

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

IMPACTO DAS CIRURGIAS PARA TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA NA
QUALIDADE DE VIDA E ATIVIDADE PROFISSIONAL

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Saúde Pública da
Universidade Federal de Santa Catarina,
como requisito parcial para obtenção do
grau de mestre.

Mestranda: Mirella Dias
Orientadora: Prof^a. Vera Lúcia Guimarães Blank

FLORIANÓPOLIS, 2005.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

**IMPACTO DAS CIRURGIAS PARA TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA NA
QUALIDADE DE VIDA E ATIVIDADE PROFISSIONAL**

Esta Dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de

**Mestre em Saúde Pública
Área de Concentração: Epidemiologia**

É aprovada em sua forma final em 27 de Abril de 2005, atendendo a legislação vigente do Programa de Pós-Graduação – Mestrado em Saúde Pública – Universidade Federal de Santa Catarina.

Profª Dra. Sandra Noemi Cucurullo de Caponi – Coordenadora do Curso

Banca Examinadora:

Profª Dra. Vera Lúcia Guimarães Blank – Presidente / Orientadora

Profº Dr. Marco Aurélio de Anselmo Peres – Membro

Profº Dr. Glaycon Michels - Membro

Profº. Dr. Nelson Blank - Suplente

APRESENTAÇÃO

Este trabalho consiste da dissertação para obtenção do Grau de Mestre do Curso de Mestrado em Saúde Pública, área de concentração em Epidemiologia, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

A dissertação foi baseada fundamentalmente em dois artigos: “Impacto das Cirurgias para o Tratamento do Câncer de Mama na Qualidade de Vida das Mulheres” e “Impacto das Cirurgias para o Tratamento do Câncer de Mama na Atividade Profissional das Mulheres”.

O corpo da dissertação compreende os seguintes capítulos: 1. Introdução, onde se faz um apanhado geral de toda a dissertação; 2. Contextualização, na qual procurou-se mostrar a importância de se conhecer as cirurgias para o tratamento do câncer de mama e suas particularidades, bem como aspectos relacionados a qualidade de vida; 3. Objetivos, geral e específicos; 4. Perguntas da Pesquisa, em função das quais surgiram os objetivos; 5. Materiais e Métodos, onde foram demonstrados os procedimentos utilizados para a realização da pesquisa; 6. Os estudos em formatos de artigos; 7. Considerações Finais com destaque para as conclusões mais relevantes.

Contém como anexos, a ficha de avaliação e o questionário para avaliação da qualidade de vida.

DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação ao meu marido, grande amor da minha vida ... Eduardo. Obrigada por sempre ter acreditado em mim, me incentivando, me apoiando, compreendendo todos os momentos difíceis e se alegrando sempre com as minhas vitórias, que são tuas também. Você sabe como é importante pra mim esta conquista, e foi você que não me deixou desistir. Obrigada por fazer parte da minha vida e torná-la maravilhosa todos os dias, obrigada por somente existir... Essa conquista é tão sua quanto minha!

“É, só eu sei
quanto amor eu guardei
sem saber... que era só... pra você!
É, só tinha de ser com você,
havia de ser pra você,
se não era mais uma dor,
se não ... não seria o amor,
aquele que a gente não vê,
amor que chegou para dar o que ninguém deu pra você..
É você que é feito de azul
me deixa morar neste azul
me deixa encontrar minha paz
você que é bonito demais...
se ao menos pudesse saber,
que eu sempre fui só de você
e você sempre foi só de mim”

TE AMO

Aos funcionários do CEPON, principalmente da biblioteca (Valeu Cris!!), do setor de prontuários e a Direção que me permitiu a realização deste Mestrado.

Aos professores da pós-graduação em Saúde Pública da UFSC.

A minha turminha de 2003.... é muito bom saber que conseguimos. Raquel D'Agostino – Adoro você!!!

A todos os meus amigos, que e fizeram presentes em dias de muita ansiedade, principalmente a Soraia Tonon, que sempre se mostrou tão disponível e por ser sempre esta amiga tão verdadeira e me fazer sentir merecedora de vitórias.. te adoro muito muito Sô. Luana, presentinho de DEUS, fica sempre comigo no CEPON... porque do meu coração você já não tem mais como sair.. eu amo você!! E a todos, que de uma maneira ou de outra se mostraram presentes nesta caminhada. Daysi... quero ver o seu também heim minha amiga!!!

A toda a minha família, sem ela eu não estaria aqui escrevendo a todos.

e.... a todas as mulheres que muito generosamente aceitaram fazer parte desta pesquisa. Aprendi muito com todas vocês.

Muito Obrigada

Mirella

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 (Estudo 1) - Categorização dos valores brutos da Qualidade de Vida.....	28
Tabela 2 (Estudo 1) - Distribuição da qualidade de vida com relação à técnica cirúrgica, à reconstrução mamária, à existência de queixas, ao pós-operatório e ao afastamento da atividade profissional.....	32
Tabela 3 (Estudo 1) - Avaliação da qualidade de vida com relação à técnica cirúrgica, reconstrução mamária, queixas atuais, fisioterapia pós-operatória e afastamento do trabalho.....	33
Tabela 1 (Estudo 2) - Distribuição do afastamento da atividade profissional relacionada à técnica cirúrgica, fisioterapia pós-operatória e existência de linfedema e resultados dos testes qui-quadrados.....	53

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AEM – Auto Exame das Mamas

AVD`S – Atividades de Vida Diária

BCRA – 1 – Breast Cancer Gene 1

BCRA – 2 - Breast Cancer Gene 2

CEPON – Centro de Pesquisas Oncológicas

ECM – Exame Clínico das Mamas.

INCA – Instituto Nacional do Câncer.

MRM – Mastectomia Radical Modificada.

OMS – Organização Mundial da Saúde.

QOL – BC – Quality of life – Breast Cancer

WHO-QOL - World Health Organization – Quality of Life.

ANEXOS

Anexo 1 – <i>Quality of Life Instrument – Breast Cancer Version</i> , questionário proposto pelo National Medical Center and Beckman Research Institute.....	71
Anexo 2 – Ficha de Avaliação de Pacientes Mastectomizadas.....	77

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS.....	vi
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS.....	vii
RESUMO.....	x
ABSTRACT.....	xii
1. INTRODUÇÃO.....	1
2. CONTEXTUALIZAÇÃO	5
2.1 CÂNCER DE MAMA.....	5
2.2 TIPOS DE CIRURGIAS PARA O TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA.....	8
2.3 COMPLICAÇÕES DAS CIRURGIAS PARA O TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA	11
2.4. QUALIDADE DE VIDA	13
3. OBJETIVOS.....	18
3.1 OBJETIVO GERAL.....	18
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
4. PERGUNTAS DA PESQUISA.....	19
5. MATERIAL E MÉTODO	20
5.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA.....	20
5.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA	20
5.3 VARIÁVEIS DO ESTUDO	21
5.4 COLETA DE DADOS	21
6.1 ESTUDO 1 - Impacto Das Cirurgias para o Tratamento do Câncer de Mama na Qualidade de Vida das Mulheres.....	23
6.2 ESTUDO 2 - Impacto das Cirurgias para o Tratamento do Câncer de Mama na Atividade Profissional das Mulheres.....	44
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	64
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65

RESUMO

Esta dissertação teve como propósito avaliar o impacto das cirurgias para o tratamento do câncer de mama na qualidade de vida e atividade profissional das mulheres. Para tal foram realizados dois estudos transversais descritivos. Foram selecionadas para o estudo, 137 mulheres com diagnóstico de câncer de mama que realizaram sua primeira consulta no CEPON (Centro de Pesquisas Oncológicas /SC) no ano 2000, residentes na grande Florianópolis. O primeiro estudo teve como principal objetivo associar alguns aspectos relacionados à cirurgia para o tratamento do câncer de mama, tais como a técnica cirúrgica realizada, a reconstrução mamária, a existência de queixas pós operatórias, a fisioterapia pós-cirúrgica, o afastamento da atividade profissional com a qualidade de vida nestas mulheres. Para a avaliação da qualidade de vida foi utilizada uma versão traduzida para o português do *Quality of Life Instrument – Breast Cancer Version*, questionário proposto pelo National Medical Center and Beckman Research Institute (EUA). Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas com relação ao tipo de cirurgia, a reconstrução mamária e a realização de fisioterapia pós-operatória quando associados a qualidade de vida, no entanto as mulheres que relataram mais queixas atuais apresentaram pior qualidade de vida, assim como as que se afastaram de suas atividades profissionais. O segundo estudo objetivou investigar qual o impacto das cirurgias para tratamento do câncer de mama na atividade profissional da mulher, buscando descrever o número de mulheres afastadas do trabalho, se o tipo de cirurgia (radical ou conservadora) influenciou no afastamento e as principais queixas que levaram a mulher a se afastar de sua profissão. Com relação ao afastamento profissional 59,72% das mulheres tiveram que se afastar de suas atividades profissionais devido à cirurgia. Os principais motivos que causaram o

afastamento das mulheres de seus empregos foram: medo de se machucar, diminuição da força no braço, menor agilidade, indisposição para o trabalho, a percepção de que o braço “pesava” muito, perda ou diminuição do movimento no braço, dor e frequência de exames clínicos. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas quando relacionadas as variáveis tipo de cirurgia, fisioterapia pós-operatória com o afastamento profissional, no entanto a presença do linfedema encontrado em 58,1% das mulheres que se afastaram de suas atividades profissionais apresentou significância estatística marginal ($p=0,0519$).

ABSTRACT

This dissertation had the purpose to estimate the impact of surgery for breast cancer treatment at women's quality of life and professional activity. This dissertation is based on two descriptive cross-sectional studies. To realize this study 137 women with breast cancer diagnosis were selected, which were first consulted at CEPON (Center of Oncology Research / *Santa Catarina*) in 2000, all residents of *Grande Florianópolis*. The first study had as main purpose associate some aspects related to breast cancer treatment surgery, such as the applied surgery technique, breast reconstruction, existence of complaints after surgery, physiotherapy after surgery, the removal of professional life along with life quality of these women. To estimate life quality, a Portuguese translated version of *Quality of Life Instrument – Breast Cancer Version* was used, questionnaire proposed by the *National Medical Center and Beckman Research Institute (USA)*. There were not significant statistic differences related to the surgery technique, breast reconstruction and physiotherapy after surgery, when associated to life quality. However, women which reported more current complaints presented worst life quality, as well as women who recede from their professional activities. The second study had as objective to investigate the impact of breast cancer treatment surgery at women's professional activity, seeking to describe the number of women removed from work, if the surgery technique (radical or conservatory) had influence on the removal and the main complaints which made them move away from their profession. Regarding professional removal, 59,72% of the women had to move away from their professional activities due to surgery. The main reasons which caused their removal were: fear of hurting herself, decrease of arm strength, less agility, unwillingness to work, the perception the arm was "heavy", loss or decrease in arm motion,

pain and clinical exams frequency. There were not significant statistic differences when the variables surgery technique and physiotherapy after surgery were related with the professional removal. However, the presence of lymphedema, founded in 58,1% of the women who moved away from their professional activities, showed marginal significance statistics ($p \leq 0,0519$).

1. INTRODUÇÃO

O câncer de mama é uma das doenças de maior importância atualmente, e segundo Boff (2001) tornou-se nos últimos anos, um problema de saúde pública mundial. A ênfase e o interesse direcionados ao conhecimento das patologias mamárias tem sido crescentes e diretamente relacionados à alta incidência com que estes problemas atingem a população feminina.

No caso específico do câncer de mama, as repercussões não se fazem sentir somente no nível orgânico, mas também, no âmbito psicossocial. As mulheres acometidas por essa enfermidade vivem, interagem e fazem parte de um contexto que sofre e ressente-se solidariamente com a doença.

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), para o ano de 2005, estima-se o surgimento de 49.470 novos casos de câncer de mama no Brasil. Para o Estado de Santa Catarina, o INCA prevê a ocorrência de 1610 novos casos, destes 170 para a capital Florianópolis (INCA 2005). O INCA declara que o câncer de mama é o segundo tipo mais freqüente no mundo e o primeiro entre as mulheres, cerca de um milhão de casos novos estimados, e estes ocorrem em sua maioria nos países desenvolvidos.

Nos últimos 20 anos as técnicas para o tratamento do câncer de mama sofreram significativas mudanças com a utilização de técnicas cirúrgicas menos radicais. No entanto, a mulher ainda está propensa a desenvolver complicações decorrentes da mastectomia (CAMARGO; MARX 2000). Estas complicações acarretam uma série de conseqüências de ordem física e emocional, dentre as quais destacam-se as relacionadas ao desempenho de suas atividades da vida diária (AVDs) e de seus papéis sociais (MAMEDE et al. 2000). Segundo Campos in Faria (1994), estes fatores limitantes poderão resultar em problemas de

natureza física, psicológica, social, conjugal, ocupacional e financeira interferindo na qualidade de vida das pacientes cirurgiadas.

Shimozuma et al. (1999) afirmaram que no primeiro ano após o tratamento cirúrgico do carcinoma mamário, as restrições físicas como limitação de amplitude de movimento e de força muscular impostas pelo manejo cirúrgico são maiores, e afetam diretamente a capacidade destas mulheres nas atividades diárias e profissionais.

Segundo Capodaglio et al. (1997), os pacientes oncológicos apresentam, com a terapêutica atual, uma grande sobrevida, e suas necessidades para retornar às atividades sociais e produtivas transformam-se em foco primário de intervenção.

Em 1993, a World Health Organization (Organização Mundial de Saúde) - Quality of Life Group (WHO-QOL), definiu qualidade de vida como uma percepção individual da posição do indivíduo na vida, no contexto de sua cultura e sistema de valores nos quais ele está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito de alcance abrangente afetado de forma complexa pela saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais e relações com as características do meio ambiente do indivíduo (OMS, 1993). De acordo com Mamede et al. (2000) no caso particular de mulheres tratadas cirurgicamente por câncer de mama, acredita-se que a qualidade de vida dessas mulheres seja profundamente atingida, devido às alterações biopsicossociais que comumente ocorrem durante o tratamento.

Mamede et al. (2000) enfatizaram que a qualidade de vida é avaliada do ponto de vista da mulher: “Qualidade de Vida se refere à apreciação dos pacientes e sua satisfação com o nível de funcionamento, comparado com o que ele percebe como sendo possível ou ideal”.

Dorval et al. (1998), avaliaram a qualidade de vida em 227 mulheres que realizaram o procedimento cirúrgico para o tratamento do câncer de mama nos Hospitais de Quebec - Canadá, e identificaram a dificuldade nas realizações das atividades de vida diária como sendo o maior problema referenciado pelas mulheres. Capodaglio et al. (1997), observaram que mesmo nas cirurgias conservadoras, onde ainda era realizado a linfadenectomia axilar (retirada dos gânglios axilares comprometidos ou não com metástases), as mulheres relataram uma pior qualidade de vida com relação ao funcionamento físico, e isto incluiu fadiga, dor e pior adaptação ao trabalho.

Segundo Sales et al. (2001), em um estudo realizado no Hospital Escola da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro- MG, com 50 mulheres com diagnóstico de câncer de mama, as razões apresentadas pelas pacientes para o afastamento ou redução das atividades profissionais e/ou domésticas foram: dor, orientação de não pegar peso, menor agilidade, discriminação, “inchaço” do braço, maior cuidado consigo mesma, filhos não deixaram trabalhar, idade, cirurgia e preocupações. Desta forma, a avaliação da qualidade de vida como lembra Barros (2001) deve levar em conta os aspectos individuais de cada paciente, uma vez que determinados indivíduos podem preferir sobreviver a qualquer custo, enquanto outros poderão optar por não valer a pena viver sob certas circunstâncias impostas pelo tratamento.

O Centro de Estudos e Pesquisas Oncológicas Dr. Alfredo Daura Jorge – CEPON - localizado na cidade de Florianópolis, estado de Santa Catarina, atende a pacientes oncológicos em geral, e tem o câncer de mama como um de seus principais focos de atenção. Os principais tratamentos oferecidos por esta Instituição são a quimioterapia, a

radioterapia, a terapia medicamentosa, nutricional e a reabilitação física e psicológica para seus pacientes.

