estigmatizada, da mutilação, da recidiva, dos efeitos da quimioterapia, incerteza quanto ao futuro e outros) têm preocupado os profissionais da saúde envolvidos com a qualidade de vida dessas pacientes.

Estudos^(6,7) que tem como enfoque principal o estado psicológico das mulheres, têm utilizado a Teoria das Estratégias de Enfrentamento ou *coping*, elaboradas por Folkman e Lazarus⁽⁸⁾. Esta é definida como um processo dinâmico em que o próprio indivíduo desenvolve habilidades para lidar com determinadas situações que lhe sejam ameaçadoras. Dessa forma, esses estudos propõem-se a compreender as estratégias cognitivas, afetivas e comportamentais utilizadas pelas mulheres mastectomizadas para enfrentar as exigências que a doença lhes impõe⁽⁶⁾.

O câncer de mama provoca alterações no universo biopsicossocial da mulher acometida e a retirada da mama pode ocasionar vários danos. Após a mastectomia, a mulher pode vir a apresentar uma série de dificuldades ao reassumir sua vida profissional, social, familiar e sexual⁽⁷⁾. Conhecer um pouco da realidade das mulheres em nosso meio, neste contexto, poderá ser útil para pensar e desenvolver estratégias que possam contribuir para melhorar a oferta em termos de atenção à saúde em mulheres com câncer de mama. O presente estudo tem como objetivo conhecer a qualidade de vida de mulheres com câncer de mama que se submeteram à mastectomia radical (unilateral ou bilateral) e/ou quadrantectomia.

MATERIAL E MÉTODOS

Realizou-se um estudo transversal com objetivo de investigar a qualidade de vida em mulheres submetidas à mastectomia radical (unilateral ou bilateral) e/ou quadrantectomia, residentes na região sul do Brasil.

A amostra do estudo foi composta por mulheres residentes na cidade de Passo Fundo, Rio Grande do Sul, submetidas à mastectomia uni ou bilateral e quadrantectomia, no período de 1990 a 2007, residentes na cidade de Passo Fundo e região, no ano de 2007.

Foram selecionadas para o estudo, mulheres com idade entre 35 e 70 anos na data da entrevista, que tiveram diagnóstico de câncer de mama e se submeteram a mastectomia radical, uni ou bilateral, e quadrantectomia, no período de 1990 a 2007, com reconstrução mamária ou não. Foram elegíveis as mulheres com cirurgia realizada há pelo menos um ano a contar da data da entrevista (tempo mínimo necessário para elaborar o período de estresse pós-traumático, conforme o DSM-IV). Em relação aos critérios de exclusão, somente não fizeram parte da amostra as mulheres com deficiência mental importante, diagnosticadas pelo DSM-IV⁽⁹⁾ e mulheres com menos de um ano de cirurgia na data da entrevista.

A amostra foi calculada a partir de dados existentes em estudos similares na literatura. Foram considerados os seguintes parâmetros para este cálculo: RP=2,5; erro tipo I (alfa) = 0,05 e erro tipo II (beta) = 0,20 (Poder = 80%). Adicionou-se à amostra estimada um percentual de perdas de 10%, totalizando uma amostra de 60 mulheres.

A variável dependente do estudo foi **qualidade de vida**, medida através do instrumento WHOQOL Breve⁽¹⁰⁾. O questionário foi aplicado através de auto-preenchimento (10%) ou administrado pelo entrevistador (90%). As variáveis independentes do estudo foram o tempo desde o diagnóstico do câncer de mama, o tipo de mastectomia (se radical, quadrantectomia e com esvaziamento ganglionar), o tempo transcorrido desde a realização da mastectomia, a reconstrução mamária e os tratamentos coadjuvantes (quimioterapia e radioterapia). Além destas variáveis, também foram coletadas informações sócio-demográficas e sobre o plano de saúde utilizado pelas mulheres.

O questionário *WHOQOL- Bref* (abreviado)⁽¹⁰⁾ utilizado, contém 26 questões, classificadas em 4 domínios a saber: **físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente**. Este questionário foi aplicado no ambulatório de especialidades médicas (entre elas, a mastologia) do Hospital São Vicente de Paulo, no município de Passo Fundo, RS, Brasil. As mulheres que preenchiam os critérios para participar do estudo eram contatadas e convidadas a participar do estudo após esclarecimento sobre o mesmo. O estudo teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Passo Fundo e as pacientes que concordaram em participar do estudo assinaram um termo de consentimento informado. A coleta ocorreu às segundas-feiras e quintas-feiras, durante o período de março a novembro de 2007. A aplicação do questionário se deu após a consulta médica da participante ou em seu domicílio, conforme a disponibilidade e interesse da mesma. Também foram entrevistadas mulheres associadas ao Grupo de Apoio às mulheres com câncer de mama, entidade filantrópica, existente há mais de 13 anos na mesma cidade. Os dados das mulheres integrantes deste Grupo foram coletados no dia da reunião das mesmas, que ocorria às terças-

feiras. A entrevista era realizada após a reunião das mulheres. Também nestas ocasiões, foram coletadas informações sobre características demográficas, sócio-econômicas e variáveis relacionadas ao procedimento cirúrgico de todas as mulheres que participaram do estudo.

WHOQOL-BREVE

Foram utilizados os **quatro domínios** do WHOQOL Breve⁽¹⁰⁾. Das 26 questões deste instrumento, duas são gerais sobre qualidade de vida e, 24 representam cada uma das vinte e quatro facetas que compõem o instrumento original do WHOQOL-100. Diferentemente deste, onde cada uma das 24 facetas é avaliada a partir de 4 questões; no WHOQOL Breve⁽¹⁰⁾ **cada faceta é avaliada por apenas uma questão**. Este instrumento utiliza os seguintes domínios:

Domínio 1 - Físico:

- 1) dor e desconforto
- 2) energia e fadiga
- 3) sono e repouso
- 9) mobilidade
- 10) Atividades da vida cotidiana
- 11) dependência de medicação e medicamentos
- 12) capacidade de trabalho

Domínio 2- Psicológico:

- 4) sentimentos positivos
- 5) pensar, aprender, memória e concentração
- 6) auto-estima
- 7) imagem corporal e aparência
- 8) sentimentos negativos
- 24) espiritualidade, religião, crenças pessoais

Domínio 3 – Relações Sociais

- 13) relações pessoais
- 14) suporte (apoio) social
- 15) atividade sexual

- **Domínio 4 – Meio Ambiente**
- **16)** segurança física e proteção
- **17)** ambiente no lar
- **18)** recursos financeiros
- **19)** cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade
- **20)** oportunidades de adquirir novas informações e habilidades
- **21)** participação em, a oportunidades de recreação/ lazer
- **22)** ambiente físico: poluição, ruído, trânsito, clima
- **23)** transporte.