Compõem esta dissertação dois estudos transversais-descritivos sobre o impacto das cirurgias para tratamento do câncer de mama na qualidade de vida e atividade profissional das mulheres atendidas no CEPON no ano 2000, residentes na grande Florianópolis. Esta pesquisa buscou descrever variáveis relacionadas à cirurgia nas mulheres com câncer de mama que realizaram seu tratamento (quimioterapia e hormonioterapia) nesta instituição, com sua atividade profissional e qualidade de vida. Assim, deste estudo poderá sugerir um melhor direcionamento na avaliação e tratamento destas mulheres, que serão beneficiadas através de um melhor esclarecimento frente às suas limitações, reintegrando-a mais rapidamente as suas atividades sociais e profissionais, melhorando assim sua qualidade de vida.

O primeiro estudo buscou relacionar os tipos de cirurgias para tratamento do câncer de mama, as queixas atuais mais relatadas, a realização de reconstrução mamária, a fisioterapia e a atividade profissional com a qualidade de vida das mulheres.

No segundo, será apresentada uma relação entre a capacidade para o trabalho, com variáveis como o tipo de cirurgia, a realização de fisioterapia, as queixas principais atuais das mulheres, buscando obter informações relacionadas ao afastamento do trabalho e os motivos que levaram a este afastamento.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO

2.1 CÂNCER DE MAMA

Morelle; Garicochea (2000) afirmam que o câncer de mama constitui uma doença de grande impacto na saúde pública mundial. Esta patologia é, provavelmente, a mais temida pelas mulheres devido à sua alta frequência e, sobretudo, pelos seus efeitos psicológicos, que afetam a percepção de sexualidade e a própria imagem pessoal. Ele é relativamente raro antes dos 35 anos de idade, mas acima desta faixa etária sua incidência cresce rápida e progressivamente (INCA, 2005). O câncer de mama segundo Marcelino; Costa; Braz (2003), vem acometendo mulheres jovens com curva ascendente a partir dos 25 anos de idade, com a maioria dos casos concentrados entre 45 e 50 anos.

Hegg (2000), afirma que o carcinoma de mama tem sua importância fundamentada em diversos aspectos: alta incidência, elevado índice de mortalidade, dificuldade para estabelecer diagnóstico precocemente e a escassez de informações sobre seu comportamento biológico.

Este tipo de câncer representa nos países ocidentais uma das principais causas de morte em mulheres. As estatísticas indicam o aumento de sua frequência 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 em suas taxas de incidência ajustadas por idade nos registros de câncer de base populacional de diversos continentes. Tem-se documentado também o aumento no risco de mulheres migrantes de áreas de baixo risco para áreas de risco alto. Nos Estados Unidos, a Sociedade Americana de Cancerologia indica que uma em cada 10 mulheres tem a probabilidade de desenvolver

um câncer de mama durante a sua vida. O crescimento contínuo da incidência de câncer de mama na última década pode ser resultado de mudanças sócio-demográficas e acessibilidade aos serviços de saúde. Estima-se que a sobrevida média geral cumulativa após cinco anos seja de 65% nos países desenvolvidos, e de 56% para os países em desenvolvimento. Na população mundial, a sobrevida média após cinco anos é de 61% (INCA, 2005).

No Brasil, o câncer de mama é o que mais causa mortes entre as mulheres. E dos 467.440 novos casos de câncer com previsão de serem diagnosticados em 2005, o câncer de mama foi o segundo mais incidente entre a população feminina, sendo responsável por 49.470 novos (INCA, 2005).

Os fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de mama ainda são discutidos, mas apontam-se como possíveis fatores etiológicos o componente genético, o estilo de vida, fatores da personalidade feminina e/ou traumas emocionais prévios ao aparecimento do tumor, hábitos alimentares, estresse, dentre outros (CAMARGO; MARX, 2000; HEGG, 2000). O histórico familiar constitui o fator de risco mais importante, especialmente se o câncer ocorreu na mãe ou em irmã, se foi bilateral e se desenvolveu antes da menopausa. Outro fator de risco é a exposição à radiação ionizante antes dos 35 anos. A menopausa tardia (além dos 50 anos, em média) está associada a uma maior incidência, assim como a primeira gravidez após os 30 anos de idade. No entanto, ainda não está comprovado se a mulher que retarda intencionalmente a gravidez para depois dos 30 anos tem maior risco do que aquelas cuja gravidez não pôde ocorrer espontaneamente (BLAND; COPELAND, 1994).

Com relação aos fatores sócio-econômicos no desenvolvimento do câncer, os trabalhos de Pastorello (1987) e de Mant; Vessey (1994), defendem a teoria de que o risco

aumenta de acordo com o nível sócio-econômico (mais alto), podendo-se sugerir a influência dos hábitos alimentares e estilo de vida no desencadeamento do câncer de mama.

Fatores genéticos relacionados às mutações dos genes BRCA-1 (localizado no cromossomo 17) e BRCA-2 (cromossomo 13), parecem estar envolvidos no processo de carcinogênese dos casos familiares de carcinoma mamário em mulheres mais jovens (HEGG, 2000). Menke et al. (1997), afirmam que 5 a 10% dos casos de câncer de mama são do tipo hereditário, e que quando associados a mutações no gene BRCA-1, as mulheres têm 85% de chances de desenvolver câncer de mama.

Fatores como câncer de mama pós-menopausal em parente de primeiro grau, obesidade em mulher acima de 50 anos de idade, história de irradiação em parede torácica ou mama, etilismo, nuliparidade ou primigesta idosa (após 30 anos de idade), não ter amamentado ou tê-lo feito por pouco tempo e uso prolongado de estrógenos, tanto na forma de método contraceptivo, quanto como meio para reposição hormonal representam, de acordo com Hegg (2000) fatores de risco em menor grau.

Menke et al. (1997), classificam menarca precoce (anterior aos 11 anos de idade), menopausa tardia (posterior aos 55 anos de vida), raça caucasiana, aumento de peso em período pós-menopausa e dieta com alta ingestão de gorduras, como fatores de risco secundários ao desenvolvimento do câncer de mama.

As formas mais eficazes para detecção precoce do câncer de mama são o auto-exame das mamas, o exame clínico e a mamografia. As pesquisas indicam um impacto significativo do Auto-Exame das Mamas - AEM na detecção precoce do câncer, registrando-se tumores primários menores e menor número de linfonodos axilares invadidos pelo tumor (ou por células neoplásicas) nas mulheres que fazem este exame regularmente. A sobrevida em cinco anos tem sido de 75% entre praticantes do AEM

contra 57% entre as não-praticantes. Esta vantagem na sobrevida persiste quando se ajusta por idade, método de detecção, histórico familiar e demora na aplicação do tratamento (PINOTTI, 1991).

A mamografia que é o exame radiológico dos tecidos moles das mamas, é considerada um dos mais importantes procedimentos para o rastreamento do câncer ainda impalpável de mama. A sensibilidade da mamografia é alta, ainda que, na maioria dos estudos feitos, sejam registradas perdas entre 10 a 15% dos casos de câncer detectáveis ao exame físico. A sensibilidade da prova é muito menor em mulheres jovens. A mamografia, devido à sua pouca eficácia em mulheres com menos de 40 anos e mais de 70, em termos epidemiológicos e de saúde pública, não deve ser utilizada em programas maciços, e sim ser indicada no seguimento das mulheres de alto risco ou com suspeitas de doenças mamárias.

O rastreamento do câncer de mama feito pela mamografia, com periodicidade de um a três anos, reduz significativamente a mortalidade em mulheres de 50 a 70 anos. Nas mulheres com menos de 50 anos, existe pouca evidência deste benefício. O Instituto Nacional de Câncer recomenda que o Exame Clínico das Mamas - ECM seja realizado a cada três anos pelas mulheres com menos de 35 anos, a cada dois anos pelas mulheres entre 35 e 39 anos e anualmente pelas mulheres entre 40 e 49 anos. As mulheres na faixa etária entre 50 e 70 anos devem submeter-se ao exame anual ou semestralmente, sendo a mamografia indicada em casos suspeitos e de alto risco (SILVA; FERRARI; ROCHA, 1998).

2.2 TIPOS DE CIRURGIAS PARA O TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA.

Bennion; Love (2000), apontam que atualmente existem duas opções principais para a cirurgia do câncer de mama: a mastectomia total (mastectomia radical a Halsted e mastectomias radicais modificadas) e a cirurgia de conservação da mama, também denominada ressecção do nódulo, exérese ampla, ressecção segmentar, quadrantectomia e tumorectomias.

Foi Willian Halsted em 1894, quem primeiro descreveu a técnica da mastectomia radical, mais tarde conhecida como mastectomia radical clássica ou operação de Halsted (MENKE et al. apud BOFF 2001). A cirurgia proposta por Halsted consistia na ablação da mama, de ambos peitorais e do conteúdo axilar em monobloco através da incisão vertical. Neste período a disseminação era associada ao conhecimento anatômico de progressão (da mama para as cadeias linfáticas axilares e interpeitorais), e assim uma cirurgia locorregional abrangente seria a melhor solução de cura.

Atualmente as indicações para a realização deste tipo de cirurgia são poucas, o que se deve ao fato de ser este procedimento altamente invasivo e causador de inúmeras complicações, dentre as quais destacam-se restrições à movimentação e força muscular referentes ao membro superior homolateral ao procedimento cirúrgico, e ocorrência de linfedema (CAMARGO; MARX 2000).

As técnicas cirúrgicas mais radicais, devido ao número de complicações, foram dando espaço para as mastectomias radicais modificadas (MRM), que até hoje são as opções cirúrgicas mais utilizadas no tratamento do câncer de mama. Há, basicamente, dois tipos de MRM: a de Pattey-Dyson que preserva o músculo peitoral maior, realizando a retirada radical da mama, do conteúdo axilar e do peitoral menor e a de Madden-Auchinclos, que se diferencia por preservar ambos peitorais. Estudos comparando as

técnicas de mastectomia radical clássica com as mastectomias radicais modificadas não demonstraram diferença de efetividade entre os grupos (BOFF, 2001).

Em relação a dissecação axilar completa, ela é de grande importância para determinar o estadiamento e o prognóstico da paciente com câncer de mama, por dar uma completa informação sobre o estadiamento da doença além da proteção locorregional, o que não se consegue com uma linfadenectomia parcial dos linfonodos axilares. Porém, para muitos, não está claro se a dissecação de linfonodos axilares traz benefícios além de um atraso na recorrência locorregional e se as taxas de sobrevivência decorrem da limpeza axilar ou das terapias adjuvantes que se seguem após a dissecação (HACK et al. 1999).

Uma quadrantectomia é um procedimento cirúrgico que remove o quadrante da mama onde está localizado o carcinoma primário (VERONESI, 1994).

No caso de tumores pequenos, margens cirúrgicas seguras podem ser mantidas sem, contudo, executar-se uma mastectomia total. O conceito de máxima preservação, no âmbito da medicina cirúrgica, evoluiu ao longo do tempo, em virtude de grandes mudanças que aconteceram nas características das populações de pacientes nas últimas décadas. Melhor educação e informação dos indivíduos, recursos diagnósticos mais refinados e campanhas de triagem e prevenção difundidas largamente, contribuíram para a detecção cada vez mais precoce do câncer (MENKE et al, 2001).

Marcelino; Costa; Braz (2003), definem tumorectomia como a remoção do tumor sem margens de tecido circunjacente, no caso de tumores de até 1 cm de diâmetro, conservando a aponeurose subjacente do peitoral maior devendo estar associada à realização de linfadenectomia e radioterapia. Pusic et al. (1999), defendem que quando associada à radioterapia, a tumorectomia é tão efetiva quanto a mastectomia radical modificada.

A dissecação dos linfonodos axilares, segundo Kuehn et al. (2000), é atualmente procedimento padrão no manejo cirúrgico do câncer de mama, apesar de estar associado a altos índices de morbidade pós-operatória, a curto e longo prazos, já que este método exige a dissecação de pelo menos dez linfonodos para controle adequado do tumor.

Morelle; Garicochea (2000), apontam que a dissecação dos linfonodos axilares é o procedimento utilizado para o estadiamento de mulheres com câncer de mama, podendo ser evitada, no futuro, nos casos sem envolvimento metastático comprovado após realização de linfonodo sentinela.

O linfonodo sentinela, de acordo com Morelle; Garicochea (2000), caracteriza-se como sendo o primeiro linfonodo a receber a drenagem linfática do tumor, que quando livre de metástases, supõe-se que todos os outros linfonodos também encontram-se livres de acometimento. Da mesma forma, o envolvimento do linfonodo sentinela pode indicar que os outros gânglios regionais possam estar envolvidos. O cirurgião identifica o primeiro linfonodo de drenagem do tumor por injeção de azul patente (blue dye) ou colóides radioativos intradérmicamente no sítio do tumor primário. Então o linfonodo identificado é removido e encaminhado para avaliação histopatológica. Esta cirurgia é um grande avanço no que diz respeito à prevenção dos linfedemas secundários a exereses dos linfonodos, uma vez que preservando os gânglios mantém-se a função normal do sistema linfático.

2.3 COMPLICAÇÕES DAS CIRURGIAS PARA O TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA

Marcelino; Costa; Braz (2003), colocam que as principais complicações pós-operatórias após o câncer de mama são: aderência cicatricial, retrações, fibrose, dor na

incisão cirúrgica e região cervical, alterações posturais e respiratórias, linfedema, alterações de sensibilidade, diminuição da amplitude de movimento, fraqueza e encurtamentos musculares, além de alterações psicológicas e modificação da auto-imagem.

Durante a mastectomia vários tecidos são lesionados, principalmente o linfático, o que leva a uma série de complicações. Warmuth et al. (2000), publicaram um estudo relacionado às complicações da dissecação dos nódulos linfáticos axilares após a mastectomia. O estudo acompanhou 132 mulheres por um período de 2 a 5 anos após a cirurgia, sendo que nenhuma apresentou recidiva do carcinoma neste período. Realizaram-se exames para determinar a prevalência dos sintomas e complicações, percebidos pelas mulheres no período pós-operatório. Do total de mulheres, 35% relataram dormência (falta de sensibilidade). A dor foi percebida por 30% das mulheres, 15% apresentaram linfedema e 8% apresentaram limitação do movimento de ombro. Outras 8% relataram episódios de infecção e inflamação. Sugden et al. (1998), em um estudo realizado no Oxford Radcliffe Hospital, envolvendo 141 pacientes no período pós-operatório mostraram que a função do ombro esteve reduzida em 79% das pacientes que realizaram mastectomia radical e 35% nas que tiveram excisão local.

Hernández (2000), descreve o edema do membro superior após uma mastectomia por câncer de mama, como a mais desagradável e freqüente das complicações não letais e que leva a perda funcional do membro afetado. De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA) 2001, cerca de 50 a 70 % das pacientes que sofrem cirurgia nodo axilar, desenvolvem linfedema.

2.4. QUALIDADE DE VIDA

A detecção cada vez mais precoce do câncer, o avanço no tratamento e o número crescente de sobreviventes, têm levado os profissionais de saúde envolvidos no tratamento desses doentes, a dar maior ênfase para a qualidade de vida dos mesmos.

Existem diversos conceitos para o termo qualidade de vida. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define qualidade de vida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores no quais ele vive em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

Soares et al. (2001), a definem como a maneira pela qual os pacientes avaliam seu nível de funcionalidade e satisfação em relação a um padrão ideal por eles mesmos definido.

Whelan et al. (2000), preferem conceituá-la como um ramo de variadas experiências subjetivas (como sintomas, funcionamento físico, emocional e social) relacionados à saúde.

Mercês (1998), ressalta que intervenções terapêuticas que visem a qualidade de vida, não devem consistir apenas na prevenção dos sintomas ou alívio da angústia, mas proporcionar ao paciente equilíbrio com diminuição da ansiedade e o estímulo ao autocuidado.

A mesma autora relata ainda que ao invés de considerar o aspecto da qualidade de vida apenas para pacientes oncológicos em fase terminal da doença, como é costumeiramente realizado, o conceito de qualidade de vida deveria nortear a abordagem dos profissionais de saúde também para a pessoa que sofre o impacto das mudanças provocadas pela doença, tais como o diagnóstico, o tratamento, o estigma social, o que

ocorre com milhares de mulheres que têm diagnosticado o câncer de mama, e nunca atingem a fase terminal da doença, haja visto que o tratamento para tal é realizado comumente com sucesso.