- Para cada questão serão utilizadas variáveis categóricas ordenadas, como no exemplo a seguir:

COMO VOCÊ AVALIA SUA QUALIDADE DE VIDA?

- 1- muito ruim
- 2- ruim
- 3- nem ruim nem boa
- 4- boa
- 5- muito boa

Antes da aplicação do instrumento, foi realizada uma breve descrição dos objetivos do estudo e da forma como os dados seriam utilizados, além das instruções para o preenchimento do mesmo.

As informações e características pessoais foram perguntadas e registradas ao final do preenchimento do questionário, a fim de deixar o sujeito de pesquisa mais a vontade para responder as questões, proporcionando, assim maior confiabilidade no preenchimento das respostas.

ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os escores foram pontuados utilizando o programa estatístico **SPSS 14.0**. A sintaxe necessária para realizar os cálculos encontra-se disponível no site da UFRGS, endereço: www.ufrgs/psiq/whoqol4.html, nos itens “8.6 Sintaxe SPSS - WHOQOL-100” e “8.7 Sintaxe SPSS - WHOQOL-bref”.

As características da amostra estudada foram descritas através de gráficos e tabelas. Para as comparações entre para variáveis categóricas foi utilizado o teste qui-quadrado e para variáveis quantitativas contínuas, ANOVA (c/teste de Tukey para comparações múltiplas) ou seu correspondente não paramétrico. Variáveis com valor $p \leq 0,20$ e/ou com relevância clínica para o estudo foram analisadas em um modelo de regressão linear múltipla. Esta análise foi realizada para identificar os fatores independentemente associados à qualidade de vida das mulheres estudadas. Esta análise foi realizada utilizando-se o Programa SPSS, versão 14.0. Foram considerados estatisticamente significativos os achados com $p < 0,05$.

CONTROLE DE QUALIDADE DOS DADOS

As informações coletadas foram armazenadas sistematicamente em uma base de dados desenvolvido no programa SPSS 14.0. O controle de qualidade de entrada dos dados foi feito através de conferência sistemática dos dados digitados com o questionário original de uma amostra aleatória de 20% dos registros já armazenados.

RESULTADOS

Participaram do estudo um total de 60 mulheres. Estas apresentaram uma idade média de 57 ± 11 anos, sendo aproximadamente 72% com 50 anos ou mais. Considerando-se a escolaridade, a maioria (65%) não tinha concluído o 1º grau. Além disso, em torno de 53% tinham renda familiar até o máximo de 2 salários mínimos (SM) e, a grande maioria das mulheres (78%) eram usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). (Tabela 1)

A distribuição das médias com os correspondentes desvios-padrão e a amplitude dos escores do questionário de qualidade de vida está descrita na Tabela 2. Houve uma diferença significativa entre os domínios (ANOVA; $p < 0,001$). A média foi significativamente maior no domínio de relações sociais em relação aos demais domínios (Teste de Tukey, $p = 0,02$).

A tabela 3 descreve a distribuição das características populacionais sócio-demográficas e os escores médios de qualidade de vida de acordo com este perfil. Não há diferença estatisticamente significativa em nenhum dos domínios em relação à idade, estado marital e religião. Observa-se diferença estatisticamente significativa nos domínios “Saúde Física”, “Saúde Psicológica” e, “Relações Ambientais” entre os níveis de escolaridade, sendo que a média dos escores aumenta de acordo com maior escolaridade. O mesmo padrão foi observado para a variável renda familiar. Em relação ao plano de saúde utilizado observa-se

uma média maior e estatisticamente significativa nos domínios “Saúde Física”, “Saúde Psicológica” e, “Relações Ambientais” nas mulheres que utilizam outro tipo de cobertura para o atendimento em saúde quando comparadas a mulheres a mulheres que utilizam o Sistema Único de Saúde (SUS).

Os achados apresentados na tabela 4, mostram a distribuição de características clínicas e epidemiológicas em relação aos escores de qualidade de vida analisados. Não foi observada diferença estatisticamente significativa quanto ao tipo de cirurgia, história de hipertensão arterial e em mulheres com câncer no momento atual. Quanto à percepção das mulheres a respeito de sua saúde, em todos os quatro domínios estudados observou-se um escore médio mais elevado naquelas que referiam estar com a saúde “boa”. Em relação à presença de doenças psiquiátricas, as médias dos escores de qualidade de vida forma maiores nas que não referiam história de doença psiquiátrica. Também foram observadas maiores médias dos escores referentes à saúde física nas mulheres que não estavam em tratamento atual para o câncer.

Foi realizada uma regressão linear múltipla utilizando, separadamente, cada um dos domínios como desfecho. Em relação à saúde física, se mostraram significativamente associadas as variáveis trabalho ($p < 0,001$) e alterações do sono ($p = 0,02$), e houve uma significância limítrofe com a variável estado de saúde ($p = 0,09$). Em relação à saúde psicológica, se mostrou significativamente associada a variável vida sexual ($p = 0,01$) e houve uma significância limítrofe com a variável trabalho ($p = 0,08$). Já no domínio referente às relações sociais, observou-se uma associação estatisticamente significativa com as variáveis renda familiar ($p = 0,02$), plano de saúde ($p = 0,04$), vida sexual ($p < 0,001$) e estado de saúde ($p = 0,01$). Em relação a este domínio observou-se também uma significância limítrofe com o tipo de cirurgia realizado ($p = 0,06$). Por fim, quanto ao domínio das relações ambientais, as variáveis renda familiar ($p = 0,04$), trabalho ($p = 0,04$) e estado de saúde ($p = 0,04$) se mostraram associadas. Também houve uma significância limítrofe com este desfecho para a variável alterações do sono ($p = 0,05$).

DISCUSSÃO

Os resultados observados neste estudo sugerem que a qualidade de vida de mulheres mastectomizadas está associada a vários fatores como atividade laboral, vida sexual, alterações do sono, renda familiar e a percepção de saúde no momento da entrevista. O tipo de mastectomia realizado, se radical (unilateral ou bilateral) e/ou quadrantectomia apresentou

uma significância limítrofe com o domínio das relações sociais, porém não com os outros domínios.

Alguns autores salientam a dificuldade de algumas mulheres manterem sua atividade laboral⁽¹¹⁾. Neste estudo, observou-se uma piora da qualidade de vida nas mulheres que de alguma forma modificaram sua atividade laboral nos domínios da saúde física, psicológica e relações ambientais. Outro achado sugere que a qualidade de vida destas mulheres é pior naquela que tem uma renda familiar mais baixa e também nas que utilizam o SUS como único recurso para atendimento médico.

Foram relatadas alterações relacionadas a uma piora no sono destas mulheres como afetando a sua qualidade de vida em relação aos domínios saúde física e ambiental. Estes resultados estão em concordância com resultados apresentados por outros estudos^(5, 12, 13).

Os achados relativos ao comprometimento da qualidade de vida destas mulheres estar relacionado a aspectos da vida sexual, indicando limitações ao reassumir sua vida sexual é também observados por outros autores^(14,15, 16).

Outro achado relevante observado neste estudo foi uma associação entre a história de sintomas psiquiátricos, predominantemente depressão com uma pior qualidade de vida. Este achado é corroborado por vários estudos^(14,17,18), sugerindo a importância da identificação e do tratamento destes sintomas na tentativa de melhorar a qualidade de vida destas mulheres.

Já o tipo de mastectomia realizado, se radical (unilateral ou bilateral) e/ou quadrantectomia, não se mostrou associado com os domínios da saúde física e psicológica neste estudo, como relatado em alguns estudos^(14,17,18,19). No entanto apresentou uma significância limítrofe com o domínio das relações sociais, sugerindo talvez, entre outros aspectos, a importância imagem corporal.

Concluindo, os achados deste estudo sugerem que a qualidade de vida de mulheres mastectomizadas parece ser influenciada por vários fatores sociais, da vida sexual, pela intensidade de sintomas psiquiátricos, em especial os depressivos. O tipo de mastectomia realizado, mostrou uma associação de significância limítrofe com o domínio das relações sociais. Estes resultados podem contribuir para complementar o conhecimento sobre aspectos relacionadas á vida de mulheres mastectomizadas, auxiliando no acompanhamento e manejo das mesmas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Parkin DM, Whelan SL, Ferlay J, Storm H. Cancer Incidence in five continents; 2005.
2. Mortalidade por câncer no Brasil. Instituto Nacional de Câncer. Disponível em: www.inca.gov.br. Acesso em 2 de setembro de 2008.
3. Duarte T, Andrade A. Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade. Est. Psicol. (Natal). Univ. Fed. Do Espírito Santo. 2003; 8(1):155-163.
4. Giese-Davis J et al. Change in emotion-regulation strategy for women with metastatic breast cancer following supportive-expressive group therapy. Journal Consult Clin Psychol. 2002; 70:916-25.
5. Derchain S, Avelar AM, Camargo CPP, Lourenço LS, Sarian LO, Yoshida A. Qualidade de vida, ansiedade e depressão em mulheres com câncer de mama antes e após a cirurgia. Revista de Ciências Médicas, Campinas - São Paulo – Brasil. 2006; 15:11-20.
6. Speer J, Fann BH. Study of Sexual Functioning Determinants in Breast Cancer Survivors. The Breast Journal. 2005; 11(6):440-447.
7. Kovács M, Amorin A. Avaliação da Qualidade de Vida em pacientes oncológicos em estado avançado da doença. In: Carvalho M (org.). Psico-oncologia no Brasil: resgatando o viver. São Paulo: Summus, 1998. (p.159-185).
8. Folkman S, Lazarus R. Stress, appraisal, and coping. Nova York ed. Espringer; 1984.
9. Kaplan H et al. Compêndio de Psiquiatria. 7 ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997
10. Fleck MP, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação de qualidade de vida “WHOQOL-bref” Rev. Saúde Pública. 2000; 34 (2): 178-83.

11. Shimozuma K, Ganz PA, Petersen L, Hirji K. Quality of life after in the first year after breast cancer surgery:: rehabilitation needs and patterns of recovery. *Breast Câncer Res Treat.* 1999; 56(1): 45-57.
12. Allen JD, Savadatti S, Gurmankin LA. The transition from breast cancer ‘patient’ to breast cancer ‘survivor’. *Psychooncology.* 2008. Disponível em: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed.
13. Akech T, Okuyama T, Imoto S, Yamawaki S, Uchitomi Y. Biomedical and psychosocial determinants of psychiatric morbidity among postoperative ambulatory breast cancer patients. *Breast Cancer Res. Treat.* 2001; 65(3): 195-202.
14. Ganz P, Rowland JH, Desmond K, Meyerowitz BE, Wyatt GE. Life after Breast Cancer: understanding women’s health-related quality of life and sexual functioning. *J. Clin Oncol.* 1998; 16(2): 501-14.
15. Pignata S, Ballatori E, Favalli G, Scambia G. Quality of life: gynaecological cancers. *Ann Oncol.* 2001; 12(3): 37-42.
16. Speer J, Fann BH. Study of Sexual Functioning Determinants in Breast Cancer Survivors. *The Breast Journal,* 2005. 11(6): 440-447.
17. Rabin EG, Heldt E, Hirakata VN, Fleck MP. Quality of life predictors in breast cancer women. *Eur J Oncol Nurs.* 2007; 12: 53-57.
18. Derchain S, Avelar AM, Camargo CPP, Lourenço LS, Sarian LO, Yoshida A. Qualidade de vida, ansiedade e depressão em mulheres com câncer de mama antes e após a cirurgia. *Revista de Ciências Médicas, Campinas - São Paulo – Brasil.* 2006; 15:11-206.
19. Geiger AM et al, Contentment with Quality of Life Among Breast Cancer Survivors With and Without Contralateral Prophylactic Mastectomy. *J. Clin. Oncol. American Society of Clinical Oncology.* 2006; 24(9):1350-1356.

Tabela 1. Características da população estudada.

Características	Média±DP*	N	%
Idade	57,08±11,42		
< 50 anos		17	28,3
≥ 50 anos		43	71,7
Religião			
Católica		51	85,0
Outra		09	15,0
Escolaridade			
Até o 1º Grau Incompleto		39	65,0
1º Grau Completo a 2º Grau Incompleto		11	18,3
2º Grau Completo ou mais		10	16,7
Renda Familiar			
Até 2 SM		32	53,3
>2 SM a 5 SM		18	30,0
6 SM ou mais		9	15,0
Ignorado		1	1,7
Plano de Saúde			
SUS		47	78,3
Não SUS		13	21,7
Tipo de Cirurgia			
Radical (uni/bilateral)**		43	71,7
Quadrantectomia		17	28,3

* desvio padrão; ** 2 pacientes realizaram cirurgia radical bilateral.

Tabela 2. Distribuição das médias, desvios-padrão da média e amplitude dos escores do questionário de qualidade de vida (WHOQOL-BREVE)

Domínios**	Média±DP*	Amplitude
Saúde Física	12,99±3,00	8,00 -19,43
Saúde Psicológica	13,96±2,70	7,33 -18,67
Relações Sociais ***	15,69±2,40	8,00 - 20,00
Relações Ambientais	13,96±2,16	7,50 - 18,50

* Desvio padrão; ** $p < 0,001$ (teste ANOVA) para a comparação entre as médias; *** $p = 0,02$ (teste Tukey) na comparação entre o domínio relações sócias e os demais.

Tabela 3. Distribuição das características populacionais sócio-demográficas e os escores médios de qualidade de vida.