Mercês (1998), ao avaliar a percepção de pacientes oncológicos sobre a sua qualidade de vida, considerou que esta poderia ser afetada sob diversas dimensões: física, psico-emocional, social, espiritual, e ocupacional. À dimensão física, esta define como compreendendo todos os eventos biológicos, orgânicos e funcionais que ocorrem com o enfermo, bem como o gerenciamento de auto-cuidado.

Mulheres com carcinoma mamário em estágio inicial tem, segundo Nissen et al. (2001), três opções de tratamento cirúrgico: cirurgia conservadora, mastectomia, e mastectomia com reconstrução mamária imediata, sendo a escolha entre uma ou outra técnica cirúrgica norteada pelo conceito de otimização da qualidade de vida da paciente.

Segundo Silva; Ferrari; Rocha (1998), as complicações freqüentes de uma cirurgia de mama, tais como deiscência cicatricial, retrações e fibroses teciduais, dor na incisão cirúrgica e região cêrvico-escapular, alterações respiratórias, linfedema, fraqueza muscular, alterações de sensibilidade no membro superior acometido, lesões nervosas, adesões da parede torácica dentre outras, contribuem de forma significativa para a diminuição da amplitude de movimento, prejudicando as atividades da vida diária, e conseqüentemente a qualidade de vida destas mulheres.

A mastectomia resulta, segundo Molenaar et al. (2001), em extensa cicatriz na parede torácica, além de exigir tempo para ajustamento da paciente referente a perda da mama.

Caliri et al. (1998), colocam que na fase do tratamento do câncer de mama, as mulheres além de conviverem com os efeitos colaterais desgastantes, ainda têm de

enfrentar as dificuldades impostas pelo sistema de saúde, que nem sempre têm disponíveis os recursos terapêuticos necessários, o que leva muitas dessas pacientes a se deslocar para outros municípios, muitas vezes em condições físicas adversas, o que aumenta seu sofrimento e potencializa os efeitos colaterais do tratamento.

Mamede et al. (2000), ressaltam que o tratamento para o câncer de mama, em especial a cirurgia, acarreta para a mulher uma série de conseqüências de ordem física e emocional, dentre as quais destacam-se aquelas relacionadas ao desempenho de suas atividades na vida diária e de seus papéis sociais.

As experiências por que passam as mulheres frente ao câncer de mama, ocorrem como um processo dinâmico na busca de adaptação e equilíbrio, uma vez que passam a conviver com perdas, alterações da imagem corporal, complicações ligadas a sua insegurança e ainda, com as incertezas da doença (CALIRI ET AL. 1998)

Sales et al. (2001), entrevistaram 50 mulheres com diagnóstico de câncer de mama sobre a qualidade de vida sob sua própria ótica, e verificaram que os principais motivos pelos quais as mulheres reduziram ou deixaram de realizar suas atividades de lazer foram dor, a rotina de exames freqüentes, preocupações com a doença e o tratamento, não se sentir bem e a idade avançada.

Rodrigues; Silva; Lopes (1998), colocam que a recuperação e reabilitação após mastectomia é freqüentemente um processo desgastante podendo ser acompanhado de limitações, que as impossibilitam de desenvolver algumas das ações que costumeiramente faziam.

Sales et al. (2001), relataram em seu estudo, que 22% das pacientes referiram que problemas físicos decorrentes da doença e do tratamento determinaram influências na vida pessoal, social e familiar. Das 50 pacientes com diagnóstico de carcinoma de mama

entrevistadas por estes autores, os problemas físicos e situações mencionadas foram: a dor pré (4%) e pós-cirúrgica (8%), a própria doença (6%), a dor da metástase (2%), mutilação (2%), o tratamento radioterápico (2%) e o cirúrgico (2%). Nesta mesma pesquisa, as conseqüências das alterações físicas apresentadas pelas pacientes na sua qualidade de vida foram a introversão (4%), a dependência dos outros (4%), o nervosismo (4%), o choque das pessoas (4%), medo (4%), vergonha de se vestir (2%), o distanciamento das pessoas (2%) e problemas com alimentação e sono (2%). Afirmando ainda que as razões pelas quais estas pacientes avaliam sua qualidade de vida como ruim ou regular compreendem dor, insônia, dificuldades psicológicas, preocupações financeiras e medo da recorrência neoplásica.

Pacientes com linfedema pós-mastectomia, segundo Bergmann (1998), queixam-se de dificuldade em conviver socialmente, em se vestir, procurando ao máximo esconder esta condição na tentativa de evitar explicações, o que prejudica sua auto-estima, imagem corporal, relação social e sexual, todos estes fatores importantes para a qualidade de vida.

O tratamento do câncer de mama, até meados da década de 70, era considerado como um território de domínio do cirurgião. Foi nas últimas décadas, que o conceito de equipe multidisciplinar passou a ser incorporado no seu manejo.

Mamede et al. (2000), enfatizam a importância de uma assistência multiprofissional, voltada para a reabilitação de mulheres com câncer de mama, uma vez que seu tratamento leva a sérios problemas físicos, emocionais, sociais e sexuais.

Desta forma, para que a mulher mastectomizada possa voltar às suas atividades cotidianas é necessário, segundo Silva; Mamede (1998), que ocorra um processo de reabilitação, um processo individual e específico de cada mulher que envolva o desenvolvimento de capacidades físicas, intelectuais e espirituais, ou seja, um processo que inclui atitudes, valores e crenças, e que tem uma ampla conotação social. E durante este

processo não significa apenas que estas mulheres tenham que reaprender a vestir-se, banhar-se, caminhar sozinha ou fazer exercícios físicos, significa acima de tudo que estas mulheres precisam redescobrir seu próprio papel dentro da família, reformular seu auto-conceito e auto-imagem e enfrentar os problemas e limitações cotidianos.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o impacto do tratamento cirúrgico para o câncer de mama na qualidade de vida e atividade profissional nas mulheres atendidas no CEPON (Centro de Estudos e Pesquisas Oncológicas) no ano de 2000 .

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever o perfil epidemiológico das mulheres com diagnóstico de câncer de mama atendidas no CEPON no ano de 2000.

Relacionar os tipos de cirurgias para o tratamento do câncer de mama e seu impacto na Qualidade de Vida.

Verificar quais complicações decorrentes do tratamento cirúrgico para o câncer de mama podem afetar a mulher em sua vida profissional.

4. PERGUNTAS DA PESQUISA

Qual o perfil epidemiológico das mulheres com diagnóstico de câncer de mama atendidas no CEPON no ano de 2000?

Os tipos de cirurgias para o tratamento do câncer de mama podem causar diferenças na Qualidade de Vida das mulheres?

Quais complicações decorrentes do tratamento cirúrgico para o câncer de mama podem afetar a mulher em sua vida profissional?

5. MATERIAL E MÉTODO

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Estudo de delineamento Transversal. Esta pesquisa foi realizada junto ao Centro de Pesquisas Oncológicas de Santa Catarina – CEPON. Esta Instituição atende à pacientes com todos os tipos de câncer, oferecendo tratamento clínico e acompanhamento da patologia. Consta de uma equipe multiprofissional que procura oferecer qualidade nos atendimentos prestando assistência aos pacientes do SUS – Sistema Único de Saúde. O câncer de mama, por sua alta incidência, torna-se um dos principais focos de atenção dentro da Instituição.

5.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população investigada foi constituída por mulheres atendidas no CEPON (Centro de Estudos e Pesquisas Oncológicas) no ano 2000, com diagnóstico de câncer de mama. A escolha deste ano deve-se ao fato de que a Instituição citada, consta de dados informatizados referentes a todos os pacientes atendidos somente até este período.

Foram entrevistadas 137 mulheres cadastradas no CEPON, no mesmo ano, que realizaram tratamento cirúrgico para o câncer de mama e residentes na grande Florianópolis (Florianópolis, São José, Palhoça Biguaçu, Santo Amaro da Imperatriz).

5.3 VARIÁVEIS DO ESTUDO

Como variável dependente tem-se a qualidade de vida, e como variáveis independentes a cirurgia de mama, tipo de cirurgia (mastectomia radical Halsted, mastectomias radicais modificadas, quadrantectomia, tumorectomia, linfadenectomia axilar, linfonodo sentinela) e tempo decorrido entre a cirurgia e a realização do estudo, idade da paciente, ocupação, tratamentos realizados (quimioterapia, radioterapia, hormonioterapia), e complicações decorrentes da cirurgia que podem alterar a capacidade para o trabalho das pacientes (Diminuição da amplitude de movimento, linfedema do membro superior, diminuição da sensibilidade, retrações cicatriciais, dor). membro superior, diminuição da sensibilidade, retrações cicatriciais, dor). Estas variáveis são pertinentes para a análise estatística da pesquisa.

5.4 COLETA DE DADOS

A partir da seleção das mulheres residentes na grande Florianópolis e tratadas no CEPON no ano de 2000, foi realizada uma investigação através de dados secundários coletados nos prontuários da instituição, em busca da história clínica das mulheres tratadas por câncer de mama, identificando as variáveis selecionadas para o estudo.

Para a avaliação da qualidade de vida foi utilizada uma versão traduzida para o português do *Quality of Life Instrument – Breast Cancer Version*, questionário proposto pelo National Medical Center and Beckman Research Institute – EUA e em processo de validação em português pela Universidade Federal de Santa Catarina. (Anexo 1). Este

questionário consta de 46 questões divididas em quatro domínios de qualidade de vida que incluem: bem-estar físico, bem-estar psicológico, bem-estar social e bem-estar espiritual. Na mensuração da qualidade de vida, obtém-se os valores brutos e tem-se como melhor qualidade de vida os maiores escores (Ferrel & Grant, 1995).

Para a coleta destes dados foi marcada uma entrevista individual (via telefone) com as mulheres no ambulatório de Fisioterapia do CEPON no período de junho a dezembro de 2004, sendo que algumas entrevistas foram realizadas diretamente no domicílio da mulher, pelo fato destas não poderem locomover-se até a Instituição, ou não sentirem-se confortáveis emocionalmente para tal. Após autorização do sujeito da pesquisa em participar do estudo através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foram coletados em uma ficha de avaliação, dados referentes ao procedimento cirúrgico e suas implicações na vida diária da mulher além de dados relacionados à atividade ocupacional buscando saber se a mesma exerce suas funções profissionais sem modificações ou se o procedimento cirúrgico para o tratamento do câncer de mama alterou sua atividade profissional, afastando-a do trabalho ou redirecionando sua função (Anexo 2).

Anteriormente à coleta de dados o projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética de Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina e do Centro de Estudos e Pesquisas Oncológicas, sob a resolução 196/96 e 251/97 do CNS, sendo aprovado em 24 de Maio de 2004 na Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, sob o protocolo número 088/2004.

ESTUDO 1

IMPACTO DAS CIRURGIAS PARA O TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA NA QUALIDADE DE VIDA DAS MULHERES

AUTORES:

Mirella Dias

Vera Lúcia Guimarães Blank

Fernanda Alessandra Silva

RESUMO

Este estudo transversal descritivo teve como principal objetivo associar alguns aspectos relacionados à cirurgia para o tratamento do câncer de mama, tais como a técnica cirúrgica realizada, a reconstrução mamária, a existência de queixas pós-operatórias, a fisioterapia pós-cirúrgica, o afastamento da atividade profissional com a qualidade de vida nestas mulheres.

Foram selecionadas 137 mulheres com diagnóstico de câncer de mama, que realizaram sua primeira consulta no CEPON (Centro de Pesquisas Oncológicas /SC) no ano 2000, residentes na grande Florianópolis. Para a avaliação da qualidade de vida foi utilizada uma versão traduzida para o português do *Quality of Life Instrument – Breast Cancer Version*, questionário proposto pelo National Medical Center and Beckman Research Institute (EUA).

A qualidade de vida foi avaliada em 74 mulheres. Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas com relação ao tipo de cirurgia, a reconstrução mamária e a realização de fisioterapia pós-operatória quando associados a qualidade de vida. No entanto as mulheres que relataram mais queixas atuais apresentaram pior qualidade de vida.

ABSTRACT

This descriptive cross-sectional study had as main purpose associate some aspects related to breast cancer treatment surgery, such as the applied surgery technique, breast reconstruction, existence of complaints after surgery, physiotherapy after surgery, the removal of professional life along with life quality of these women.

One hundred and thirty seven (137) women with breast cancer diagnosis were selected, which were first consulted at CEPON (Center of Oncology Research / *Santa Catarina*) in 2000, all residents of *Grande Florianópolis*. To estimate life quality, a Portuguese translated version of *Quality of Life Instrument – Breast Cancer Version* was used, questionnaire proposed by the *National Medical Center and Beckman Research Institute* (USA).

Life quality was evaluated on 74 women. There were not significant statistic differences related to the surgery technique, breast reconstruction and physiotherapy after surgery, when associated to life quality. However, women which reported more current complaints presented worst life quality.

INTRODUÇÃO

Em 1993, a World Health Organization - Quality of Life Group (WHO-QOL), definiu qualidade de vida como uma percepção individual da posição do indivíduo na vida, no contexto de sua cultura e sistema de valores nos quais ele está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito de alcance abrangente afetado de forma complexa pela saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais e relações com as características do meio ambiente do indivíduo (WHO, 1993).

Atualmente a avaliação da qualidade de vida em pessoas tratadas por câncer tem sido foco crescente de estudos. Fatores como o avanço na detecção e tratamento da doença, atitudes sociais mais otimistas, aumento da sobrevida, preocupação com a autonomia e os direitos dos pacientes, papel dos aspectos psicossociais, levam os estudiosos a pesquisarem a qualidade de vida desta população.

O tratamento para o câncer de mama, especialmente a cirurgia, acarreta para a mulher uma série de consequências de ordem física e emocional, dentre as quais destacam-se as relacionadas ao desempenho de suas atividades da vida diária e de seus papéis sociais (MAMEDE et al, 2000).

Embora os avanços nas técnicas cirúrgicas para o tratamento do câncer de mama sejam expressivos, as cirurgias ainda acarretam complicações pós operatórias que afetam substancialmente a qualidade de vida das mulheres. Neste estudo objetivou-se associar alguns aspectos relacionados à cirurgia, tais como a técnica cirúrgica realizada, a reconstrução mamária, a existência de queixas pós operatórias, a fisioterapia pós-cirúrgica, o afastamento da atividade profissional com a qualidade de vida nestas mulheres.

MATERIAL E MÉTODO

Para a realização deste estudo foram selecionadas mulheres com diagnóstico de câncer de mama, que realizaram sua primeira consulta no CEPON (Centro de Pesquisas Oncológicas /SC) no ano 2000, residentes na grande Florianópolis: Florianópolis, São José, Palhoça, Biguaçu, Santo Amaro da Imperatriz, Águas Mornas, São Pedro de Alcântara. Foram registrados neste ano em dados estatísticos da Instituição, 137 mulheres com diagnóstico de câncer de mama.

Inicialmente esta pesquisa foi apreciada pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e do CEPON e após aprovação, deu-se o processo de localização das mulheres para posterior realização das entrevistas. Os encontros foram agendados previamente via telefone e foram realizados no ambulatório de Fisioterapia do CEPON, e nos domicílios das mulheres durante os meses de julho a dezembro de 2004.

As variáveis estudadas estavam relacionadas ao tipo de cirurgia realizada (radical ou conservadora), a presença de queixas pós cirúrgicas (diminuição do movimento, linfedema, diminuição da sensibilidade, dor, alterações cicatriciais), a reconstrução mamária, a realização de fisioterapia pós-operatória e o afastamento do trabalho.

Para a avaliação da qualidade de vida foi utilizada uma versão traduzida para o português do *Quality of Life Instrument – Breast Cancer Version*, questionário proposto pelo National Medical Center and Beckman Research Institute (EUA). Para categorizar as variáveis estudadas, a distribuição dos valores brutos da qualidade de vida foram colocados da seguinte forma:

Tabela 1: Categorização dos valores brutos da Qualidade de Vida

Variável	N	Mínimo	1º Quartil	Mediana	3º Quartil	Máximo
QV	74	132,0	281,0	338,5	366,0	425,0

Com base na tabela anterior, as seguintes categorias foram criadas:

- **ruim** – $\text{Mínimo} \leq \text{QV} \leq 1^\circ \text{ Quartil}$
- **regular** – $1^\circ \text{ Quartil} < \text{QV} \leq \text{Mediana}$
- **boa** – $\text{Mediana} < \text{QV} \leq 3^\circ \text{ Quartil}$
- **muito boa** – $3^\circ \text{ Quartil} < \text{QV} \leq \text{Máximo}$

Após a coleta os dados foram armazenados em um banco de dados do programa Excell – Microsoft. A análise estatística consistiu de uma parte descritiva (BUSSAB; MORETIN, 2002), com a determinação das estatísticas descritivas básicas e tabelas de contingência, e de uma parte inferencial.