Características	Saúde Física	Saúde Psicológica	Relações Sociais	Relações Ambientais
Faixa etária				
≤ 50 anos	13,88±	14,51±	16,16±	14,12±
> 50 anos	12,64±	13,74±	15,50±	13,89±
p*	0,13	0,31	0,30	0,74
Escolaridade				
Até 1º Grau Inc.	12,06±2,75	13,25±2,59	15,35±2,26	13,42±1,97
1º Grau Comp a 2º Grau Comp	13,82±2,80	14,42±2,85	16,48±2,48	14,50±2,75
3º Grau Inc. +	15,71±2,46	16,20±1,54	16,13±1,33	15,45±1,36
“p” **	0,001	0,005	0,32	0,02
“p” ***	0,001	0,004	0,35	0,02
	0,15	0,24	0,63	0,28
	0,25	0,36	0,97	0,54
Estado marital				
Sem companheiro	12,53±2,64	13,90±2,62	15,59±2,40	13,96±2,24
Com companheiro	13,12±3,11	13,97±2,75	15,72±2,42	13,96±2,17
P*	0,50	0,93	0,87	0,99
Religião				
Católica	13,05	13,97	15,79	13,87
Outra	12,63	13,85	15,11	14,44
P*	0,66	0,89	0,58	0,39
Renda Familiar				
≤ 2 SM	11,73±2,44	13,17±2,85	15,17±2,72	13,17±2,20
> 2 SM a 6 SM	13,87±3,35	14,63±2,35	15,85±1,88	14,39±2,80
> 6 SM	15,68±1,80	15,33±2,13	17,33±1,33	15,94±1,26
P**	<0,001	0,04	0,054	0,001
P***	0,001	0,08	0,04	0,001
	0,02	0,15	0,27	0,10
	0,23	0,79	0,58	0,14
Plano de Saúde				
SUS	12,22±2,76	13,40±2,64	15,52±2,58	13,67±2,23
Não SUS	15,78±2,09	15,95±1,85	16,31±1,45	15,00±1,63
P*	<0,001	<0,001	0,16	0,049

* valor de p para o teste t de student; ** valor de “p” para o teste ANOVA; *** valor de p para o teste de Tukey

Tabela 4. Distribuição das características clínicas e epidemiológicas e os escores de qualidade de vida.

Características	Saúde Física	Saúde Psicológica	Relações Sociais	Relações Ambientais
Tipo de Cirurgia				
Mastectomia radical	12,81±3,00	13,75±2,79	15,78±2,14	13,63±2,24
Quadrantectomia	13,30±3,16	14,47±2,45	15,45±3,02	14,76±1,79
P*	0,65	0,47	0,63	0,07
Saúde				
Ruim	10,12±1,54	11,24±2,62	13,14±2,36	11,21±2,00
Nem ruim nem boa	11,55±2,09	13,07±1,89	15,07±2,25	13,54±1,43
Boa	14,76±2,77	15,27±2,55	16,75±1,91	14,92±2,06
P**	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
P***	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	<0,001	0,03	0,01	0,01
	0,36	0,17	0,09	0,02
Morbidades referidas				
HAS				
Sim	12,51±2,63	14,03±2,25	14,87±2,91	12,51±2,63
Não	13,23±3,18	13,92±2,92	16,10±2,01	13,23±3,18
P*	0,39	0,87	0,39	0,10
Doenças psiquiátricas				
Sim	11,07±2,21	11,44±2,49	14,56±2,72	13,12±2,17
Não	14,27±2,79	14,96±2,37	16,44±1,83	14,51±2,00
P*	<0,001	<0,001	0,002	0,01
Câncer atual				
Sim	12,36±2,62	14,00±2,38	15,63±1,21	13,68±1,18
Não	13,13±3,09	13,95±2,79	15,70±2,60	14,02±2,27
P*	0,45	0,95	0,90	0,64
Em tratamento atual				
Sim	12,44±2,72	13,77±2,61	15,60±2,43	13,67±1,97
Não	17,14±1,44	15,33±3,17	16,38±2,14	16,14±2,49
P*	<0,001	0,15	0,42	0,004

* valor de p para o teste t de student; ** valor de “p” para o teste ANOVA; *** valor de p para o teste de Tukey

7 ARTIGO CIENTÍFICO EM INGLÊS

Quality of Life among mastectomized women

Angela Mari Nogueira Ferraz, Mary Clarisse Bozzetti

Post-graduate Program in Medical Sciences at Federal University of Rio Grande do Sul,
Department of Social Medicine, Faculty of Medicine, Federal University
of Rio Grande do Sul

Correspondence to:

Angela Mari Nogueira Ferraz
Address: Coronel João Vergueiro, 451
Bosque Lucas Araújo.
ZIP COD: 99072-260.
Passo Fundo – RS
e-mail: angela_ferraz@ibest.com.br

Abstract

The breast cancer causes alterations in the biologic and social universe of the women and the removal of the breast may cause several damages. After mastectomy, the women may present difficulties in their professional, social, family and sexual life. The present study has the aim of studying the quality of life of women with breast cancer who underwent to radical mastectomy (uni or bilateral) and/or quadrantectomy. A cross-sectional study enrolling 60 women was performed in women with breast cancer submitted to radical mastectomy and or quadrantectomy living in southern Brazil in the year 2007. Quality of life was measured through the WHOQOL Bref and related to socio-demographic variables and also variables related to the health plan used by the women. Linear multiple regression analysis was used to identify the factors independently associated with the quality of life. The results observed suggest that the quality of life of women who performed mastectomy is associated to working, sexual life, sleeping alterations, family income and, health perception at the time of the interview. The type of mastectomy, if radical (uni or bilateral) and/or quadrantectomy showed

a borderline significance with the domain of social relationship but not with the other domains. In conclusion, the results of the present study suggest that the quality of life may be affected by social factors, sexual life, by the intensity of psychiatric symptoms, specially depression. The present results may contribute to understand aspects related to breast women's life after submission to mastectomy, helping the follow up and management of these patients.

Key words: breast cancer, mastectomy, quality of life.

Introduction

Breast cancer is the second most frequent cancer among women⁽¹⁾. About 22% of the new cancer cases every year are from the breast. It is one of the main causes of death among women in western countries⁽¹⁾. And, it is probably the cancer that women most fear, regarding its elevated frequency, but also because of its psychological effects which affect not only the perception of sexuality, but also its own personal image. This type of cancer is relatively rare before the age of 35 years, however its incidence grows rapidly and progressively after that.

An increased frequency has been observed⁽¹⁾. According to the World Health Organization (WHO), in the 60's and 70's a 10 times increase in the age-adjusted incidence rates was reported in populational based cancer registries from several countries.

In Brazil, 49400 new cases of breast cancer were expected in the year 2008, with an estimated risk of 51 cases/100000 women⁽²⁾. Besides, this cancer represents the major cause of death among women, presenting the higher frequency in the southeast and southern regions of the country. The estimated risks among women are 68 cases/100000 and 67/100000 in the southeast and south regions.