Com base na análise descritiva, a qualidade de vida foi dividida em 4 categorias, sendo que na análise inferencial – diferença de proporção, a verificação do relacionamento desta com outras variáveis qualitativas foi verificada pela estatística do teste Qui-quadrado (χ^2) considerando como significativo um valor de $p \leq 0,05$ (AGRESTI, 1996).

RESULTADOS

Foram realizadas 74 entrevistas (54,01%), visto que da população inicial de 137 mulheres 39 casos foram a óbito (28,46%), 18 mulheres não residem atualmente na grande Florianópolis (13,13%) e 06 mulheres não aceitaram fazer parte da pesquisa (4,4%), totalizando uma perda de 17,7%.

A Idade das mulheres entrevistadas variou entre 20 a 92 anos, apresentando uma média de 56 anos e 5 meses. Com relação à cor da pele 94,59% das mulheres eram caucasóides. O estado civil das mulheres apresentou-se da seguinte forma: 52,8% casadas; 21,62% divorciadas; 13,51% viúvas; 10,81% solteiras e outros 1,35%. A maioria das mulheres apresentou 1º. grau de escolaridade incompleto (32,43%), sendo que 22,97% tinham 2º. grau completo e 22,97% o 3º. grau de escolaridade completo. Com relação à profissão 29,73% das mulheres eram donas de casa.

Quanto à cirurgia para tratamento do câncer de mama, 72 mulheres realizaram o procedimento cirúrgico (97,3%), sendo o lado esquerdo o mais cirurgiado (51,38%), seguido do lado direito (45,83%) e ambos (2,79%). Todas as pacientes apresentavam no máximo cinco anos de Pós-Operatório. As técnicas cirúrgicas mais realizadas foram: Mastectomia Radical Modificada do tipo Madden (preserva ambos peitorais) (50,0%), Quadrantectomia (33,33%), Mastectomia Radical Modificada do tipo Pattey (retira peitoral menor) (8,33%), Tumorectomia (5,55%), Radical à Halsted (2,79%). Com relação à linfadenectomia axilar, 93,24% da amostra realizaram este procedimento.

As complicações operatórias mais encontradas neste estudo e relatadas pelas mulheres foram: dor, problemas cicatriciais, alterações de sensibilidade, limitação na amplitude de movimento, linfedema e seroma sendo que 33,33% relataram apenas uma complicação, 12,5% duas complicações, 16,66% três ou mais complicações, 37,50% não referiram nenhuma complicação. Vale ressaltar que o linfedema (edema do membro superior) foi observado em 21,32% das mulheres, e em 44,44% instalou-se em até três anos de pós-operatório.

Nesta amostra 30,56% realizaram reconstrução mamária pós-cirurgia. Não foram relatadas complicações significativas com relação ao seguimento pós-reconstrução. No entanto 28,8% das mulheres que não reconstruíram sua mama apresentaram pior qualidade de vida.

Os tratamentos adjuvantes para o câncer de mama utilizados foram: radioterapia (64,86%), quimioterapia (64,86%), e hormonioterapia (79,73%). A associação dos três tratamentos foi utilizada por 36,48% das mulheres, 13,52% realizaram hormonioterapia e quimioterapia, 13,52% quimioterapia e radioterapia, 8,10% hormonioterapia e radioterapia, 21,62% somente hormonioterapia, 2,70% somente radioterapia, 1,36% somente quimioterapia e 2,70% não realizaram nenhuma terapia adjuvante.

Sabendo que estes tratamentos podem trazer algum desconforto, os mais referidos com relação à radioterapia foram queimaduras de pele, seguida de alterações de sensibilidade, diminuição do movimento do membro superior, linfedema, fibrose entre outros menos citados. Vale ressaltar que 37,50% das mulheres referiram apenas uma complicação, 18,75% duas complicações, 6,25% três ou mais complicações, e 37,50% das mulheres não relataram desconfortos decorrentes da radioterapia.

As mulheres que realizaram quimioterapia igualmente referiram queixas tais como: alopecia, náuseas, mal-estar, vômitos, perda de apetite, mucosites e perda de peso sendo que 10,41% referiram apenas uma complicação, 8,33% duas complicações, 72,93% três ou mais complicações e, 8,33% das entrevistadas não relataram qualquer desconforto relacionado a esta terapêutica.

Com relação à hormonioterapia as queixas comentadas pelas mulheres foram: ganho de peso, náuseas, fogachos e miomas sendo que 49,15% citaram apenas uma complicação, 8,47% duas complicações, 5,10% três ou mais complicações e, 37,28% não mencionaram queixas relacionadas a terapia hormonal.

Quando questionado a existência de queixas atuais com relação ao pós-operatório as mulheres participantes do estudo relataram como principais: Limitação da força do membro superior homolateral à cirurgia, dor principalmente na região cirurgiada, alterações de sensibilidade, alterações estéticas, linfedema, limitações no movimento do membro homolateral à cirurgia, alterações posturais entre outras menos citadas. Com relação à distribuição de queixas 21,62% relataram apenas uma queixa, 21,62% duas queixas, 20,28% três ou mais queixas, sendo que 36,48% da amostra não relataram qualquer queixa atual relacionada ao pós-operatório.

Do total de pacientes entrevistadas 58,1% realizaram Fisioterapia e, em sua maioria, iniciaram seu tratamento em até um mês de pós-operatório (30,23%).

A seguir, encontra-se a tabela de contigência da qualidade de vida.

Tabela 2 – Distribuição da qualidade de vida com relação à técnica cirúrgica, à reconstrução mamária, à existência de queixas, ao pós-operatório e ao afastamento da atividade profissional.

QUALIDADE DE VIDA					
Técnica Cirúrgica	ruim	regular	boa	muito boa	Total
Radical	8 18,2%	14 31,8%	9 20,5%	13 29,5%	44 100%
Conservadora	10 35,7%	4 14,3%	9 32,1%	5 17,9%	28 100%
Reconstrução Mamária					
Não	15 28,8%	10 19,2%	13 25,0%	14 26,9%	52 100%
Sim	4 18,2%	8 36,4%	6 27,3%	4 18,2%	22 100%
Queixas Atuais					
Apresentam queixas	15 31,9%	14 29,8%	9 19,1%	9 19,1%	47 100%
Não apresentam queixas	4 14,8%	4 14,8%	10 37,0%	9 33,3%	27 100%
Fisioterapia Pós-Operatória					
Não	9 29,0%	6 19,4%	9 29,0%	7 22,6%	31 100%
Sim	10 23,3%	12 27,9%	10 23,3%	11 25,6%	43 100%
Afastamento					
Não	4 12,9%	8 25,8%	9 29,0%	10 32,3%	31 100%
Sim	15	10	10	8	43

34,9% 23,3% 23,3% 18,6% 100%

Na tabela a seguir estão apresentados os resultados dos testes t, realizados nas variáveis descritas para verificar se existem diferenças estatisticamente significativas na qualidade de vida entre as variáveis de interesse.

Tabela 3 – Avaliação da qualidade de vida com relação à técnica cirúrgica, reconstrução mamária, queixas atuais, fisioterapia pós-operatória e afastamento do trabalho.

	Média	gl	t	p
Técnica Cirúrgica				
Radicais	330,8	70	-1,00	0,3198
Conservadoras	315,6			
Reconstrução mamária				
Não	322,6	72	-0,39	0,6991
Sim	328,8			
Queixas atuais				
Não	313,2	72	-2,10	0,0393
Sim	344,0			
Fisioterapia Pós-Operatória				
Não	326,3	72	-0,21	0,8327
Sim	323,1			
Afastamento do trabalho				
Não	348,7	72	-3,02	0,0035
Sim	306,9			

Pela tabela acima pode-se verificar que não há diferença significativa estatisticamente ($p = 0,3198$) entre a qualidade de vida com relação à técnica cirúrgica, reconstrução mamária ($p = 0,6991$) e a realização de fisioterapia no pós-operatório ($p = 0,8327$). No entanto pode-se verificar que há diferença significativa estatisticamente ($p = 0,0393$) na qualidade de vida com relação à existência de queixas atuais, ou seja, o grupo sem queixas possui melhor qualidade de vida. Com relação ao afastamento da atividade profissional, o grupo que não se afastou apresentou melhor qualidade de vida ($p=0,0035$).

DISCUSSÃO

Atualmente o avanço na detecção e tratamento do câncer associados ao aumento na sobrevida das mulheres vem despertando o interesse de estudiosos em avaliar a qualidade de vida desta população.

Ao avaliar a Qualidade de Vida de 74 mulheres utilizando o questionário Quality of Life Breast Cancer Version (QOL-BC), foram observados dados relevantes e que vão de encontro aos estudos já realizados, no entanto as pesquisas nesta área ainda são escassas e necessitam de maior discussão.

As mulheres diagnosticadas com câncer de mama, contam hoje com a possibilidade de realizarem as cirurgias conservadoras, cirurgias radicais e a reconstrução pós-mastectomia. Poucos estudos demonstram diferenças com relação a qualidade de vida a longo prazo quando se fala dos tipos de cirurgias. Dorval et al. (1998) em seu estudo com 124 mulheres que tiveram seu diagnóstico oito anos antes da pesquisa ser desenvolvida, demonstram que as mulheres que realizaram cirurgia conservadora parecem estar mais

satisfeitas com o procedimento do que as que realizaram as cirurgias radicais. No entanto não foram observadas diferenças estatisticamente significantes favorecendo a mastectomia conservadora no que diz respeito a conceitos pessoais, aparência física e vida sexual.

A introdução das cirurgias conservadoras tem ganho maior espaço e aceitação entre os cirurgiões, no entanto se considera que a taxa de recorrência do câncer na mama ipsilateral ainda é alta e muitas mulheres acabam optando pelas cirurgias radicais por receio com relação à recidiva do câncer (WAPNIR et al. 1999).

O tratamento para o câncer de mama poderá trazer seqüelas físicas e psicológicas permanentes e isto poderá resultar do tipo de cirurgia realizado. Janni et al. (2001) demonstram que existe uma grande insatisfação com a imagem corporal e um alto grau de stress emocional causado pela aparência física em mulheres que realizaram cirurgias radicais, principalmente quando são avaliadas mulheres mais jovens. Os autores relatam que não foram observadas diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito ao estado emocional e papéis sociais porém estes achados também foram encontrados por Pusic et al. (1999).

Com relação ao bem estar físico-funcional, mulheres que realizaram cirurgias recentes principalmente radicais relatam maior insatisfação, e o maior problema relacionado às cirurgias conservadoras diz respeito ao medo da recidiva do câncer (ARORA, 2001). Em seu estudo realizado com 305 mulheres, King et al. (2000) relatam que as participantes casadas apresentam pior qualidade de vida e este fato está relacionado a imagem corporal, principalmente se realizaram cirurgias radicais. A longo prazo Dorval et al. (1998) não encontraram diferenças estatisticamente significantes entre os tipos de cirurgias no que diz respeito à saúde física, estado emocional e funcionamento psicossocial.

O nosso estudo vai de acordo com os achados científicos, e não demonstrou significância estatística entre as mulheres que realizaram cirurgias radicais ou conservadoras quando se questiona a qualidade de vida, no entanto, ao contrário dos estudos observados 35,7% das mulheres que realizaram cirurgias conservadoras avaliaram sua qualidade de vida total como ruim.

A reconstrução mamária mostra-se como uma boa alternativa para mulheres que realizaram a mastectomia. Não foram observadas diferenças estatisticamente significantes em nosso estudo quando comparamos mulheres que realizaram a reconstrução com as que não reconstruíram sua mama. Este achado vai de encontro com a pesquisa de Nissen et al. (2001) onde demonstraram não existir vantagens com relação à qualidade de vida em mulheres que reconstruíram a mama, e coloca ainda que estas mulheres apresentaram maiores distúrbios de humor e menor bem estar. Wapnir et al. (1999), relatam que os benefícios da reconstrução imediata podem estar limitados à melhora da imagem corporal e relações sociais, com menos efeitos na sexualidade e ajuste psicossocial. A decisão do tipo de cirurgia a ser realizado deve ser tomada pela paciente em conjunto com a equipe de saúde, e esta deve apresentar a mulher os benefícios e vantagens de cada opção cirúrgica. A mulher que optar pela reconstrução mamária deverá ser preparada para um maior período de recuperação pós-cirúrgico e isto poderá afetar sobremaneira sua qualidade de vida a curto prazo (NISSEN et al. 2001).

Em nosso estudo foram observadas diferenças estatisticamente significantes quando associamos as queixas atuais mais referidas pelas mulheres, com a qualidade de vida. As mulheres que relataram mais queixas apresentaram pior qualidade de vida.

Estas queixas foram principalmente: limitação da força do membro superior homolateral à cirurgia, dor principalmente na região cirurgiada, alterações de sensibilidade, alterações estéticas, linfedema, limitações no movimento do membro homolateral à cirurgia e alterações posturais.

Os efeitos negativos da cirurgia podem persistir por muitos anos após o tratamento do tumor primário e segundo Krishnan et al. (2001) afetam substancialmente a qualidade de vida das mulheres. Muitos sintomas apresentados logo após a cirurgia declinam em até três meses de pós-operatório, no entanto os problemas relacionados a funcionalidade do membro superior homolateral à cirurgia podem persistir (KING et al. 2001).

Problemas relacionados ao membro superior relatados pelas mulheres participantes desta pesquisa foram principalmente associados a diminuição de força e limitações na amplitude de movimento. Kuhen et al. (2000) colocam que os problemas relacionados ao membro superior têm um grande impacto na qualidade de vida, algumas vezes maior do que as alterações da imagem corporal e Kwan et al. (2002) enfatizam que estes problemas podem persistir por muitos anos e que poucos estudos relacionando-os com a qualidade de vida têm sido realizados.

A dor é colocada neste estudo como um dos principais problemas que afetam a qualidade de vida. Casso et al. (2004) declaram que a presença de dor após o câncer de mama tem um profundo impacto na qualidade de vida, interferindo no dia-a-dia e bem estar das mulheres. Naquelas pacientes que realizaram radioterapia pós-operatória a dor na mama pode estar relacionada a irritações de pele (STANTON; KRISHNAN; COLLINS, 2001).

Alterações de sensibilidade também foram relatadas por 27,03% das mulheres participantes do estudo. As alterações de sensibilidade causam desconforto na

movimentação do membro superior e na própria percepção corporal das mulheres. Kuhen et al. (2000) relataram a presença de alterações sensitivas em 73% de sua amostra (396 pacientes), e este fator também foi considerado como participante da diminuição da qualidade de vida nas mulheres.

O linfedema é considerado uma das principais complicações decorrentes das cirurgias para tratamento do câncer de mama que se associam a retirada de linfonodos axilares. Nesta pesquisa 14,86% das mulheres relataram o linfedema como queixa principal que atualmente interfere na sua qualidade de vida. Beaulac et al. (2002) mostraram que o linfedema pode afetar significativamente a qualidade de vida das mulheres independente do tipo de cirurgia realizada. Segundo Panobianco; Mamede (2002) o linfedema é considerado um incômodo físico e muitas vezes emocional para as mulheres, e em alguns casos as mesmas poderão apresentar sintomas de ansiedade e depressão necessitando de suporte psicológico.

Rockson (1998) afirma que apesar da alta incidência de linfedema, os fatores predisponentes para o seu desenvolvimento permanecem pouco compreendidos. Bosombra et al. (2002) complementam que por ser uma condição não letal, o linfedema recebe menos atenção nas pesquisas e estudos quando comparados a outras áreas.

O linfedema pode trazer problemas no trabalho, alterações da imagem corporal, problemas com vestuário e perda do interesse por atividades sociais.