Some investigators⁽³⁾ report that the breast, besides its important physiological role in women, from puberty to the adult age, also represents a cultural symbol of the woman identification and of her femininity, expressed by erotism, sensuality and sexuality⁽³⁾. Others^(4,5) indicate that the breast cancer represents a treat in various levels and, its harmful effects of this disease (fear of death, rejection, mutilation, recidive, chemotherapy effects and others) have worried health professionals working with the quality of life of this patients.

Studies^(6,7) with the main objective of understanding the psychological stage of women have used the theory of coping developed by Folkman e Lazarus⁽⁸⁾. This theory is defined as a dynamic process where the own individual develops abilities to deal with threatening situations.

Therefore, these studies try to understand cognitive, affective and behavioral strategies used by mastectomized women to cope with the disease⁽⁶⁾.

The breast cancer causes alterations in the biologic and social universe of the breast cancer woman and the removal of the breast may cause several damages. After mastectomy, the woman may present difficulties in restarting her professional, social, family and sexual life⁽⁷⁾. To learn about how women feel, regarding this context, in our setting, may be useful for women with breast cancer who underwent to radical mastectomy (uni or bilateral) in helping to understand and develop health strategies related to this issues. The present study has the aim of studying the quality of life of women with breast cancer who underwent to radical mastectomy (uni or bilateral) and/or quadrantectomy.

Material and methods

A cross-sectional study was performed with the aim of investigated the quality of life among women with breast cancer submitted to radical mastectomy and or quadrantectomy living in southern Brazil in the year 2007.

Women aged from 35 to 70 years at the interview date, who were diagnosed with breast cancer and were submitted to radical mastectomy, uni or bilateral, and quadrantectomy, during the period of 1990 to 2007, and who had breast reconstruction or not. Women who had surgery to at least 1 year from the interview date (minimal time necessary to elaborate the post-traumatological stress, according to DSM-IV)⁽⁹⁾. Regarding the exclusion criteria, women with important mental impairment, diagnosed by the DSM-IV and women with less than 1 year from the breast surgery were not included in the study.

The sample was calculated using data from similar published studies. The following parameters were used for the calculation: OR= 2.5; type I error = 0.05 and type II error = 0.20 (study power = 80%). A total of 60 women were studied including 10% to compensate for possible losses.

The dependent study variable was the quality of life, measured through the WHOQOL Bref⁽¹⁰⁾. A total of 90% of the questionnaires were applied by the interviewer and 10% were mastectomy, time since the mastectomy was performed, breast reconstruction and adjuvant therapy (chemotherapy and radioterapy). Socio-demographic variables and also variables related to the health plan used by the women.

The *WHOQOL- Bref*⁽¹⁰⁾ contain 26 questions, classified in 4 domains: **physical, psychological, social relationships and environmental**. The questionnaire was applied in

the ambulatory of the Hospital São Vicente de Paulo, in the city of Passo Fundo, southern Brazil. Women that fulfilled the entry criteria were contacted and invited to participate in the study. The study was approved by the Research Ethical Committee of the University of Passo Fundo and all women signed an informed consent. The data collection took place every week, on Mondays and Thursdays, from March to November of 2007. The questionnaire was applied after the clinical visit. Also were interviewed women who are associated to Breast Cancer Support Group, which has 13 years of existence. The information regarding women in this group was collected after at the group meeting which occurred every Tuesday.

WHOQOL-BREF

The four domains of the WHOQOL Breve ⁽¹⁰⁾ were used. From the 26 questions of this instrument, two are general questions over quality of life and, 24 represent each one of the twenty four facets that compose the original instrument WHOQOL-100. In the WHOQOL-100 each one of the 24 facets are evaluated by four questions; in the WHOQOL Bref⁽¹⁰⁾ each facet is evaluated by one question. This instrument uses the following domains:

Domain 1 - Physical:

- 1) pain
- 2) energy and fatigue
- 3) sleeping and resting
- 9) mobility
- 10) regular daily activity
- 11) drug dependency
- 12) work capacity

- **Domain 2- Psychological:**

- 4) positive feelings
- 5) thinking, learning, memory and concentration
- 6) self-respect
- 7) body image and appearance
- 8) negative feelings
- 24) spirituality, religion and personal beliefs

- **Domain 3 – Social Relationships**

- 13) personal relationships
- 14) social support
- 15) sexual activity

- **Domain 4 – Environment**

- 16) physical security and protection
- 17) home environment
- 18) financial resources
- 19) health and social care: quality and availability
- 20) opportunity of acquire new information and abilities
- 21) opportunity and participation in recreational activities
- 22) physical environment: pollution, noise, transit, climate
- 23) transport.

- For each question, categorical ordenades will be used, as the following exemple: HOW DO YOU EVALUATE YOUR QUALITY OF LIFE?
 - 6- very bad
 - 7- bad
 - 8- Not bad nor good
 - 9- good
 - 10- very good

Before the instrument was applied, a brief description of the study aims and the way the data would be used was presented to the study group. Also, they were informed about the instructions to answer the questions.

All information and personal characteristics were collected and registered at the end of the questionnaire was applied, with the aim of leaving the subjects more comfortable to answer the questions.

Statistical Analysis

The scores were punctuated using the statistical package **SPSS 14.0**. The syntax necessary to perform the calculations are available at the UFRGS site, on the address: www.ufrgs/psiq/whoqol4.html, in the itens "[8.6 Sintaxe SPSS - WHOQOL-100](#)" e "[8.7 Sintaxe SPSS - WHOQOL-bref](#)".

The characteristics of the studied sample were described. To compare the categorical variables χ^2 and for the continuous variables the ANOVA test (with Tukey test for multiple comparisons) was used (or its nonparametric correspondent test). Variables with a p-value ≤ 0.20 and/or clinical relevance for the study were analyzed in a linear multiple regression model. This analysis was performed to identify the factors independently associated with the quality of life of the women studied. The analysis was performed using the statistical package SPSS, version 14.0. All results with a $p < 0.05$ were considered statistically significant.

Data Quality Control

All the collected information was stored in a database developed in the program SPSS 14.0. The quality control was done by systematic conference of all data comparing the data in the database with a random sample of 20% of the data registered in the original questionnaires.

Results

A total of 60 women were studied. The mean age observed was 57 ± 11 years, being around 72% with 50 years or older. Regarding schooling, the majority (65%) did not completed elementary school, around 53% had family income up to two minimal wages (\leq US\$ 300), and most of them (78%) used the National Health Care System (SUS). (Table 1)

The means, the correspondent standard deviations and, the range of the scores of the quality of life measured through the questionnaire are presented in Table 2. There was a statistically significant difference between the domains (ANOVA; $p < 0,001$). The mean was higher in the social relationship domain compared to the other domains (Tukey test, $p = 0.02$).

Table 3 describes the distribution of the sample social-demographic characteristics and the domains mean scores for quality of life. There is no significant difference regarding the all domains for the variables age, marital status and religion. A statistical significant difference

was observed in the domains “physical health”, “psychological health” and, “Environmental relationship” with schooling, were the mean scores increases as increases schooling. The same behavior was observed for the variable “family income”. Regarding the health plan, the higher means were observed in the domains “physical and psychological health” and “Environmental relationship” among women who used other type of health plan when compared to those who used SUS.

The results presented on Table 4, show the distribution of clinical and epidemiological characteristics in relation to the studied quality of life scores. There was no significant difference regarding the type of surgery, history of hypertension and women with cancer at present. In relation to the women’s perception of their health, in all four domains the higher scores were observed in those who referred “good” health. The mean scores of the four domains were also higher among the women who referred no history of psychiatric diseases. The same was observed in the scores related to the physical health domain in those women who were not in treatment for cancer at the time of the interview.

A linear multiple regression was used to verify the variables associated with each domain. Regarding physical health, the variable working ($p < 0.001$) and sleeping alterations ($p = 0.02$) were associated to the outcome and, there was a borderline significant association with the variable health status ($p = 0.09$). For psychological health, the variable sexual life ($p = 0.01$) was significantly associated and there was a borderline significance with the variable working ($p = 0.08$). In the domain related to the social relationship a significant association was observed with the variables family income ($p = 0.02$), health plan ($p = 0.04$), sexual life ($p < 0.001$) and health status ($p = 0.01$). Regarding the last domain, it was also observed a borderline significance with the type of surgery performed ($p = 0.06$). Finally, with the environmental relationship domain the variables family income ($p = 0.04$), working ($p = 0.4$) and health status ($p = 0.04$) were associated with the outcome. There was borderline significance between sleeping alterations and this outcome ($p = 0.05$).

Dicussion

The results observed in the present study suggest that the quality of life of women who performed mastectomy is related to working, sexual life, sleeping alterations, family income and, health perception at the time of the interview. The type of mastectomy, if radical (uni or

bilateral) and/or quadrantectomy showed a borderline significance with the domain of social relationship but not with the other domains.

Some authors refer to the difficulty of some women with breast cancer to maintain their working activity⁽¹¹⁾. In the present study, it was observed that a worst quality of life somehow modifies their working activity in the domains of physical and psychological health and also in the worst among those with lower family income and that use the SUS as the only health plan.

Sleeping alterations were related to a worst quality of life affecting women's life in the physical health and environmental domains. Some studies report alterations related to the worsening of these women's sleeping affecting the quality of life in relation to the physical health and environmental relationship. These findings are in agreement with findings presented by other studies^(5, 12, 13).

The results related to the impairment of these women's quality of life being related to aspects of the sexual life, indicating limitations to restart the sexual life is also observed by other authors^(14,15, 16).

Other relevant finding in the present study was the association between the history of psychiatric symptoms, specially depression, with a worst quality of life. This finding is corroborated by other studies^(14,17,18), suggesting the relevance of the identification and treatment of these symptoms with the aim of increasing the quality of life of these women.

Regarding the type of mastectomy performed, if radical (unilateral or bilateral) and/or quadrantectomy, there was no association with the physical and psychological health domains as observed in some studies^(14,17,18,19). However, a borderline significance was observed with the social relationship domain, suggesting that, perhaps, among other aspects, the influence of the body image.

In conclusion, the results of the present study suggest that the quality of life may be affected by social factors, sexual life, by the intensity of psychiatric symptoms, specially depression. The type of mastectomy presented a borderline significance with the social relationship domain. The present results may contribute to the knowledge of aspects related to the mastectomized women's life, helping the follow up and management of these patients.

Bibliographic references:

1. Parkin DM, Whelan SL, Ferlay J, Storm H. Cancer Incidence in five continents; 2005.
2. Mortalidade por câncer no Brasil. Instituto Nacional de Câncer. www.inca.gov.br. Assessed in September 2th; 2008.
3. Duarte T, Andrade A. Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade. Est. Psicol. (Natal). Univ. Fed. Do Espírito Santo, 2003; 8(1):155-163,
4. Giese-Davis J et al. Change in emotion-regulation strategy for women with metastatic breast cancer following supportive-expressive group therapy. Journal Consult Clin Psychol. 2002; 70:916-25.
5. Derchain S, Avelar AM, Camargo CPP, Lourenço LS, Sarian LO, Yoshida A. Qualidade de vida, ansiedade e depressão em mulheres com câncer de mama antes e após a cirurgia. Revista de Ciências Médicas, Campinas - São Paulo – Brasil. 2006; 15:11-20.
6. Speer J, Fann BH. Study of Sexual Functioning Determinants in Breast Cancer Survivors. The Breast Journal. 2005; 11(6): 440-447.
7. Kovács M, Amorin A. Avaliação da Qualidade de Vida em pacientes oncológicos em estado avançado da doença. In: Carvalho M (org.), Psico-oncologia no Brasil: resgatando o viver. São Paulo, ed. Summus, 1998. p.159-185.
8. Folkman S, Lazarus R. Stress, appraisal, and coping. Nova York: Espringer; 1984.
9. Kaplan H et al. Compêndio de Psiquiatria. 7º edição. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
10. Fleck MP, Louzada XM, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação de qualidade de vida “WHOQOL-bref” Rev. Saúde Pública. 2000; 34 (2): 178-83.

11. Shimozuma K, Ganz PA, Petersen L, Hirji K. Quality of life after in the first year after breast cancer surgery:: rehabilitation needs and patterns of recovery. *Breast Câncer Res Treat.* 1999; 56(1): 45-57.
12. Allen JD, Savadatti S, Gurmankin Levy A. The transition from breast cancer ‘patient’ to breast cancer ‘survivor’. *Psychooncology*, 2008. Disponível em: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed. Acesso em: 10 de março de 2008.
13. Akech T, Okuyama T, Imoto S, Yamawaki S, Uchitomi Y. Biomedical and psychosocial determinants of psychiatric morbidity among postoperative ambulatory breast cancer patients. *Breast Cancer Res. Treat.* 2001; 65(3): 195-202.
14. Ganz P, Rowland JH, Desmond K, Meyerowitz BE, Wyatt GE. Life after Breast Cancer: understanding women’s health-related quality of life and sexual functioning. *J. Clin Oncol.* 1998; 16(2): 501-14.
15. Pignata S, Ballatori E, Favalli G, Scambia G. Quality of life: gynaecological cancers. *Ann Oncol.* 2001; 12(3): 37-42.
16. Speer J, Fann BH. Study of Sexual Functioning Determinants in Breast Cancer Survivors. *The Breast Journal.* 2005; 11(6):440-447.
17. Rabin EG, Heldt E, Hirakata VN, Fleck MP. Quality of life predictors in breast cancer women. *Eur J Oncol Nurs*, 2007; 12: 53-57.
18. Derchain S, Avelar AM, Camargo CPP, Lourenço LS, Sarian LO, Yoshida A. Qualidade de vida, ansiedade e depressão em mulheres com câncer de mama antes e após a cirurgia. *Revista de Ciências Médicas, Campinas - São Paulo – Brasil.* 2006; 15:11-20.
19. Geiger AM et al, Contentment with Quality of Life Among Breast Cancer Survivors With and Without Contralateral Prophylactic Mastectomy. *J. Clin. Oncol. American Society of Clinical Oncology.* 2006; 24(9):1350-1356.