Muitas opções de tratamento para o linfedema são descritas, mas nenhuma oferece uma redução permanente ou eliminação completa do problema (Mackenzie; Kalda 2003). Segundo Leduc et al. (1998) o tratamento fisioterapêutico do linfedema é considerado a abordagem terapêutica preferível.

Não foram observados, nesta pesquisa, diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito a realização de fisioterapia pós-operatória e a melhora na qualidade de vida. Essa questão pode ser explicada, pelo fato de que, normalmente as mulheres que procuram o serviço de fisioterapia, são as que apresentam maior número de queixas interferindo em suas atividades de vida diária.

A fisioterapia tem sido recomendada para auxiliar as mulheres a recuperarem funcionalmente a articulação escápulo-umeral, e quanto antes iniciarem o seu tratamento menos perdas, em termos de movimento terão (BOX et al. 2002). Através da realização de fisioterapia as mulheres podem prevenir e/ou tratar seqüelas decorrentes do procedimento cirúrgico, tais como: aderências cicatriciais, limitações da amplitude de movimento e força no membro superior homolateral a cirurgia, linfedema, alterações de sensibilidade, alterações posturais entre outras.

O afastamento profissional das mulheres devido ao procedimento cirúrgico, quando associado à qualidade de vida, apresentou diferenças estatisticamente significativas neste estudo, demonstrando que as mulheres que se afastaram do trabalho apresentaram pior qualidade de vida. As cirurgias para tratamento do câncer de mama, radicais ou conservadoras, trazem seqüelas funcionais e psicológicas, que afetam sobremaneira a mulher em suas atividades diárias, e a questão profissional é um fator de grande importância no que diz respeito à função social da mulher.

Bradley (2002) demonstra que o câncer de mama tem um efeito negativo na decisão em voltar ao trabalho e isso poderá trazer as mulheres problemas de ordem psicológica e sócio-econômica. Maunsell et al. (1999), consideram que o retorno e a manutenção do emprego podem ser componentes fundamentais na qualidade de vida em mulheres tratadas após o câncer de mama. O retorno ao trabalho mostra às mulheres a sua

recuperação, o controle da doença, seu bem estar, representando desta forma um passo para o seu futuro.

CONCLUSÕES

Em nosso estudo observamos que a qualidade de vida em pacientes que se submeteram às cirurgias para o tratamento do câncer de mama pode estar afetada por diferentes fatores, dentre os principais estão: limitação de força do membro superior homolateral à cirurgia, dor principalmente na região cirurgiada, alterações de sensibilidade, alterações estéticas, linfedema, limitações no movimento do membro homolateral à cirurgia, alterações posturais. Variáveis analisadas como tipo de cirurgia, reconstrução mamária e fisioterapia pós-operatória quando associadas a qualidade de vida não demonstraram diferenças significativas, este fato pode estar relacionado ao número de perdas em nossa população. As mulheres que relacionaram maior número de queixas e se afastaram de sua atividade profissional apresentaram pior qualidade de vida. Com esta pesquisa pode-se compreender melhor questões relacionadas a qualidade de vida direcionando assim uma assistência global para a mulher mastectomizada.

BIBLIOGRAFIA

AGRESTI, A. **An Introduction to Categorical Data Analysis**. New York. USA: John Wiley & Sons Inc., 1996.

ARORA, N. K. et al. Impact of Surgery and Chemotherapy on the Quality of Life of Younger Women with Breast Carcinoma. **American Cancer Society**. v. 92, n. 5, 2001. p. 1288-1298.

BARROS, Newton. **Qualidade de Vida – Conceito e Métodos de Avaliação**. In: FILHO, A. C. de C. A.. Dor: diagnóstico e tratamento. São Paulo: Roca, 2001.p.53-62.

BEAULAC, Sarah M. et al. Lymphedema and Quality of Life in Survivors of Early-Stage **Breast Cancer**. **Archives of Surgery**. v.137, n.11, november, 2002. p.1253-1257.

BENNION, R. S; LOVE, S. M. **Tratamento da doença de mama**. In: BASSET, L. W. et al. (Orgs.). Doenças da Mama. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.p.103-111.

BLAND, Kirby. I; COPELAND, Edward M. **A Mama: Tratamento Compreensivo das Doenças Benignas e Malignas**. São Paulo: Manole, 1994. 1276p.

BOSOMPRA, K.; ASHIKAGA, T.; O'BRIEN, P.; NELSO, L.; SKELLY, J. Knowledge about Preventing and managing Lymphedema: a survey of recently diagnosed and treated breast cancer patients. **Patient Education and Counseling**. v.47, n. 2, p. 155-63, 2002.

BOX RC, Reul-Hirche HM, Bullock-Saxton JE, Furnival CM. Shoulder movement after breast cancer surgery: results of a randomised controlled study of postoperative physiotherapy. **Breast Cancer Res Treat** 2002; 75:35-50.

BRADLEY, C.; NEUMARK, D. Breast cancer and women`s labor supply. **Health Services Research**. v. 37, n. 5, 2002, p. 1309-1328.

BUSSAB, W.O.; MORETIN, P.A. **Estatística Básica**. 5ª Edição. São Paulo: Saraiva, 2002.

CAMPOS, Paulo Sérgio A. Bueno de. **Complicações pós-cirúrgicas mais ligadas ao câncer da mama**. In: FARIA, S. L. et al. Câncer de Mama. Rio de Janeiro: Medsi, 1994. p.227-230.

CASSO, D.; BUIST, D.S.; TAPLIN, S. Quality of life of 5-10 year breast cancer survivors diagnosed between age 40-49. **Health and Quality of Life Outcomes**. v. 25, n. 2, 2004.

DORVAL, Michel et al. Type of Mastectomy and Quality of Life for Long Term Breast Carcinoma Survivors. **Cancer**. v.83, n.10, 1998. p.2130-2138.

FERREL B. R., DOW K.H., GRANT M. Measurement of the quality of life in cancer survivors. **Quality of life research**. n.4, 1995; p. 523-531.

HEGG, Roberto. Câncer de mama. **Revista Brasileira de Medicina – Especial Mulher**. v.57, n.5, 2000. p.463-473.

JANNI, W. et al. Quality of life influenced by primary surgical treatment for stage I-III breast cancer – Long-term follow-up of a matched-pair analysis. **Annals of Surgical Oncology**. v. 8, n. 6, p. 542-48, 2001.

KHUEN, Thorsten et al. Long-term morbidity following axillary dissection in breast cancer patients – clinical assessment, significance for life quality and the impact of demographic, oncologic and therapeutic factors. **Breast Cancer Research and Treatment**. v.64, n.3, 2000. p. 275-286.

KING, M.T. et al. Quality of life three months and one year after first treatment for early stage breast cancer: **Influence of treatment and patient characteristics**. **Quality of Life Research**. v.9, n.7, 2000. p.789-800.

KRISHNAN, Leela et al. Form or Function? Part 2. Objective Cosmetic and Functional Correlates of Quality of Life in Women Treated with Breast-Conserving Surgical Procedures and Radiotherapy. *Cancer*. v.91, 2001. p. 2282-2287.

KWAN, Winkle et al. Chronic Arm Morbidity After Curative Breast Cancer Treatment: Prevalence and Impact on Quality of Life. *Journal of Clinical Oncology*. v.20, n.20, October, 2002. p.4242-4248.

LEDUC, O.; LEDUC, A.; BOURGEOIS, P.; BELGRADO, J. P. The Physical Treatment of Upper Limb Edema. *Cancer*. v. 83, n. 12, p. 2835-2839, 1998.

MANT, D.; VESSEY, M. P. **Epidemiologia do Câncer de Mama**. In: BLAND, Kirby I.; COPELAND, Edward M. *A Mama: Tratamento Compreensivo das Doenças Benignas e Malignas*. São Paulo: Manole, 1994. 265-277.

MAMEDE, Marli Villela et al. Orientações pós-mastectomia: o papel da enfermagem. *Revista Brasileira de Cancerologia*. v.46, n.1, 2000. p. 57-62.

MAUNSELL, E. et al. Work problems after breast cancer: an exploratory qualitative study. *Psycho-Oncology*. n.8, 1999, p. 467-473.

McKENZIE, Donald C.; KALDA, Andrea L. Effect of Upper Extremity Exercise on Secondary Lymphedema in Breast Cancer Patients: A Pilot Study. *Journal of Clinical Oncology*. v.21, n.3, February, 2003. p.463-466

NISSEN, Mary J. et al. Quality of Life after Breast Carcinoma Surgery. *Cancer*. v.91, n.7, 2001. p.1238-1246.

PANOBIANCO, M. S.; MAMEDE, M. V. Complicações e intercorrências associadas ao edema de braço nos três primeiros meses pós mastectomia. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. v. 10, n. 4, p. 544-51, 2002.

PASTORELLO, E. **Epidemiologia do Câncer de Mama**. In: MONTORO, A. F. et al (Orgs.). Alternativas Diagnósticas e Terapêuticas no Câncer de Mama. São Paulo: BRADEPCA, 1987.p. 11-17.

PINOTTI, José Aristodemo. **Compêndio de Mastologia**. São Paulo: Manole, 1991.556p.

PUSIC, Andréa et al. Surgical Options for Early-Stage Breast Cancer: Factors Associated with Patient Choice and Postoperative Quality of Life. **Plastic Reconstruction Surgery**. v.104, n.5, 1999. p. 1325-1333.

ROCKSON, S. G. Precipitating Factors in Lymphedema: Myths and Realities. **Cancer**. v.83, n. 12, p. 2814-16,1998.

STANTON, Annette L.; KRISHNAN, Leela; COLLINS, Charlotte. Form or Function? Part 1. Subjective Cosmetic and Functional Correlates of Quality of Life in Women Treated with Breast-Conserving Surgical Procedures and Radiotherapy. **Cancer**. v.91, n.12, June, 2001. p.2273-2281.

WAPNIR I. L.; CODY, R.P.; GRECO, R.S. Subtle differences in quality of life after breast cancer surgery. **Annals of Surgical Oncology**. v. 6, n. 4, p. 359-366, 1999.

WHO (World Health Organization), 1993. *Disponível em:* <http://www.who.int> Acesso em 15 outubro de 2004.

ESTUDO 2

IMPACTO DAS CIRURGIAS PARA O TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA NA ATIVIDADE PROFISSIONAL DAS MULHERES

AUTORES:

Mirella Dias

Vera Lúcia Guimarães Blank

Fernanda Alessandra Silva

RESUMO

Este estudo transversal descritivo teve como principal objetivo investigar qual o impacto das cirurgias para tratamento do câncer de mama na atividade profissional da mulher, buscando descrever o número de mulheres afastadas do trabalho, se o tipo de cirurgia (radical ou conservadora) influenciou no afastamento e as principais queixas que levaram a mulher a se afastar de sua profissão.

Para a realização deste estudo foram selecionadas 137 mulheres com diagnóstico de câncer de mama, que realizaram sua primeira consulta no CEPON (Centro de Pesquisas Oncológicas /SC) no ano de 2000, residentes na grande Florianópolis.

Foram entrevistadas 74 mulheres. A análise estatística consistiu de uma parte descritiva, com a determinação das estatísticas descritivas básicas e de uma parte inferencial – diferença de proporções, que verificou se há diferença no tipo de cirurgia, realização de fisioterapia no pós-operatório e presença de linfedema relacionados ao afastamento da atividade profissional. Para tal, foi realizado o teste de Qui-quadrado (χ^2), considerando-se como significante um valor de $p \leq 0,05$.

Com relação ao afastamento profissional, 59,72% das mulheres tiveram que se afastar de suas atividades profissionais devido à cirurgia. Os principais motivos que causaram o afastamento das mulheres de seus empregos foram: medo de se machucar, diminuição da força no braço, menor agilidade, indisposição para o trabalho, a percepção

de que o braço “pesava” muito, perda ou diminuição do movimento no braço, dor e frequência de exames clínicos.

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas quando relacionadas as variáveis: tipo de cirurgia e fisioterapia pós-operatória com o afastamento profissional. No entanto, a presença do linfedema, encontrado em 58,1% das mulheres que se afastaram de suas atividades profissionais, apresentou significância estatística marginal ($p=0,0519$).

ABSTRACT

This descriptive cross-sectional study had as main purpose to investigate the impact of breast cancer treatment surgery at women's professional activity, seeking to describe the number of women removed from work, if the surgery technique (radical or conservatory) had influence on the removal and the main complaints which made them move away from their profession.

To produce this study, 137 women with breast cancer diagnosis were selected, which were first consulted at CEPON (Center of Oncology Research / *Santa Catarina*) in 2000, all residents of *Grande Florianópolis*.

Seventy-four (74) women were interviewed. The statistic analysis consisted on a descriptive part, with the determination of basic descriptive statistics, and a inference part – difference between proportions, that verified if there is difference on surgery technique, existence of physiotherapy after surgery and presence of lymphedema related to the

professional activity removal. For that, the Chi-squared test (X^2) was used, considering as significant a value of $p \leq 0,05$.

Regarding professional removal, 59,72% of the women had to move away from their professional activities due to surgery. The main reasons which caused their removal were: fear of hurting herself, decrease of arm strength, less agility, unwillingness to work, the perception the arm was “heavy”, loss or decrease in arm motion, pain and clinical exams frequency.

There were not significant statistic differences when the variables surgery technique and physiotherapy after surgery were related with the professional removal. However, the presence of lymphedema, founded in 58,1% of the women who moved away from their professional activities, showed marginal significance statistics ($p \leq 0,0519$).

INTRODUÇÃO

O número de pacientes sobreviventes ao câncer tem aumentado substancialmente nas últimas décadas, entretanto um dos principais problemas que afetam esta população é o seu retorno às atividades usuais. A volta ao trabalho é um destes problemas, com uma taxa de retorno variando entre 44% a 100%. Na literatura alguns estudos tentam demonstrar quais são os principais fatores que impedem este retorno ao trabalho e os mesmos estão relacionados a: sobrecarga emocional ou física do tratamento, estágio avançado da patologia, fadiga, dor, problemas relacionados à concentração, demanda física, dificuldades de relacionamento entre colegas de trabalho e superiores (VERBEEK et al. 2003).

De acordo com a American Cancer Society, citado por Mellete (1985) se um paciente não retorna ao trabalho após o tratamento do câncer as empresas perderão seus trabalhadores, o governo perderá impostos e a relação familiar poderá ficar prejudicada. O dilema da reabilitação do paciente com câncer é responsabilidade de toda a sociedade.

As cirurgias para tratamento do câncer de mama, radicais ou conservadoras, trazem seqüelas funcionais e psicológicas, que afetam sobremaneira a mulher em suas atividades diárias e a questão profissional é um fator de grande importância no que diz respeito à função social da mulher. Este estudo buscou investigar qual o impacto das cirurgias para tratamento do câncer de mama na atividade profissional da mulher, buscando descrever o número de mulheres afastadas do trabalho, se o tipo de cirurgia (radical ou conservadora)

influencia no afastamento e as principais queixas que levaram a mulher a se afastar de sua profissão.

MATERIAL E MÉTODO

Para a realização deste estudo foram selecionadas todas as mulheres com diagnóstico de câncer de mama, que realizaram sua primeira consulta no CEPON (Centro de Pesquisas Oncológicas /SC) no ano de 2000, residentes na grande Florianópolis que inclui os municípios de Florianópolis, São José, Palhoça, Biguaçu, Santo Amaro da Imperatriz, Águas Mornas e São Pedro de Alcântara. Neste ano foram registradas 137 mulheres com diagnóstico de câncer de mama.

Inicialmente esta pesquisa foi apreciada pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e do CEPON e após aprovação, deu-se o processo de localização das mulheres para posterior realização das entrevistas. Os encontros foram agendados previamente via telefone e foram realizados no ambulatório de Fisioterapia do CEPON e nos domicílios das mulheres de julho a dezembro de 2004.

As variáveis estudadas foram relacionadas ao tipo de cirurgia realizado (radical ou conservadora), a presença de queixas pós-cirúrgicas (diminuição do movimento, linfedema, diminuição da sensibilidade, dor), a realização de fisioterapia pós-operatória, o afastamento do trabalho e os motivos que levaram ao afastamento.

Os registros das entrevistas foram armazenados em um banco de dados do programa Excell – Microsoft (XP). A análise estatística consistiu de uma parte descritiva (BUSSAB;

MORETIN, 2002), com a determinação das estatísticas descritivas básicas e de uma parte inferencial – diferença de proporções, que verificou se há diferença no tipo de cirurgia, realização de fisioterapia no pós-operatório e presença de linfedema relacionados ao afastamento da atividade profissional e para tal foram realizados o teste de Qui-quadrado (χ^2) considerando-se como significante um valor de $p \leq 0,05$ (AGRESTI, 1996).

RESULTADOS

Do total de 137 mulheres com diagnóstico de câncer de mama registradas no CEPON no ano de 2000, foram realizadas 74 entrevistas (54,01%), visto que 39 casos (28,47%) foram à óbito, 18 mulheres (13,14%) não residem atualmente na grande Florianópolis e 06 mulheres (4,38%) não aceitaram fazer parte da pesquisa.

A idade das mulheres entrevistadas variou entre 20 e 92 anos, estando concentrada em torno dos 56 anos e 5 meses. Com relação à cor da pele 94,59% das mulheres eram caucasóides. O estado civil das mulheres apresentou-se da seguinte forma: 52,7% casadas; 21,62% divorciadas; 13,51% viúvas; 10,81% solteiras e outros 1,35%. A distribuição quanto à escolaridade foi: 32,43% possuíam o 1º. grau incompleto (32,43%), 22,97% tinham 2º. grau completo e 22,97% o 3º. grau completo.

Quanto à cirurgia para tratamento do câncer de mama, 72 mulheres (97,3%) realizaram o procedimento cirúrgico, sendo o lado esquerdo o mais cirurgiado (51,38%), seguido do lado direito (45,83%) e ambos (2,79%). As técnicas cirúrgicas mais realizadas foram: 50,0% de mastectomia radical modificada do tipo Madden (preserva ambos

peitorais), quadrantectomia (33,33%), 8,33% de mastectomia radical modificada do tipo Pattey (retira peitoral menor), tumorectomia (5,55%), radical à Halsted (2,79%). Com relação à linfadenectomia axilar 93,24% da amostra realizaram este procedimento.

As complicações operatórias mais encontradas neste estudo e relatadas pelas mulheres foram: dor, problemas cicatriciais, alterações de sensibilidade, limitação na amplitude de movimento, linfedema, seroma sendo que 33,33% relataram apenas uma complicação, 12,5% duas complicações, 16,66% três ou mais complicações, 37,50% não referiram nenhuma complicação.

Observou-se que 58,11% das mulheres entrevistadas realizaram tratamento fisioterapêutico pós-operatório.

Com relação ao afastamento profissional 59,72% das mulheres tiveram que se afastar de suas atividades profissionais devido à cirurgia. Foi observado no estudo que 25,58% das mulheres que trabalhavam no próprio lar reduziram substancialmente suas atividades, as que retornaram ao seu trabalho mas adaptaram suas funções somam 25,58% da amostra, outras mulheres abandonaram seus empregos e tornaram-se donas de casa (23,25%), 9,32% dedicaram-se à trabalhos manuais, e somente uma paciente (2,32%) encontrava-se acamada. Com relação à aposentadoria, observou-se esta condição devido ao câncer de mama em 13,95% das mulheres.

Os principais motivos que causaram o afastamento das mulheres de seus empregos foram: medo de se machucar, diminuição da força no braço, menor agilidade, indisposição para o trabalho, a percepção de que o braço “pesava” muito, perda ou diminuição do movimento no braço, dor e frequência de exames clínicos. Vale ressaltar que 30,23% destas mulheres relataram que apenas um motivo as levou ao afastamento, 13,95% dois motivos, e

55,82% três ou mais motivos que as fizeram abandonar ou modificar suas atividades profissionais.

Na análise inferencial do desfecho “afastamento da atividade profissional”, a verificação do relacionamento desta com outras variáveis qualitativas foi mensurada pela estatística do Teste Qui-quadrado (χ^2) (AGRESTI, 1996). Na tabela a seguir, estão apresentadas as tabelas de contigência do afastamento da atividade profissional e variáveis relacionadas.

Tabela 1 – Distribuição do afastamento da atividade profissional relacionada à técnica cirúrgica, fisioterapia pós-operatória e existência de linfedema e resultados dos testes qui-quadrados.

	Afastamento			Qui-quadrado	p
Técnica Cirúrgica	Não	Sim	Total	0,127	0,7219
Radicais	17 38,6%	27 61,4%	44 100%		
Conservadoras	12 42,9%	16 57,1%	28 100%		
Fisioterapia Pós-Operatória				2,071	0,1501
Não	16 51,6%	15 48,4%	31 100%		
Sim	15 34,9%	28 65,1%	43 100%		
Linfedema				3,780	0,0519
Não	27 48,2%	29 51,8%	56 100%		
Sim	04 41,9%	14 58,1%	18 100%		

Pela tabela acima pode-se verificar que não há diferença significativa estatisticamente ($p=0,7219$ e $p=0,1501$) na distribuição do afastamento da atividade

profissional com relação à técnica cirúrgica e a fisioterapia pós-operatória. Com relação ao linfedema, a distribuição do afastamento da atividade profissional a significância estatística é marginal ($p=0,0519$).

DISCUSSÃO

O objetivo deste estudo foi demonstrar a relação entre as cirurgias para o tratamento do câncer de mama com a atividade profissional da mulher, analisando fatores como as queixas principais, os motivos que levaram ao afastamento e a realização de Fisioterapia pós-operatória.

Poucos estudos são conduzidos no sentido de demonstrar associações entre o tipo de cirurgia realizada e a capacidade para o trabalho das mulheres. A questão profissional da mulher que passou pelo câncer de mama é outro tema pouco abordado cientificamente, demonstrando a necessidade deste estudo.

Nesta pesquisa, das 74 mulheres entrevistadas, duas não realizaram nenhum procedimento cirúrgico para o tratamento do câncer de mama. O afastamento do trabalho foi observado em 59,72% das mulheres que realizaram o procedimento cirúrgico, sendo que deste total 62,8% realizaram cirurgias radicais e 37,2% cirurgias conservadoras. Segundo Bergman et al. (2000), todas as cirurgias têm o mesmo objetivo: remover o tecido maligno, mas diferem entre si pela extensão da remoção dos tecidos adjacentes. Atualmente há suficientes evidências científicas de que as cirurgias conservadoras podem ser realizadas com a mesma segurança das cirurgias radicais. Dorval et al. (1998), sugerem em seu estudo com 124 mulheres que o aumento do uso das cirurgias conservadoras pode diminuir os efeitos negativos na qualidade de vida das mulheres.

Na presente pesquisa não foram observadas diferenças estatisticamente significantes em relação ao afastamento da atividade profissional e a técnica cirúrgica adotada, no entanto quando analisadas individualmente observa-se que as técnicas utilizadas trouxeram em maior ou menor grau limitações às mulheres que se afastaram de seus trabalhos. Mellette (1985) coloca que as mulheres que realizam cirurgias radicais podem ter maiores dificuldades em realizar trabalhos manuais os quais requerem uma maior aptidão física, do que as que realizaram cirurgias conservadoras.

A presença de linfedema como complicação pós-operatória mostrou-se em 77,8% das mulheres que se afastaram de suas atividades profissionais, apresentando significância estatística marginal ($p=0,05$). O aparecimento do linfedema ocorre dentro do primeiro ano de pós-operatório mas pode se desenvolver também em qualquer momento da vida da mulher (RINEHART-AYRES, 1998). Em um estudo realizado por Rosen et al. (2001), onde foram avaliadas 128 mulheres com 20 anos de pós-operatório de mastectomia com dissecação axilar, foi observado que 77% desenvolveram o linfedema dentro dos três primeiros anos de pós-operatório, 23% da amostra desenvolveu depois desta data. Em nosso estudo todas as pacientes que apresentaram o linfedema tinham menos de 5 anos de seguimento pós-cirurgia. Sales et al (2001) salientam que a dificuldade de movimentação do braço que ocorre devido aos tratamentos realizados ou a possibilidade de ocorrência do linfedema (edema de braço), provavelmente está relacionada à mudança e/ou diminuição nas atividades laborais, e conseqüentemente à qualidade de vida geral.

Sabe-se que além do linfedema as cirurgias para tratamento do câncer de mama podem trazer outras complicações que poderão interferir nas atividades de vida diária das mulheres. Neste estudo as complicações mais frequentes foram a dor, os problemas cicatriciais, seroma (acúmulo de líquido no espaço axilar), restrições na amplitude de

movimento da cintura escapular e alterações de sensibilidade. Friedrich et al (2000) colocam que a diminuição da amplitude de movimento articular pode ser causa da perda de função motora decorrente de trauma cirúrgico (ressecção de partes moles, músculos, fáscia e nervos) e contraturas por desuso prolongado, tendo a fraqueza muscular papel importante na diminuição da mobilidade e função destas estruturas, seja de forma generalizada ou localizada. Yap et al (2003) ao entrevistarem 370 mulheres que realizaram cirurgia de mama, verificaram que 41,6% apresentaram rigidez de ombro no pós-operatório.

A indisposição para o trabalho mostra-se como um componente físico na diminuição do desempenho profissional e ainda se torna um problema de stress emocional causando também problemas de concentração (MOCK, 1998).

Após cirurgia de mama, a dor incisional e cicatricial na fase aguda é decorrente do processo inflamatório traumático, enquanto que na fase crônica, decorre da recidiva da neoplasia ou do traumatismo dos nervos periféricos durante procedimentos operatórios (TEIXEIRA, 2001). A presença de dor costuma dificultar a execução das atividades diárias e profissionais em mulheres após cirurgia de mama (SHIMOZUMA et al. 1999; SALES et al. 2001). Alterações de sensibilidade na área cirurgiada foram encontradas em mais de 70% das mulheres que formaram a amostra das pesquisas de Shimosuma et al. (1999) e Kuehn et al. (2000).

Como observado anteriormente, as mulheres que se afastaram da atividade profissional, em sua maioria, realizavam tratamento fisioterapêutico pós-operatório, por apresentarem mais queixas. Na análise estatística não houve diferenças significantes associando as variáveis afastamento profissional e fisioterapia. Silva (1998) coloca que pacientes submetidas a tratamento fisioterapêutico têm seu tempo de recuperação diminuído, retorno mais rápido as suas atividades da vida cotidiana, ocupacional e

desportiva, readquirem amplitude de movimento, postura e auto-estima e principalmente, tem suas complicações pós-operatórias reduzidas, o que resulta em uma melhor recuperação e qualidade de vida. Mamede et al. (2000) enfatizam a importância de uma assistência multiprofissional voltada para a reabilitação de mulheres com câncer de mama, uma vez que seu tratamento leva a sérios problemas físicos, emocionais, sociais e sexuais.

A fisioterapia aborda, segundo Marcelino; Costa; Braz (2003) vários aspectos em pacientes operadas de câncer de mama, trabalhando desde a reeducação postural e respiratória, cuidados com a cicatriz, condicionamento físico e até a prevenção de complicações linfáticas. Vale ressaltar que em nosso estudo 48,4% das pacientes que não se afastaram das suas atividades profissionais realizaram fisioterapia pós-operatória.

Esta pesquisa apresentou uma taxa relativamente alta de mulheres que se afastaram das suas atividades profissionais (59,7%). Bradley (2002) demonstra que o câncer de mama tem um efeito negativo na decisão de voltar ao trabalho e isso poderá trazer às mulheres problemas de ordem psicológica e sócio-econômica.

Maunsell et al. (1999), consideram que o retorno e a manutenção do emprego podem ser componentes fundamentais na qualidade de vida em mulheres tratadas após o câncer de mama. O retorno ao trabalho mostra às mulheres a sua recuperação, o controle da doença, seu bem estar, representando desta forma um passo para o seu futuro.

As razões que levaram a 59,7% a amostra desta pesquisa a se afastar das atividades profissionais foram: medo de se machucar, diminuição de força no braço, menor agilidade, indisposição para o trabalho, o braço “pesa” muito, perda de movimento, dor, frequência dos exames entre outros. Mellette et al. (1985) demonstraram em seu estudo com 57 mulheres que os principais problemas relacionados ao afastamento do trabalho foram a indisposição, dificuldades no movimento do braço e a própria condição da doença.

Capodaglio et al. (1997) colocam que a capacidade funcional dos membros superiores é de fundamental importância para a maioria das atividades diárias e esta capacidade é muitas vezes prejudicada nas pacientes que realizaram a mastectomia devido ao próprio procedimento cirúrgico e a linfadenectomia axilar. A presente pesquisa vai ao encontro dos achados demonstrados na comunidade científica, onde se observa que os principais problemas relacionados ao afastamento do trabalho são semelhantes.

Foi observado neste estudo que a maioria das mulheres que se afastaram do emprego, não se sentiam em condições de voltar a trabalhar. Aquelas que conseguiram retornar ao seu trabalho tiveram que reduzir suas atividades, visto que suas cargas de trabalho anteriores à cirurgia não poderiam mais ser efetuadas com a mesma intensidade, devido às suas limitações físicas. As mulheres que trabalhavam no próprio lar reduziram substancialmente seus trabalhos (por ser braçal), outras ainda se afastaram de suas atividades profissionais dedicando-se às atividades do lar ou a trabalhos manuais leves. Estes achados vão ao encontro dos estudos de Sales et al. (2001), onde demonstraram que em sua amostra as atividades domésticas também foram reduzidas ou foram adaptadas.

Maunsell (1999) relata que as mulheres demonstram diferentes apreensões com relação ao retorno ao trabalho, principalmente no que diz respeito aos efeitos do tratamento e condições físicas. O autor observa ainda que as mulheres sentem medo de perder seus empregos ou modificarem suas funções profissionais por se sentirem menos competentes e com receio de desapontar seus colegas de trabalho. Em outro estudo realizado por Staley et al. (1987) com 61 pacientes oncológicos que retornaram ao seu trabalho após o tratamento, demonstrou que no geral seus colegas de trabalho foram receptivos e agiram positivamente com relação à doença. Carter (1994) coloca que a ausência de recursos e suporte para a

mulher que está retornando ao trabalho pode se tornar um problema neste processo, além da dificuldade em se falar sobre a questão da doença em si.

Estudos como o de Mellette et al. (1985) mostram que a mulher que passou pelo tratamento para o câncer de mama não tem necessidade de se sentir insegura com relação às questões profissionais, pois podem ser contratadas em outras ocupações sem que a sua história de doença seja conhecida ou em empregos que ofereçam menores riscos, exceto aqueles onde elas possam ser expostas a traumas ou queimaduras devido ao aumento de chances de infecções no membro superior homolateral à cirurgia pela linfadenectomia axilar. As mulheres que tiveram seu câncer de mama em idade profissional produtiva continuaram a trabalhar e o principal fator para o afastamento é o tratamento cirúrgico e suas conseqüências (MELLETTTE et al. 1985).

CONCLUSÕES

Perda do trabalho, demissões, dificuldade em modificar sua função profissional, problemas com empregadores e colegas de trabalho, não aceitação de si mesma e principalmente a diminuição da capacidade física são problemas decorrentes do tratamento para o câncer de mama com relação às atividades profissionais das mulheres.

Em nosso estudo um grande número de mulheres se afastaram de seus empregos e relataram como principais motivos o medo de se machucar, diminuição de força no braço, menor agilidade, indisposição para o trabalho, o braço “pesa” muito, perda de movimento, dor, freqüência dos exames. A ausência de dados estatisticamente significativos deve-se ao fato do número reduzido da amostra, explicado pelas perdas relacionadas ao óbito, mudança de endereço residencial e não aceitação em fazer parte do estudo.

Foi demonstrado neste estudo e descrito na literatura consultada que mulheres com diagnóstico de câncer de mama tratadas cirurgicamente necessitam de atenção especial no que diz respeito às suas limitações frente aos seus empregos, no entanto adequando suas funções profissionais dentro de suas possibilidades, as mulheres poderão tornar suas vidas muito mais produtivas e poderão aceitar melhor as questões relacionadas à sua doença e tratamento.

BIBLIOGRAFIA

AGRESTI, A. **An Introduction to Categorical Data Analysis**. New York. USA: John Wiley & Sons Inc., 1996.

BERGMANN, Anke. Tratamento Fisioterápico de Linfedema. **Revista Fisio&Terapia**. Ano II, n.7, 1998. p.16-17.

BRADLEY, C.; NEUMARK, D. Breast cancer and women`s labor supply. **Health Services Research**. v. 37, n. 5, 2002, p. 1309-1328.

BUSSAB, W.O.; MORETIN, P.A. **Estatística Básica**. 5ª Edição. São Paulo: Saraiva, 2002.

CAPODAGLIO P. et al. Work capacity of the upper limbs after mastectomy. **G. Ital. Med. Lav. Erg.** v. 19, n. 4, 1997. p. 172-176.

CARTER, B.J. Surviving breast cancer: a problematic work re-entry. **Cancer Practice**. v.2, n.2, 1994. p. 135-140.

DORVAL, Michel et al. Type of Mastectomy and Quality of Life for Long Term Breast Carcinoma Survivors. **Cancer**. v.83, n.10, 1998. p.2130-2138.

FRIEDRICH, Celena Freire et al. **O Papel do Fisioterapeuta no Tratamento Oncológico**. In: BACARAT, F. F. et al. (Orgs.).Cancerologia atual – um enfoque multidisciplinar. São Paulo: Pioneira, 2000. p. 198-204. p.198-204.

KHUEN, Thorsten et al. Long-term morbidity following axillary dissection in breast cancer patients – clinical assessment, significance for life quality and the impact ok demografic, oncologic and therapeutic factors. **Brest Cancer Research and Treatment**. v.64, n.3, 2000. p. 275-286.

MAMEDE, Marli Villela et al. Orientações pós-mastectomia: o papel da enfermagem. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v.46, n.1, 2000. p. 57-62.

MARCELINO, Daniella Regina; COSTA, Tayana; BRAZ, Melissa Medeiros. Atuação da fisioterapia em uma paciente submetida à tumorectomia. **Fisioterapia Brasil**. v.4, n.3, 2003. p. 227-29.

MAUNSELL, E. et al. Work problems after breast cancer: an exploratory qualitative study. **Psycho-Oncology**. n.8, 1999, p. 467-473.

MELLETTTE, S.J. The cancer patient at work. **Cancer Journal Clin**. v.35, n.6, 1985. p. 360-373.

MOCK, V. Breast cancer and fatigue: issues for the workplace. **AAOHN Journal**. v. 46, n. 9, p. 432-433, 1998.

RINEHART-AYRES, M. E. Conservative approaches to lymphedema treatment. **Cancer**. V. 83, n.12, p. 2828-2832, 1998.

ROSEN, P.P.; PETREK, J. A.; SENLE, R.T.; PETERS, M. Lymphedema in a cohort of breast carcinoma survivors 20 years after diagnosis. **Cancer**. V.92, n. 6, p. 1368-1377, 2001.

SALES, Cibele Alves Chapadeiro Castro et al. Qualidade de vida de mulheres tratadas de câncer de mama: funcionamento social. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v.47, n.3, 2001. p. 263-272.

SHIMOZUMA, Kojiro et al. Quality of life in the first year after breast cancer surgery: rehabilitation needs and patterns of recovery. **Breast Cancer Research and Treatment**. v.56, 1999. p.45-57.

STALEY, J. C. et al. Cancer patient and their co-workers: a study. **Society Work Health Care**. v. 13, n. 1, 1987, p. 101-112.

TEIXEIRA, Manoel Jacobsen; PIMENTA, Cibele Andrucioli de Matos. **Avaliação do doente com dor**. In: TEIXEIRA, Manoel Jacobsen; FIGUEIRÓ, João Augusto Bertual. Dor: Epidemiologia, fisiopatologia, avaliação, síndromes dolorosas e tratamento. São Paulo: Moreira Jr, 2001. p. 58-68

VERBEEK, J. et al. Return to work of cancer survivors: a prospective cohort study into the quality of rehabilitation by occupational physicians. **Occupational Environment Med**. v.60, 2003. p. 352-357.

YAP, KP, McCready DR, Narod S, Manchul LA, Trudeau M, Fyles A. Factors influencing arm and axillary symptoms after treatment for node negative breast carcinoma. **Cancer** 2003; 97:1369-75.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As cirurgias para tratamento do câncer de mama são preferência na terapêutica atual, eliminando o tumor e aumentando a sobrevida das mulheres. Apesar dos avanços na medicina, o procedimento cirúrgico traz à mulher a uma série de desconfortos que poderão interferir na sua qualidade de vida e atividades profissionais.

Este estudo demonstrou o impacto das cirurgias na vida diária da mulher, e isto inclui sua atividade profissional.

Após avaliação da qualidade de vida em 74 mulheres tratadas no CEPON, percebemos um grande número de queixas referidas pelas mulheres tais como linfedema, dor, problemas cicatriciais, diminuição de movimento do membro superior e alterações de sensibilidade.

Apesar de não encontramos diferenças estatisticamente significativas, devido a amostra reduzida, com relação aos tipos de cirurgias e variáveis relacionadas à qualidade de vida, observamos que as atividades diárias e ocupacionais são afetadas independente da técnica cirúrgica utilizada. A atividade profissional mostra-se como um fator determinante na qualidade de vida da mulher, visto que ao analisar as que se afastaram percebeu-se uma pior qualidade de vida.

Sugere-se para futuras pesquisas, utilização do mesmo instrumento para avaliar a qualidade de vida em amostras maiores, levando em conta variáveis relacionadas ao domínio psicológico.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGRESTI, A. **An Introduction to Categorical Data Analysis**. New York. USA: John Wiley & Sons Inc., 1996.

BUSSAB, W.O.; MORETIN, P.A. **Estatística Básica**. 5ª Edição. São Paulo: Saraiva, 2002.

BEAULAC, Sarah M. et al. Lymphedema and Quality of Life in Survivors of Early-Stage Breast Cancer. *Archives of Surgery*. v.137, n.11, november, 2002. p.1253-1257.

BERGMANN, Anke. Tratamento Fisioterápico de Linfedema. **Revista Fisio&Terapia**. Ano II, n.7, 1998. p.16-17.

BOFF, Ricardo Antônio (Org.). **Mastologia aplicada**: abordagem multidisciplinar. Caxias do Sul: EDUCS, 2001.433p.

BOX RC, REUL-HIRCHE HM, BULLOCK-SAXTON JE, FURNIVAL CM. Shoulder movement after breast cancer surgery: results of a randomised controlled study of postoperative physiotherapy. **Breast Cancer Res Treat** 2002; 75:35-50.

BRADLEY, C.; NEUMARK, D. Breast cancer and women`s labor supply. **Health Services Research**. v. 37, n. 5, 2002, p. 1309-1328.

BOSOMPRA, K.; ASHIKAGA, T.; O'BRIEN, P.; NELSO, L.; SKELLY, J. Knowledge about Preventing and managing Lymphedema: a survey of recently diagnosed and treated breast cancer patients. **Patient Education and Counseling**. v.47, n. 2, p. 155-63, 2002.

CALIRI, Maria Helena Larcher; ALMEIDA, Ana Maria de; SILVA, Cristiane Aparecida. **Câncer de mama: a experiência de um grupo de mulheres**. *Revista Brasileira de Cancerologia* v. 44, n. 3, 1998. p. 239-247.

CAMARGO, Marcia Colliri; MARX, Angela Gonçalves. **Fisioterapia Pós-operatória**. In: CAMARGO, Marcia Colliri; MARX, Angela Gonçalves. *Reabilitação Física no Câncer de Mama*. São Paulo: Roca, 2000. p. 35-56

CAMPOS, Paulo Sérgio A. Bueno de. **Complicações pós-cirúrgicas mais ligadas ao câncer da mama**. In: FARIA, S. L. et al. *Câncer de Mama*. Rio de Janeiro: Medsi, 1994. p.227-230.

CAPODAGLIO P. et al. Work capacity of the upper limbs after mastectomy. **G. Ital. Med. Lav. Erg.** v. 19, n. 4, 1997. p. 172-176.

CARTER, B. J. **Long term survivors of breast cancer: a qualitative descriptive study**. *Cancer Nursing*, v. 16, n. 5, 1993. p. 354-361.

CASSO, D.; BUIST, D.S.; TAPLIN, S. Quality of life of 5-10 year breast cancer survivors diagnosed between age 40-49. **Health and Quality of Life Outcomes**. v. 25, n. 2, 2004.

DORVAL, Michel et al. Type of Mastectomy and Quality of Life for Long Term Breast Carcinoma Survivors. **Cancer**. v.83, n.10, 1998. p.2130-2138.

EISENBERG, Ana Lucia Amaral; KOIFMAN, Sérgio; REZENDE, Lídia Maria M. Cordeiro de. Predictive Factors to Lymph Node Involvement on Breast Cancer. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v.47, n.4, Out./Nov./Dez., 2001. p.396-389.

FRIEDRICH, Celena Freire et al. **O Papel do Fisioterapeuta no Tratamento Oncológico**. In: BACARAT, F. F. et al. (Orgs.). *Cancerologia atual – um enfoque multidisciplinar*. São Paulo: Pioneira, p. 198-204, 2000.

HACK, T. F., COHEN, L., KATZ, J. S., GOSS, P. Physical and Psychological Morbidity after Axillary Lymph Node. Dissection for Breast Cancer. **Journal of Clinical Oncology**. v. 17, n. 1, p. 143-149, 1999.

HERNÁNDEZ, O. D. Método red como alternativa en el tratamiento del linfedema posmstectomía. **Revista Cubana de Cirurgia**, v. 39, n. 1, 2000. p. 38-46.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Programas de Controle do Câncer**. Ministério da Saúde. Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <http://www.inca.gov.br> Acesso em: 12 de março de 2005

JANNI, W. et al. Quality of life influenced by primary surgical treatment for stage I-III breast cancer – Long-term follow-up of a matched-pair analysis. **Annals of Surgical Oncology**. v. 8, n. 6, p. 542-48, 2001.

KHUEN, Thorsten et al. Long-term morbidity following axillary dissection in breast cancer patients – clinical assessment, significance for life quality and the impact of demographic, oncologic and therapeutic factors. **Breast Cancer Research and Treatment**. v.64, n.3, 2000. p. 275-286.

KING, M.T. et al. Quality of life three months and one year after first treatment for early stage breast cancer: Influence of treatment and patient characteristics. **Quality of Life Research**. v.9, n.7, 2000. p.789-800.

KRISHNAN, Leela et al. Form or Function? Part 2. Objective Cosmetic and Functional Correlates of Quality of Life in Women Treated with Breast-Conserving Surgical Procedures and Radiotherapy. **Cancer**. v.91, 2001. p. 2282-2287.

KWAN, Winkle et al. Chronic Arm Morbidity After Curative Breast Cancer Treatment: Prevalence and Impact on Quality of Life. **Journal of Clinical Oncology**. v.20, n.20, October, 2002. p.4242-4248.

LEDUC, O.; LEDUC, A.; BOURGEOIS, P.; BELGRADO, J. P. The Physical Treatment of Upper Limb Edema. **Cancer**. v. 83, n. 12, p. 2835-2839, 1998.

MAUNSELL, E. et al. Work problems after breast cancer: an exploratory qualitative study. *Psycho-Oncology*. n.8, 1999, p. 467-473.

MARCELINO, Daniella Regina; COSTA, Tayana; BRAZ, Melissa Medeiros. Atuação da fisioterapia em uma paciente submetida à tumorectomia. **Fisioterapia Brasil**. v.4, n.3, 2003, p. 227-29.

McKENZIE, Donald C.; KALDA, Andrea L. Effect of Upper Extremity Exercise on Secondary Lymphedema in Breast Cancer Patients: A Pilot Study. **Journal of Clinical Oncology**. v.21, n.3, February, 2003. p.463-466.

MELLETTTE, S.J. The cancer patient at work. *Cancer Journal Clin*. v.35, n.6, 1985. p. 360-373.

MENKE, Carlos Henrique et al. **Patologia Maligna da Mama**. In: FREITAS, Fernando et al. *Rotinas em Ginecologia*. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p. 241- 256.

MERCÊS, Nen Nalú A. das. **As Representações Sociais do Câncer – Enfermos e familiares compartilhando uma jornada**. Florianópolis, 1998. Dissertação de Mestrado (Assistência de Enfermagem), Universidade Federal de Santa Catarina. 180f.

MOCK, V. Breast cancer and fatigue: issues for the workplace. *AAOHN Journal*. v. 46, n. 9, p. 432-433, 1998.

MOLENAAR, Sjaak et al. Decision Support for Patients With Early-Stage Breast Cancer: Effects of an Interactive Breast Cancer CDROM on Treatment Decision, Satisfaction, and Quality of Life. **Journal of Clinical Oncology**. v.19, n.6, 2001. p.1676-1687.

MORELLE, Alessandra Menezes; GARICOCHEA, Bernardo. Linfonodo Sentinela e Micrometástases de Câncer de Mama: Técnicas de Detecção e Valor Prognóstico. **Revista da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica**. v.2, 2000. p.113-121.

NISSEN, Mary J.et al. Quality of Life after Breast Carcinoma Surgery. **Cancer**. v.91, n.7, 2001. p.1238-1246.

PANOBIANCO, M. S.; MAMEDE, M. V. Complicações e intercorrências associadas ao edema de braço nos três primeiros meses pós mastectomia. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. v. 10, n. 4, p. 544-51, 2002.

PUSIC, Andréa et al. Surgical Options for Early-Stage Breast Cancer: Factors Associated with Patient Choice and Postoperative Quality of Life. **Plastic Reconstruction Surgery**. v.104, n.5, 1999. p. 1325-1333.

RINEHART-AYRES, M. E. Conservative approaches to lymphedema treatment. **Cancer**. V. 83, n.12, p. 2828-2832, 1998.

ROCKSON, S. G. Precipitating Factors in Lymphedema: Myths and Realities. **Cancer**. v.83, n. 12, p. 2814-16,1998.

RODRIGUES, D. P.; SILVA, R. M. da; LOPES, M. V. de O. A sexualidade da mulher mastectomizada: adaptando conceitos de Roy. **Revista Enfermagem Universidade Estadual do Rio de Janeiro**. v 8, n.1, jan./jun, 1998, p. 22-27.

ROSEN, P.P.; PETREK, J. A.; SENLE, R.T.; PETERS, M. Lymphedema in a cohort of breast carcinoma survivors 20 years after diagnosis. **Cancer**. V.92, n. 6, p. 1368-1377, 2001.

SALES, Cibele Alves Chapadeiro Castro et al. Qualidade de vida de mulheres tratadas de câncer de mama: funcionamento social. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.47, n.3, 2001. p. 263-272.

SHIMOZUMA, Kojiro et al. Quality of life in the first year after breast cancer surgery: rehabilitation needs and patterns of recovery. **Breast Cancer Research and Treatment**. v.56, 1999. p.45-57.

SILVA, Henrique Moraes Salvador; FERRARI, Bruno Lemos; ROCHA, Maria Letícia Leone. Câncer de Mama. **Revista Brasileira de Medicina – Especial Mulher**. v.55, n.10, 1998. p. 808-820.

SILVA, Raimunda Magalhães da; MAMEDE, Marli Villela. **Conviver com a Mastectomia**. Fortaleza, Universidade Federal do Ceará, Departamento de Enfermagem, 1998.155p.

SOARES, Heloisa Prado et al. Aplicação dos Questionários de Qualidade de Vida “FLIE” e “EORTC QLQ C-30” para pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico: estudo piloto da Disciplina de Oncologia e Hematologia da Faculdade de Medicina da Fundação ABC. **Revista Brasileira de Cancerologia**. Ano IV, n.15, 2001. p.19-24.

STALEY, J. C. et al. Cancer patient and their co-workers: a study. **Society Work Health Care**. v. 13, n. 1, 1987, p. 101-112.

STANTON, Annette L.; KRISHNAN, Leela; COLLINS, Charlotte. Form or Function? Part 1. Subjective Cosmetic and Functional Correlates of Quality of Life in Women Treated with Breast-Conserving Surgical Procedures and Radiotherapy. **Cancer**. v.91, n.12, June, 2001. p.2273-2281.

SUGDEN EM, REZVANI M, HARRISON JM, HUGHES LK. Shoulder movement after the treatment of early stage breast cancer. **Clin Oncol (R Coll Radiol)** 1998; 10:173-81.

TEIXEIRA, Manoel Jacobsen; PIMENTA, Cibele Andruciolli de Matos. **Avaliação do doente com dor**. In: TEIXEIRA, Manoel Jacobsen; FIGUEIRÓ, João Augusto Bertual.

Dor: Epidemiologia, fisiopatologia, avaliação, síndromes dolorosas e tratamento. São Paulo: Moreira Jr, 2001. p. 58-68.

VERBEEK, J. et al. Return to work of cancer survivors: a prospective cohort study into the quality of rehabilitation by occupational physicians. **Occupational Environment Med.** v.60, 2003. p. 352-357.

VERONESI, Umberto. **Quadrantectomia**. In: BLAND, Kirby I.; COPELAND, Edward M. A Mama: Tratamento Compreensivo das Doenças Benignas e Malignas. São Paulo: Manole, 1994. p.715-717.

YAP, Karen P. L. Et al. Factors Influencing Arm and Axillary Symptoms after Treatment for Node Negative Breast Carcinoma. **Cancer.** v.97, n.6, march, 2003. p.1369-1375.

WAPNIR I. L.; CODY, R.P.; GRECO, R.S. Subtle differences in quality of life after breast cancer surgery. **Annals of Surgical Oncology.** v. 6, n. 4, p. 359-366, 1999.

WARMUTH, M. A. et al. Complications of Axillary Node Dissection for carcinoma of the Breast. **CANCER.** V. 83; n. 7; p. 1362-1367; 1998. WHELAN, Timothy J. et al. The Effects of Radiation Therapy on Quality of Life of Women with Breast Carcinoma. **Cancer.** v.88, n.10, 2000. p.2260-2266.

WHELAN, Timothy J. et al. The Effects of Radiation Therapy on Quality of Life of Women with Breast Carcinoma. **Cancer.** v.88, n.10, 2000. p.2260-2266.

WHO (World Health Organization), 1993. *Disponível em:* <http://www.who.int> Acesso em 15 outubro 2004.

ANEXO 1

Questionário de Qualidade de Vida (BREAST CANCER PATIENT)

Paciente número:

IDADE:

DATA:

Instruções:

Este questionário verifica o quanto a experiência de passar pelo câncer afeta a sua qualidade de vida. Por favor responda a todas as questões baseadas em sua vida neste momento. Será circulado um número de 0 a 10 que melhor descreverá suas experiências.

BEM ESTAR FÍSICO:

Qual destes itens abaixo é um problema para você:

1. Fadiga

sem problemas 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 um grande problema

2. Mudanças no apetite

Sem problemas 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 um grande problema

3. Dores

Sem problemas 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 um grande problema

4. Mudanças no sono

Sem problemas 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 um grande problema

5. Ganho de peso

Sem problemas 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 um grande problema

6. Diminuição da lubrificação vaginal/ sintomas da menausa

Sem problemas 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 um grande problema

7. Alterações Menstruais ou de fertilidade

Sem problemas 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 um grande problema

8. Classifique seu estado geral de saúde

Péssimo 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Excelente

BEM ESTAR PSICOLÓGICO

9. Quão difícil é para você lidar diariamente com os resultados de sua doença?

Nenhuma dificuldade 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Extremamente difícil

10. Quão difícil é para você lidar diariamente com os resultados do seu tratamento?

Nenhuma dificuldade 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Extremamente difícil

11. Quão boa é sua qualidade de vida?

Extremamente ruim 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Extremamente boa

12. O quanto de felicidade você sente?

Nenhuma felicidade 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Extrema felicidade

13. Em que nível você sente que está no controle da sua vida?

Nenhum controle 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Controle total

14. Você se sente satisfeito com a sua vida?

Nenhuma satisfação 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Completamente satisfeito.

15. Atualmente, como está sua habilidade em se concentrar ou lembrar-se de coisas?

Extremamente ruim 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Excelente

16. O quão você se sente útil?

Nada útil 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Extremamente útil

17. Sua doença ou seu tratamento causou mudanças na sua aparência?

Nenhuma mudança 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muitas mudanças

18. Sua doença ou tratamento causou mudanças no seu conceito pessoal (o modo com que você se vê)

Nenhuma mudança 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Mudou completamente

O QUÃO ESTRESSANTE FOI ACOMPANHAR OS ASPECTOS DE SUA DOENÇA E TRATAMENTO:

19. Diagnóstico inicial

Nada estressante 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Extremamente estressante

20. Quimioterapia

Nada estressante 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Extremamente estressante

21. Radioterapia

Nada estressante 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Extremamente estressante

22. Cirurgia

Nada estressante 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Extremamente estressante

23. Terapia complementar

Nada estressante 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Extremamente estressante

24. Quanta ansiedade você sente?

Nenhuma ansiedade 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Extremamente ansiosa

25. O quanto de depressão você sente?

Nenhuma depressão 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Extremamente depressiva

O QUÃO GRANDE É O SEU MEDO DE:

26. Testes diagnósticos futuros:

Nenhum medo 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Medo extremo

27. Medo de um segundo câncer:

Nenhum medo 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Medo extremo

28. Recorrência do seu câncer:

Nenhum medo 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Medo extremo

29. Futuras metástases:

Nenhum medo 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Medo extremo

30. Em que grau você sente que sua vida voltou ao normal:

Não voltou ao normal 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Completamente normal

PREOCUPAÇÕES SOCIAIS:

31. O quão estressante tem sido a sua doença para a sua família?

Nada estressante 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Extremamente estressante

32. O suporte que você recebe de outras pessoas vem de acordo com suas necessidades?

Não 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Completamente

33. Com a continuidade do seu tratamento de saúde há interferência nas suas relações pessoais?

Nenhuma interferência 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muita interferência

34. Sua sexualidade ficou afetada com a sua doença?

Não 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muito afetada

35. Até que ponto sua doença e tratamento interferiram no seu emprego?

Nenhum problema 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muitos problemas

36. Até que ponto sua doença e tratamento interferiram nas suas atividades de vida diária?

Não interferiram 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Interferiram extremamente

37. O quanto isolada você se sente devido a sua doença?

Não me sinto nada isolada 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Extremamente isolada

38. O quanto de preocupação você tem com suas filhas ou com parentes do sexo feminino com relação ao câncer de mama?

Nenhuma preocupação 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Extremamente preocupada

39. O quanto de gastos financeiros você teve com a sua doença e tratamento?

Nenhum 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muitos gastos

BEM ESTAR ESPIRITUAL

40. O quão importante é para você participar de atividades religiosas como rezar, ir à igreja ou a um templo, etc.?

Pouco importante 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Extremamente importante

41. O quão importante é para você outras atividades espirituais como meditação e orações?

Sem importância 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Extremamente importante

42. O quanto a sua vida religiosa / espiritual mudou o resultado do diagnóstico do câncer?

Pouco 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muito

43. Você sente medo do seu futuro?

Nenhum medo 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muito medo

44. Até que ponto sua doença trouxe mudanças positivas para a sua vida?

Nenhuma mudança 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muitas mudanças

45. Você considera ter um propósito/ missão para a sua vida ou uma razão para estar viva?

Nenhum propósito 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muitos propósitos

46. O quão esperançosa você se sente?

Sem esperanças 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muito esperançosa

ANEXO 2

Ficha de Avaliação Estruturada para pacientes Mastectomizadas

1. DADOS PESSOAIS

- 1.1. Nome: _____
1.2. Endereço: _____
1.3. Telefone: _____
1.4. Data de Nascimento: ____/____/____ 1.5. Idade: _____ anos
1.8. Cor: () branca () negra () amarela
1.9. Estado Civil: () solteira () casada () viúva () divorciada () outros _____
1.10. Escolaridade: () 1ª grau () 2ª grau () 3ª grau () completo () incompleto
1.11. Profissão: _____
1.12. Naturalidade: _____

2. HISTÓRIA GINECOLÓGICA

- 2.1. Idade da Menarca: _____ anos
2.2. Idade da primeira gestação: _____ anos (se for o caso)
2.3. Gesta () Para () Abortos ()
2.4. Amamentou: () Sim () Não Por quanto tempo? _____ meses
2.5. É sexualmente ativa: () Sim () Não
2.6. Frequência das consultas ginecológicas: _____ consultas/ano
2.7. Idade do fim dos ciclos menstruais (início da menopausa): _____ anos
Obs:

3. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

- 3.2. Laudo da Biópsia: _____ () Não sabe informar
3.3. Localização: () Quadrante Superior D () Quadrante Inferior D
() Quadrante Superior E () Quadrante Inferior E
Obs:

4. CIRURGIAS

- a) Data da cirurgia: ____/____/____

b) Hemitórax cirurgiado: () D () E () BI

c) Técnica:

- | | |
|---|----------------------------|
| () Mastectomia radical à Halsted | () Tumorectomia |
| () Mastectomia Radical Modificada – Patey | () Linfadenectomia axilar |
| () Mastectomia Radical Modificada – Madden | () Não sabe informar |
| () Quadrantectomia | |

d) Complicações no pós-operatório imediato e tardio (se houve):

- | | |
|--|----------------------------------|
| () Problemas pulmonares | Qual? _____ |
| () Infecção/inflamação da cicatriz | () Linfedema |
| () Sensibilidade alterada na região operada | () Lesão neurovascular na axila |
| () Necrose tecidual | () Hemorragia |
| () Limitação da ADM do ombro | () Seroma |
| () Aderência cicatricial | () Fibrose |
| () Deiscência cicatricial | () Nenhuma complicação |
| () Outros _____ | |

4.2. Reconstrução Mamária

a) Realizou reconstrução mamária após mastectomia? () Sim () Não

b) Teve alguma complicação após a cirurgia de reconstrução mamária? () Sim () Não
Se SIM, qual complicação?

- | | |
|--|--|
| () necrose dos retalhos | () seroma |
| () deiscência parcial da parede abdominal | () necrose gordurosa (imediate ou tardia) |
| () flacidez abdominal | () hérnia abdominal |
| () infecção/inflamação | () dor |
| () alteração postural | () aderência da prótese de silicone |
| () outros _____ | |

e) Se não realizou reconstrução mamária, faz uso de algum tipo de prótese artificial mamária? () Sim () Não Se SIM, qual?

- () silicone gel () alpiste/bolinha de isopor/chumbinho/espuma

5. TERAPIA ADJUVANTE

5.1. Fez ou faz radioterapia? () Sim () Não

Se a resposta for SIM, responder as seguintes questões:

- a) Durante qual período foi realizado? _____ a _____
- b) Quantas sessões foram realizadas? _____ sessões
- c) Local de Incidência: _____
- d) Teve alguma complicação? () Sim () Não
Se SIM, quais complicações?

- Fibrose subcutânea Diminuição da ADM
 Aderência Sensibilidade alterada na região irradiada
 Problemas Pulmonares Infecção/inflamação da mama ou do braço
 Linfedema Erisipela
 Outros _____
-

5.2. Fez ou faz quimioterapia? Sim Não

Se a resposta for SIM, responder as seguintes questões:

- a) Durante qual período foi realizado? _____ a _____
b) Quantas sessões/ciclos foram realizadas? _____ sessões/ciclos.
c) Droga: _____ não sabe informar
d) Teve alguma complicação? Sim Não

Se SIM, quais complicações?

- Náuseas Vômitos Diarréia Perda de apetite
 Alopecia Mal-estar Mucosites Perda de peso/emagrecimento

5.3. Fez ou faz hormonioterapia? Sim Não

Se a resposta for SIM, responder as seguintes questões:

- a) Durante qual período foi realizado? _____ a _____
b) Qual medicação utilizada? _____
c) Teve alguma complicação? Sim Não

Se SIM, quais complicações:

- Ganho de peso Quantos quilos? _____ Kg
 Retenção Hídrica Náuseas Miomas

6. HÁBITOS DE VIDA

6.1. É fumante? Sim Não

Se resposta for SIM, responder as seguintes questões:

- a) Há quanto tempo? 1 a 5 anos 5 a 10 anos mais de 10 anos
b) Quantos cigarros por dia? 1 a 10 cigarros 10 a 20 cigarros mais de 20

6.2. Ingere bebida alcoólica regularmente? Sim Não

Se resposta for SIM, responder as seguintes questões:

- a) Há quanto tempo? 1 a 5 anos 5 a 10 anos mais de 10 anos
b) Quantas vezes por semana? 1 a 2 vezes 3 a 4 vezes 5 a 7 vezes

6.3. Pratica atividade física regularmente? Sim Não

Se resposta for SIM, responder as seguintes questões:

- a) Qual esporte? _____
b) Há quanto tempo? 1 a 5 anos 5 a 10 anos mais de 10 anos
c) Quantas vezes por semana? 1 a 2 vezes 3 a 4 vezes 5 a 7 vezes

6.4. Possui alguma doença sistêmica? Sim Não

Se resposta for SIM, assinale a doença abaixo:

- Diabetes Mellitus Hipertensão Arterial Osteoporose
 Outros: _____
-

6.5. Toma alguma medicação? () Sim () Não

Se resposta for SIM, qual medicação? _____

6.6. Qual o membro dominante? (D) (E) (BI)

7. ANTECEDENTES FAMILIARES EM CÂNCER DE MAMA:

Grau de Parentesco

Grau de Parentesco:

Grau de Parentesco:

8. QUEIXA(S) PRINCIPAL(IS)

() Limitação de ADM de MMSS

() Alterações estéticas

() Limitação de força muscular de MMSS

() Alterações posturais

() Hiposensibilidade na região operada

() Linfedema

() Hipersensibilidade na região operada

() Problemas pulmonares

() Dor Local: _____

() Outros: _____

9. TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO

9.1. Fez acompanhamento fisioterapêutico, no pré-operatório? () Sim () Não

9.2. Se sim, durante quanto tempo? _____

9.3. Realizou tratamento fisioterapêutico, no pós- cirúrgico? () Sim () Não

9.4. Se sim, durante quanto tempo? _____

9.5. Quantas vezes por semana? _____ vezes/semana.

9.6. Quanto tempo, após a cirurgia começou o atendimento em fisioterapia? _____ dias.

9.7. Participa de algum Grupo de Apoio, para mulheres mastectomizadas?

() Não () Sim

Se SIM, qual? _____

10. AVALIAÇÃO CINESIOFUNCIONAL

10. AVDs: () Dependente () Independente

a) Se a resposta for DEPENDENTE, quem lhe auxilia com as AVDs?

() mãe () marido () filhos () outros _____

b) Que atividades você consegue fazer **sem auxílio e utilizando ambas as mãos**?

- Tomar banho sozinha Limpar a casa Pentear meu cabelo
 Lavar roupa Me vestir Cozinhar
 Calçar sapatos Passar roupa Me alimentar
 Caminhar Dirigir Segurar um objeto pequeno
 Pegar um objeto no alto
 Atividades esportivas Descascar uma fruta Atividades profissionais

Outros: _____

c) Mobilidade de MMSS: MSD ativa ativa-assistida passiva
MSE ativa ativa-assistida passiva

d) Linfedema: Presente Ausente

Se o linfedema estiver presente:

e) Determinar a localização do mesmo:

- MS ipsilateral à cirurgia MS contralateral à cirurgia
 Parede torácica ipsilateral à cirurgia Parede torácica contralateral à cirurgia

f) com cacifo sem cacifo

g) Tempo de instalação do linfedema após a cirurgia:

- no primeiro mês de PO
 entre o 2^a e o 6^a mês de PO
 entre o 6^a mês e o 1^a ano de PO
 após o 1^a ano de PO
 após o 3^a ano de PO
 outros _____

h) Há quanto tempo possui linfedema (meses/anos)? _____

i) Pele (do MS ipsilateral):

- Espessada Folículos pilosos salientes Presença de erisipela
 Quente Avermelhada Linfocistos
 Pele friável

ATIVIDADES PROFISSIONAIS

a) Você teve que afastar-se da sua atividade profissional devido ao seu procedimento cirúrgico? sim não

b) Quais motivos levaram você a se afastar do emprego?

- Menor agilidade

- indisposição para o trabalho
- Não tem força no braço
- Tem medo de machucar-se
- Não consegue movimentar normalmente o braço
- O braço pesa muito
- Sente dor
- Frequência dos Exames
- Outros

c) Você se sente em condições de exercer suas atividades profissionais?

- sim não

d) Você teve que mudar sua função profissional após a cirurgia?

- sim não

Data da avaliação: ____/____/____