Table 1. Characteristics of the studied population.

Characteristics	Mean±SD*	N	%
Age	57.08±11.42		
		17	28.3
< 50 years		43	71.7
≥ 50 years			
Religion			
Catholic		51	85.0
Other		09	15.0
Schooling			
Elementary Incomplete		39	65.0
Elementary complete to Junior incomplete		11	18.3
Junior complete to Highschool		10	16.7
Family income			
≤ US\$ 600		32	53.3
> US\$ 600 to US\$ 1500		18	30.0
> US\$ 1500		9	15.0
Ignored		1	1.7
Health plan			
SUS		47	78.3
Other		13	21.7
Type of surgery			
Radical (uni/bilateral)**		43	71.7
Quadrantectomy		17	28.3

* standard deviation; ** 2 patients performed radical bilateral surgery.

Table 2. Mean, standard deviation and range of the scores of quality of life (WHOQOL-BREF)

Domains**	Mean±SD*	Range
Physical Health	12.9±3.00	8.00 -19.43
Phycological Health	13.96±2.70	7.33 -18.67
Social Relationship ***	15.69±2.40	8.00 – 20.00
Environmental Relationship	13.96±2.16	7.50 – 18.50

* Standard Deviation; ** $p < 0.001$ (ANOVA test) for the comparison between medias;

*** $p = 0.02$ (Tukey test) for the comparison between the the social relationship and the other domains.

Table 3. Distribution of the mean scores of life according to population characteristics.

Characteristics	Physical Health	Phsycological Health	Social Relationship	Environmenta l
Age Strata				
≤ 50 years	13.88±3.25	14.51±3.50	16.16±4.30	14.12±1.25
> 50 years	12.64±2.75	13.74±3.15	15.50±3.65	13.89±2.30
p*	0.13	0.31	0.30	0.74
Schooling				
Elementary School	12.06±2.75	13.25±2.59	15.35±2.26	13.42±1.97
Incomplete				
Elementary to Junior Incomplete	13.82±2.80	14.42±2.85	16.48±2.48	14.50±2.75
Junior complete +	15.71±2.46	16.20±1.54	16.13±1.33	15.45±1.36
“p” **	0.001	0.005	0.32	0.02
“p” ***	0.001	0.004	0.35	0.02
	0.15	0.24	0.63	0.28
	0.25	0.36	0.97	0.54
Marital status				
Single	12.53±2.64	13.90±2.62	15.59±2.40	13.96±2.24
Married	13.12±3.11	13.97±2.75	15.72±2.42	13.96±2.17
P*	0.50	0.93	0.87	0.99
Religion				
Catolic	13.05	13.97	15.79	13.87
Other	12.63	13.85	15.11	14.44
P*	0.66	0.89	0.58	0.39
Family income				
≤ U\$ 600	11.73±2.44	13.17±2.85	15.17±2.72	13.17±2.20
> U\$ 600 to 1500	13.87±3.35	14.63±2.35	15.85±1.88	14.39±2.80
> 1500	15.68±1.80	15.33±2.13	17.33±1.33	15.94±1.26
P**	<0.001	0.04	0.054	0.001
P***	0.001	0.08	0.04	0.001
	0.02	0.15	0.7	0.10
	0.23	0.79	0.58	0.14
Health plan				
SUS	12.22±2.76	13.40±2.64	15.52±2.58	13.67±2.23
Other	15.78±2.09	15.95±1.85	16.31±1.45	15.00±1.63
P*	<0.001	<0.001	0,16	0.049

* p-value for the student t test; ** p-value for ANOVA test; *** p-value for Tukey test

Table 4. Distribution of the mean scores of quality of life according to clinical and epidemiological characteristics.

Characteristics	Physical Health	Psychological Health	Social Relationship	Environmental Relationship
Type of Surgery				
Radical mastectomy	12.81±3.00	13.75±2.79	15.78±2.14	13.63±2.24
Quadrantectomy	13.30±3.16	14.47±2.45	15.45±3.02	14.76±1.79
P*	0.65	0.47	0.63	0.07
Health				
Bad	10.12±1,54	11.24±2.62	13.14±2.36	11.21±2.00
Not bad nor good	11.55±2,09	13.07±1.89	15.07±2.25	13.54±1.43
Good	14.76±2,77	15.27±2.55	16.75±1.91	14.92±2.06
P**	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001
P***	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001
	<0.001	0.03	0.01	0.01
	0.36	0.17	0.09	0.02
Informed morbidities				
Hypertention				
Yes	12.51±2.63	14.03±2.25	14.87±2.91	12.51±2.63
No	13.23±3.18	13.92±2.92	16.10±2.01	13.23±3.18
P*	0.39	0.87	0.39	0.10
Psychiatric Diseases				
Yes	11.07±2.21	11.44±2.49	14,56±2,72	13,12±2,17
No	14.27±2.79	14.96±2.37	16,44±1,83	14,51±2,00
P*	<0.001	<0.001	0,002	0,01
Cancer at present				
Yes	12.36±2.62	14.00±2.38	15,63±1,21	13,68±1,18
No	13.13±3.09	13.95±2.79	15,70±2,60	14,02±2,27
P*	0.45	0.95	0,90	0,64
Treatment at present				
Yes	12,44±2,72	13,77±2,61	15,60±2,43	13,67±1,97
No	17,14±1,44	15,33±3,17	16,38±2,14	16,14±2,49
P*	<0,001	0,15	0,42	0,004

* p-value for the student t test; ** p-value for the ANOVA test; *** p-value for the Tukey test.

8 CONSIDERAÇÕES GERAIS

Os resultados observados neste estudo sugerem que a qualidade de vida de mulheres mastectomizadas está associada a vários fatores como atividade laboral, vida sexual, alterações do sono, renda familiar e a percepção de saúde no momento da entrevista. O tipo de mastectomia realizado, se radical (unilateral ou bilateral) e/ou quadrantectomia apresentou uma significância limítrofe com o domínio das relações sociais, porém não com os outros domínios.

Neste estudo, observou-se uma piora da qualidade de vida nas mulheres que de alguma forma modificaram sua atividade laboral nos domínios da saúde física, psicológica e relações ambientais. Outro achado sugere que a qualidade de vida destas mulheres é pior naquela que tem uma renda familiar mais baixa e também nas que utilizam o SUS como único recurso para atendimento médico.

Foram relatadas alterações relacionadas a uma piora no sono destas mulheres como afetando a sua qualidade de vida em relação aos domínios saúde física e ambiental.

Os achados relativos ao comprometimento da qualidade de vida destas mulheres estar relacionado a aspectos da vida sexual, indicando limitações ao reassumir sua vida sexual.

Outro achado relevante observado neste estudo foi uma associação entre a história de sintomas psiquiátricos, predominantemente depressão com uma pior qualidade de vida., sugerindo a importância da identificação e do tratamento destes sintomas na tentativa de melhorar a qualidade de vida destas mulheres.

Já o tipo de mastectomia realizado, se radical (unilateral ou bilateral) e/ou quadrantectomia, não se mostrou associado com os domínios da saúde física e psicológica neste estudo. No entanto apresentou uma significância limítrofe com o domínio das relações sociais, sugerindo talvez, entre outros aspectos, a importância imagem corporal.

Concluindo, os achados deste estudo sugerem que a qualidade de vida de mulheres mastectomizadas parece ser influenciada por vários fatores sociais, da vida sexual, pela intensidade de sintomas psiquiátricos, em especial os depressivos. O tipo de mastectomia realizado, mostrou uma associação de significância limítrofe com o domínio das relações sociais.

Estes resultados podem contribuir para complementar o conhecimento sobre aspectos relacionadas á vida de mulheres mastectomizadas, auxiliando os profissionais da saúde no

manejo da paciente e os familiares a compreenderem possíveis dificuldades emocionais apresentadas após a mastectomia e tratamento coadjuvante. Também servindo como leitura de apoio para mulheres mastectomizadas.

Sugere-se ainda futuros estudos que venham a complementar essa pesquisa e que possam auxiliar no que se refere a qualidade de vida de mulheres acometidas pelo câncer de mama e submetidas a este tipo de intervenção cirúrgica.

9 ANEXOS

ANEXO A – CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

CONVITE À PARTICIPAÇÃO DE UM ESTUDO SOBRE QUALIDADE DE VIDA

Estamos realizando um trabalho de pesquisa sobre como é que as pessoas acham que está a sua vida nas últimas duas semanas. Para isto, gostaríamos de contar com a sua colaboração durante alguns minutos para responder a um questionário. Serão feitas várias perguntas sobre diferentes aspectos de sua vida: sua saúde física, sua vida emocional, sua relação com amigos e familiares, seu meio-ambiente.

Gostaríamos de deixar claro que esta pesquisa é independente de seu tratamento e em nada influenciará caso o(a) senhor(a) não estiver de acordo em participar. Asseguramos que todas as informações prestadas pelo senhor (a) são sigilosas e serão utilizadas somente para esta pesquisa. A divulgação das informações serão anônimas e em conjunto com as respostas de um grupo de pessoas. Caso o senhor concorde, poderemos passar as informações obtidas a partir desta pesquisa para o seu médico e isto poderá auxiliá-lo na compreensão de seu caso. Você poderá ainda retirar sua participação no estudo a qualquer momento como queira fazê-lo.

Se você tiver alguma pergunta a fazer antes de decidir, sinta-se a vontade para fazê-la.

Data: ____/____/ 200__

Nome do entrevistado: _____

Assinatura: _____

Nome do entrevistador: _____

Assinatura: _____

ANEXO B – FICHA DE COLETA DE DADOS

FICHA DE COLETA DE DADOS

NOME: _____

IDADE (em anos completos) ___/___

DATA DE NASCIMENTO ___/___/___

DATA DA ENTREVISTA: ___/___/___

RELIGIÃO: _____

NÍVEL EDUCACIONAL

- Analfabeto (1)
- I grau incompleto (2)
- I grau completo (3)
- II grau incompleto (4)
- II grau completo (5)
- III grau incompleto (6)
- III grau completo (7)
- Pós-Graduação incompleto (8)
- Pós-Graduação completo (9)

- ESTADO CIVIL**
- Solteira (1)
 - Casada (2)
 - Vivendo como casada (3)
 - Separada (4)
 - Divorciada (5)
 - Viúva (6)

COMO ESTÁ A SUA SAÚDE:

muito ruim (1) fraca (2) nem ruim nem boa (3) boa (4) muito boa (5)

FORMA DE ADMINISTRAÇÃO

DO QUESTIONÁRIO Auto-administrado (1)
 Assistido pelo entrevistador (2)
 Administrado pelo entrevistador (3)

PROBLEMA DE SAÚDE ATUAL/CONDIÇÃO PRESENTE (marcar somente uma, que é a mais relevante para a presente busca de um serviço de saúde)

Nenhum problema	00	Problema nervoso crônico ou emocional	10
Problema de coração	01	Problema crônico de pé (joanete, unha encravada)	11
Pressão alta	02	Hemorroidas ou sangramento no ânus	12
Artrite ou reumatismo	03	Doença de Parkinson	13
Câncer	04	Gravidez	14
Enfisema ou bronquite	05	Depressão	15
Diabetes	06	Doença de pele	16
Catarata	07	Queimaduras	17
Derrame	08	Problema de álcool ou drogas	18
Osso quebrado ou fraturado	09	Outros (especificar).....	

REGIME DE CUIDADOS DE SAÚDE

Sem tratamento (1)
 Ambulatório (2)
 Internação (3)

Data do diagnóstico do Câncer de Mama (mês/ano): _____

Data da mastectomia (mês/ano)_____

Tipo de cirurgia:

- radical -retirada total da(s) mama(s)
- unilateral - de só uma mama
- bilateral - de ambas as mamas
- quadrantectomia- retirada de 1 quadrante de 1 mama
- quadrantectomia- retirada de 1 quadrante das 2 mamas

Reconstrução mamária:

- sim
- não

Em caso afirmativo, responda:

- realizada no ato da mastectomia () _____mês/ano _____
- realizada após a mastectomia () _____mês/ano _____

Cuidados da saúde: () sem tratamento () em tratamento

Em caso afirmativo, especificar tipo de tratamento_____

Plano de saúde: () SUS () particular () outros (especificar)_____

* Renda familiar:

- até 1 salário mínimo
- de 1 a 2 salários-mínimo
- de 2 a 3 salários-mínimo
- de 3 a 4 salários-mínimo
- de 4 a 5 salários-mínimo
- de 5 a 6 salários-mínimo
- de 5 a 10 salários-mínimo
- mais de 10 salários-mínimo

- tendo como referência o salário-mínimo nacional vigente na data da entrevista

ANEXO C - QUESTIONÁRIO WHOQOL-BREVE

QUESTIONÁRIO WHOQOL-BREVE

Instruções					
<p>Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.</p> <p>Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:</p>					
	nada	Muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas.

Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	Muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem	satisfeito	muito satisfeito

				insatisfeito		
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.						
		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.						
		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.						
		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as	1	2	3	4	5

	atividades do seu dia-a-dia?					
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	Algumas vezes	freqüentemente	muito freqüentemente	sempre
26	Com que freqüência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

Você tem algum comentário sobre o questionário? OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO