

Os domínios afetados na qualidade de vida de mulheres com neoplasia mamária

Quality of life domains affected in women with breast cancer

Los dominios afectados en la calidad de vida de mujeres con neoplasia mamaria



Sabrina Nunes Garcia^a

Michele Jacowski^b

Gisele Cordeiro Castro^c

Carila Galdino^d

Paulo Ricardo Bittencourt Guimarães^e

Luciana Puchalski Kalinke^f

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.02.45718>

RESUMO

Objetivo: O objetivo deste estudo foi investigar a qualidade de vida das mulheres com neoplasia mamária submetidas à quimioterapia nos convênios público e privado.

Método: Trata-se de estudo observacional, de coorte prospectivo, realizado com 64 mulheres portadoras de neoplasia mamária. Os dados foram coletados com a utilização dos instrumentos *Quality of Life Questionnaire C30* e *Breast Cancer Module BR23*. Para análise dos dados, foram utilizados os testes estatísticos de *Mann Whitney* e *Friedman*, com valores estatisticamente significantes para $p < 0,05$.

Resultados: Os resultados significantes no convênio público foram: função física, dor, imagem corporal, efeitos sistêmicos e perspectivas futuras. No convênio privado, foram: função sexual, social e imagem corporal.

Conclusão: A qualidade de vida das mulheres foi comprometida em decorrência do tratamento quimioterápico em ambas as instituições, porém em domínios diferentes, o que subsidia um cuidado de enfermagem direcionado de acordo com as características de cada grupo.

Palavras-chave: Enfermagem oncológica. Qualidade de vida. Neoplasias da mama.

ABSTRACT

Objective: This study aimed to investigate the quality of life of women suffering from breast cancer undergoing chemotherapy in public and private health care systems.

Method: It is an observational, prospective study with 64 women suffering from breast cancer. Data was collected with two instruments: *Quality of Life Questionnaire C30* and *Breast Cancer Module BR23*. By applying *Mann Whitney* and *Friedman's* statistical tests, p values < 0.05 were considered statistically significant.

Results: The significant results in public health care systems were: physical functions, pain symptom, body image, systemic effects and outlook for the future. In private health care systems, the results were sexual, social functions and body image. Women's quality of life was harmed by chemotherapy in both institutions.

Conclusion: The quality of life of women has been harmed as a result of the chemotherapy treatment in both institutions, but in different domains, indicating the type of nursing care that should be provided according to the characteristics of each group.

Keywords: Oncology nursing. Quality of life. Breast neoplasms.

RESUMEN

Objetivo: Se objetivó investigar la calidad de vida de las mujeres con neoplasia mamaria sometidas a quimioterapia, en el seguro médico público y privado.

Método: Se trata de un estudio observacional, de cohorte, prospectivo, realizado con 64 mujeres con neoplasia mamaria. Los datos fueron recolectados mediante dos instrumentos *Quality of Life Questionnaire C30* y *Breast Cancer Module BR23*. Para el análisis los datos se utilizaron pruebas estadísticas de *Mann Whitney* y *Friedman*, con valores estadísticamente significativas para $p < 0,05$.

Resultados: Fueron verificadas diferencias estadísticamente significativas en el seguro médico público: la función física, síntoma dolor, la imagen corporal, los efectos sistémicos en las perspectivas de futuro, en el seguro médico privado fueron la función sexual, la imagen social y el cuerpo.

Conclusión: La calidad de vida de las mujeres se ha visto comprometida como consecuencia de la quimioterapia en ambas instituciones, pero en diferentes dominios que subsidia la atención de enfermería dirigida según las características de cada grupo.

Palabras clave: Enfermería oncológica. Calidad de vida. Neoplasias de la mama.

^a Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Instituto de Oncologia do Paraná, Membro do Grupo de Estudos Multiprofissional em Saúde do Adulto - GEMSA, Curitiba - Paraná, Brasil.

^b Enfermeira, Especializanda em Saúde da Família pelo Programa de Residência Multiprofissional da UFPR, Membro do Grupo de Pesquisa GEMSA, Curitiba - Paraná, Brasil.

^c Enfermeira da Unidade Hemato-Onco do Hospital Nossa Senhora das Graças, Membro do Grupo de Pesquisa GEMSA, Curitiba - Paraná, Brasil.

^d Enfermeira, Especializanda em Enfermagem Oncológica pelo Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Cancerologia do Hospital Erasto Gaertner, Membro do Grupo de Pesquisa GEMSA, Curitiba - Paraná, Brasil.

^e Estatístico, Doutor em Estatística, Professor Adjunto do Departamento de Estatística da UFPR, Curitiba - Paraná, Brasil.

^f Enfermeira, Doutora em Ciências, Professora do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, Membro do Grupo de Pesquisa GEMSA, Curitiba - Paraná, Brasil.

■ INTRODUÇÃO

A neoplasia mamária é uma doença temida pelas mulheres. Comumente está associada à mutilação física, alterações no estilo e na qualidade de vida (QV). Apesar do avanço tecnológico na saúde em relação ao tratamento e do aumento de informações veiculadas pela mídia, as taxas de neoplasia mamária são elevadas, muito provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estágios avançados⁽¹⁻²⁾.

No Brasil a preocupação com este cenário refletiu-se na Política Nacional de Atenção Oncológica⁽³⁾, que enfatiza a importância da detecção e diagnósticos precoces, possibilitando às mulheres melhores resultados terapêuticos, prognósticos e condições de vida. Atualmente, o acesso as informações ocorrem de maneira diferenciada, de acordo com as características da população, o que impacta no tempo do diagnóstico, no início da terapêutica e na QV dessas mulheres.

Para tanto, destaca-se como marco, a promulgação da Portaria GM/MS nº 2.439, que teve como objetivos principais a promoção da QV e da saúde da sociedade⁽³⁾, e da Lei nº 2.732, que entrou em vigor em 2013 objetivando garantir que os pacientes com diagnóstico de neoplasias malignas, entre elas a mamária, iniciem o primeiro tratamento na rede pública em até 60 dias após o diagnóstico⁽⁴⁾, buscando melhores prognósticos e QV.

Nos centros privados, o acesso às informações e aos serviços de saúde ocorre de maneira mais rápida, o que favorece o diagnóstico e o início do tratamento. Entretanto, as diferenças existentes entre os centros públicos e privados podem impactar a QV de maneira distinta, e a característica da instituição provedora dos cuidados deve ser considerada, com vistas a identificar os domínios afetados e garantir assistência singular a estas mulheres em cada fase da terapêutica. Assim, as instituições devem estar preparadas para dar suporte em todas as dimensões do tratamento oncológico, visando a melhoria da QV para estas pacientes.

A QV é definida pela Organização Mundial da Saúde como a percepção do indivíduo em sua posição na vida, no contexto da cultura, e dos sistemas de valores nos quais ele vive⁽⁵⁾. É possível observar a concordância razoável entre os pesquisadores acerca do construto QV, por ainda não existir um consenso para tal, é notável que estes se voltem para a percepção do paciente sobre a doença, o tratamento e seus efeitos, podendo abranger significados variados, os quais refletem conhecimentos, experiências, valores individuais e coletivos que a ele se reportem em diferentes épocas e espaços da história⁽⁶⁻⁷⁾.

A neoplasia mamária pode desencadear vários sentimentos negativos nas mulheres, e estes poderão estar fortemente relacionados a alterações na sua QV. Entre eles, pode-se destacar o medo do diagnóstico, da possível cirurgia, a incerteza do prognóstico e da recorrência dos efeitos colaterais do tratamento, o sofrer pela dor e o enfrentamento da possibilidade de morte⁽⁸⁾.

A Enfermagem Oncológica integra este contexto pela importância das suas ações nas diferentes etapas da atenção oncológica à mulher com neoplasia mamária, as quais se referem à prevenção ou detecção precoce, diagnóstico, tratamento, orientações, cuidados paliativos e acompanhamento pós-alta. Portanto, a atuação na investigação da QV em mulheres com neoplasias mamárias, fundamenta-se na necessidade de identificar os domínios afetados, contemplando as funções físicas, emocionais, sociais e cognitivas⁽⁹⁾.

Pelo conhecimento e acompanhamento dos sintomas da doença e dos seus efeitos colaterais, avaliam-se aspectos importantes que influenciam a QV da portadora de neoplasia mamária, permitindo a avaliação do tratamento e do seu impacto, bem como o planejamento de intervenções de enfermagem para a reabilitação destas pacientes e melhores condições de QV⁽¹⁰⁾.

Com base no exposto, esta pesquisa teve como hipótese que o impacto gerado pelo tratamento antineoplásico altera a QV das mulheres com neoplasia mamária, independente da característica da instituição. Para tanto, os objetivos foram investigar a QV das mulheres com neoplasia mamária submetidas à quimioterapia nos convênios público e privado, identificar e comparar os principais sintomas e domínios afetados entre as instituições.

■ METODOLOGIA

Estudo observacional, de coorte prospectivo, realizado na unidade de hemato-onco de um hospital público de ensino (denominado para o estudo como IA) e na unidade de quimioterapia de uma clínica privada (denominada para o estudo como IB). O período do estudo foi entre maio de 2012 a setembro de 2013, com a inclusão de 64 mulheres (32 IA e 32 IB) por conveniência. Os critérios de inclusão foram: diagnóstico comprovado de neoplasia mamária, idade superior a 18 anos e estar iniciando o tratamento quimioterápico no prazo determinado.

A coleta de dados aconteceu em três fases do tratamento: a primeira até 24 horas antes do início do tratamento quimioterápico, utilizando três questionários: Questionário (1) dados sócio demográficos e clínicos; Questionário (2) *Quality of Life Questionnaire-C30* (QLQ-C30) desenvolvido

pela *European Organization for Research and Treatment of Cancer* (EORTC)⁽¹¹⁾, utilizado especificamente para pacientes oncológicos, traduzido para o português, validado no Brasil⁽¹²⁾, com 30 itens divididos em: cinco escalas funcionais (física, cognitiva, emocional, social e desempenho), três escalas de sintomas (fadiga, náuseas e dor), seis itens individuais (dispneia, insônia, perda de apetite, constipação, diarreia e dificuldades financeiras) e duas perguntas sobre o estado geral de saúde; Questionário (3) QLQ-BR23, traduzido para o português, validado no Brasil⁽¹²⁾, direcionado a QV especificamente para neoplasia mamária, composto por 23 perguntas relacionadas aos efeitos colaterais da quimioterapia, sintomas relacionados ao braço e mama, imagem corporal e função sexual.

A segunda coleta de dados ocorreu aproximadamente 45 dias após o início da quimioterapia, e a terceira, aproximadamente 90 dias após o início da primeira, ambas com uma margem de cinco dias para mais ou para menos, utilizando somente os questionários QLQ-C30 e QLQ-BR23.

Os dados sociodemográficos foram analisados por frequência absoluta e relativa, os dados do QLQ-C30 e BR23 foram agrupados nas respectivas escalas e expressos em pontuações de 0 a 100. Para as escalas funcionais e para o estado geral da saúde, um escore maior representa um maior nível de funcionalidade e um melhor estado geral. Para as escalas de sintomas, um escore maior representa um maior número de sintomatologia. Para comparar os dados entre as instituições foi aplicado o teste não paramétrico de *Mann Whitney*, para comparação das etapas foi aplicado o teste não paramétrico de *Friedman*. Foi considerado um nível de significância de 5%, valores de $p < 0,05$ foram considerados estatisticamente significativos.

Em relação aos aspectos éticos, destaca-se que ambos os questionários foram autorizados mediante ao registro do projeto no EORTC. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas da UFPR sob o parecer número 5301, em 12 de março de 2012.

■ RESULTADOS

Em relação aos dados sociodemográficos (Tabela 1), foi observado média de idade de 55 anos para IA, e de 44,9 anos para IB. Quanto a renda familiar, a IA teve média de 3,9 salários mínimos e a IB média de 13,8 salários.

Em relação aos dados clínicos, foi observado que 71% ($n=23$) das mulheres em tratamento na IA declararam possuir comorbidade, com destaque para a hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes, hipotireoidismo e hipercolesterolemia. Já para a IB, houve uma proporção menor, com 28,1% ($n=9$), com prevalência da HAS e hipotireoidismo.

Dentre as 23 que relataram ter HAS, destaca-se 69,5% ($n=16$) na IA e 55,5% ($n=9$) na IB.

Quanto aos hábitos de vida, as respostas em ambas as instituições foram semelhantes. Na IA 56,2% ($n=18$) afirmaram não fumar, 18,7% ($n=6$) relataram prática pregressa e 25% ($n=8$) afirmaram serem fumantes. Já para IB, 75,1% ($n=24$) declaram não fumar, 9,3% ($n=3$) relataram prática pregressa e 15,6% ($n=5$) eram fumantes. Quanto à ingestão de bebida alcoólica, em IA 71,8% ($n=23$) alegaram não ingerir, 28,1% ($n=9$) ingeriam moderadamente e nenhuma afirmou ter prática intensa. Para a IB 87,5% ($n=28$) não bebiam, 9,3% ($n=3$) ingeriam moderadamente e 3,2% ($n=1$) ingeriam em grande quantidade.

No que diz respeito à prática de exercícios físicos, na IA 59,3% ($n=19$) não realizam atividade física, 21,8% ($n=7$) praticavam esporadicamente e 18,7% ($n=6$) regularmente. Na IB, 56% ($n=18$) não praticavam atividade física, 21% ($n=7$) praticavam esporadicamente e 21% ($n=7$) regularmente.

Em relação ao tempo transcorrido entre a data do diagnóstico e o início do tratamento, na IA variou de 1 a 24 meses, com média de 5 meses, e para a IB o tempo foi de 1 a 7 meses, com média de 2,6 meses.

Quanto aos resultados referentes aos questionários QLQ-C30 coletados na primeira etapa (Tabela 2), observaram-se diferenças estatisticamente significantes entre os grupos para a Função Física ($p=0,017$) e Dor ($p=0,005$) ao iniciar o tratamento. Na segunda etapa não encontramos diferenças estatisticamente significantes entre as instituições. Para a terceira etapa, foi observado diferença estatisticamente significativa para o item Função Social ($p=0,049$).

Em relação aos dados do instrumento BR23 na primeira etapa (Tabela 3), observamos diferenças estatisticamente significantes entre os grupos nos domínios Imagem Corporal ($p=0,016$), Função Sexual ($p=0,027$) e Efeitos Sistêmicos ($p=0,0001$).

Nos resultados da segunda etapa do questionário BR23 (Tabela 4), foi possível observar diferenças estatisticamente significantes nos domínios Função Sexual ($p=0,002$), Perspectivas Futuras ($p=0,049$) e Efeitos Sistêmicos ($p=0,035$).

Em relação a terceira etapa não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os itens nas duas instituições. O item Prazer Sexual foi o que obteve menos índice de respostas nas três etapas, sendo que este resultado pode ser considerado esperado por relacionar-se a intimidade da mulher. De acordo com o *Scoring Manual* da EORTC⁽⁹⁾, a variação no número de respostas no BR23 já é prevista, devido aos domínios Prazer Sexual e Perda de Cabelo não serem aplicáveis quanto as respostas relacionadas a estes domínios forem “não”.

Tabela 1 – Dados sócio demográficos (n=64). Curitiba, PR, 2013

Variáveis	IA	IA	IB	IB
Idade (anos)	55 n=32	30 ↔ 77 %	44,9 n=32	24 ↔ 69 %
Estado civil				
Solteiras	3	9,3	3	9,3
Casadas ou amasiadas	24	75	24	75
Separadas ou divorciadas	3	9,3	4	12,5
Viúvas	2	6,4	1	3,2
Nº de filhos				
Nenhum	1	3,2	2	6,4
1 a 3 filhos	22	68,7	28	87,5
3 ou mais	9	28,1	2	6,4
Escolaridade				
Analfabeta	1	3,2	0	0
Até 9 anos de estudo	9	28,1	2	6,4
9 a 12 anos de estudo	13	40	12	37,5
Mais de 12 anos de estudo	9	28,1	18	56,2
Ocupação				
Economicamente ativas	10	31,2	19	59,6
Aposentadas	9	28,1	1	3,1
Do lar	8	25	7	21,8
Desempregadas	5	15,6	5	15,6
Renda familiar	3,9*	-	13,8*	-
Renda per capita	1*	-	4,4*	-

Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

*Valor em salários mínimos

■ DISCUSSÃO

O conhecimento do itinerário terapêutico das mulheres com neoplasia mamária contribui para o planejamento dos cuidados de enfermagem e das ações na área da saúde visando a QV. Portanto, conhecer o perfil socioeconômico e clínico, bem como as funções físicas, sociais, emocionais e cognitivas, contribui para a melhoria das disparidades no âmbito da saúde, em consonância com as diferenças demográficas, epidemiológicas e socioeconômicas.

Observou-se que a faixa etária entre as mulheres submetidas à quimioterapia na IA é compatível com a média nacional (52 anos de idade)⁽¹³⁾. Por outro lado, as mulheres em tratamento na IB apresentaram uma média de idade inferior à faixa etária de maior incidência no nosso país. Esta diferença pode estar relacionada ao fato de que as mulhe-

res mais jovens têm maior oportunidade de serem examinadas, por estarem em idade reprodutiva, frequentam mais os consultórios médicos e os hospitais, além disso, o convênio privado de saúde facilitaria o acesso ao diagnóstico precoce⁽¹⁴⁾.

Quanto à escolaridade, é possível verificar que quanto maior a escolaridade, maior é o número de mulheres ativas economicamente, situação percebida na IB. A relação da escolaridade com a neoplasia mamária aponta que indivíduos com menor grau de escolaridade têm maior dificuldade para realizar a prevenção contra a neoplasia mamária. Portanto, a escolaridade maior propicia um melhor conhecimento e, por conseguinte, uma maior participação em métodos de rastreamento⁽¹⁵⁾.

Já em relação à ocupação, foi possível observar que na IB 59% das mulheres declararam-se ativas, quase o dobro

Tabela 2 – Dados do QLQ-C30 aplicados na primeira etapa (n=64). Curitiba – PR 2013

Escores	Soma de ranks		U	p-valor
	IA n=32	IB n=32		
Qualidade de vida global	999	1081	471	0,588978
Função física	864	1216	336	0,017721*
Desempenho pessoal	894,5	1185,5	366,5	0,050283
Função emocional	1067,5	1012,5	484,5	0,713808
Função cognitiva	991,5	1088,5	463,5	0,517476
Função social	1024	1056	496	0,836270
Fadiga	1085	995	467	0,552668
Náusea / Vômito	1140	940	412	0,182825
Dor	1246,5	833,5	305,5	0,005021*
Dispneia	1140	940	412	0,182825
Insônia	979,5	1100,5	451,5	0,419190
Perda de Apetite	1045	1035	507	0,952160
Constipação	1090	990	462	0,508861
Diarreia	1184	896	368	0,053589
Dificuldades Financeiras	1088	992	464	0,526166

Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

*Estatisticamente significativos

do apresentado na IA, fator que reflete também na média salarial familiar que na IB é três vezes maior. Autores destacam a importância das mulheres na participação ativa no mercado de trabalho ou no ambiente familiar. Portanto, seu afastamento para a realização do tratamento, aliado ao trauma emocional provocado pelo diagnóstico da doença e do medo do tratamento, pode ter efeito profundamente negativo para a vida da mulher⁽⁹⁾, contribuindo para uma redução da QV.

A QV das mulheres com neoplasia mamária também pode ser alterada pela presença de patologias precedentes ao diagnóstico, e por algumas terapias antitumorais que podem propiciar o aparecimento ou o agravamento de algum tipo de comorbidade, como doenças cardiovasculares, afetando de maneira negativa o prognóstico da doença⁽¹⁶⁾. No presente estudo, 50% das mulheres apresentaram algum tipo de comorbidade e a HAS foi a mais incidente.

Também chamou atenção o fato das mulheres não referirem, na sua maioria, ser etilistas ou tabagistas, fator considerado predisponente para as neoplasias. Entretanto, em relação à atividade física, aproximadamente metade de ambos os grupos referiram não praticar. É sabido que a prática de atividades físicas é considerada como fator de proteção para o desenvolvimento das neoplasias mamárias⁽¹⁶⁾.

Um dos pontos importantes que podem fazer diferença para QV das pacientes com neoplasia mamária é o tempo de diagnóstico, e ele apresentou uma divergência importante entre as instituições. O início do tratamento na IA demorou quase o dobro do tempo indicado pela IB. Como medida de combate à demora para o início do tratamento oncológico em nosso país, instituiu-se a lei nº 12.732, garantindo direito ao início do tratamento no SUS, no prazo de até 60 dias, a partir da data do diagnóstico confirmada no laudo⁽⁴⁾. Independente dos fatores responsáveis pelo atraso no início da terapêutica pós-diagnóstico, estudos constataam a associação entre diagnósticos tardios e tratamento da neoplasia mamária como o pior prognóstico⁽¹⁷⁾, sendo um fator que contribuirá de forma elevada para um tratamento mais agressivo, com maior impacto na QV.

Quanto aos dados relacionados aos questionários de QLQ-C30 e BR23, foi observado que no item estado geral da saúde, em ambas as instituições, o escore não foi baixo, ou seja, ambas relatavam um “nível bom” nas condições de saúde. No entanto, em relação aos domínios afetados, foi observado na primeira etapa da pesquisa, o déficit na Função Física e o sintoma Dor mais incidente na IA, que denota uma possível relação entre o tempo de diagnóstico, início do tratamento e estadiamento do câncer. A dor oncológica

Tabela 3 – Dados do questionário BR23 aplicados na primeira etapa (n=64). Curitiba – PR 2013

Escore	Soma de ranks		U	N		p-valor
	IA	IB		IA	IB	
Imagem Corporal	850	1166	322	32	31	0,016326*
Função Sexual	1184	832	336	32	31	0,027610*
Prazer Sexual	367	413	113	15	24	0,054162
Perspectiva Futura	936	1144	408	32	32	0,165703
Efeitos Sistêmicos	1313,5	766,5	238,5	32	32	0,000159*
Sintomas da Mama	1185	895	367	32	32	0,051914
Sintomas no Braço	1009	1007	481	32	31	0,843099
Perda de Cabelo	156,5	143,5	38,5	10	14	0,064329

Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

*Estatisticamente significativos

Tabela 4 – Dados do questionário BR23 aplicados na segunda etapa da pesquisa (n=64). Curitiba – PR 2013

Escore	Soma de ranks		U	N		p-valor
	IA	IB		IA	IB	
Imagem Corporal	924	1092	428	31	32	0,355903
Função Sexual	1231	722	226	31	31	0,000240*
Prazer Sexual	228	300	69	11	21	0,067453
Perspectiva Futura	847	1169	351	31	32	0,046449*
Efeitos Sistêmicos	1145	871	343	31	32	0,035387*
Sintomas da Mama	994	1022	494	31	32	0,983665
Sintomas no Braço	955,5	1060,5	459,5	31	32	0,618138
Perda de Cabelo	841	812	406	29	28	1,000000

Fonte: Dados da pesquisa, 2013

*Estatisticamente significativos

acomete cerca de 50% dos pacientes em todos os estágios da doença em 60% a 90% nas neoplasias avançadas⁽¹⁸⁾.

Os Efeitos Sistêmicos (fadiga, perda de interesse por atividades anteriormente prazerosas, dispneia, perda de força muscular, alterações de paladar, irritabilidade, perda de concentração, alterações gastrintestinais e redução do desejo sexual) são mais comuns a partir da segunda sessão de quimioterapia⁽⁷⁾. No entanto, foram percebidos pelas mulheres do grupo IA na primeira e segunda etapas, possivelmente relacionados ao tempo tardio do diagnóstico, que muitas vezes direciona para um tratamento mais agressivo, e também, pode-se inferir a dificuldades em adquirir, durante o tratamento, medicamentos que minimizem estes sintomas.

Em decorrência da sintomatologia, o tratamento para a neoplasia mamária acarreta à mulher mudanças relativas à

sua autonomia e independência, gerando dificuldades psicossociais. Tal fato agrava a condição funcional, que envolve a dependência e a perda da identidade, além de gerar angústias, medos e prejudicar a função emocional e a QV⁽¹⁾.

A possibilidade de amputação parcial ou total da mama, além de aumentar os sintomas da dor, provoca impacto direto na imagem corporal devido aos significados ligados à feminilidade, sensualidade, sexualidade e ao desempenho da maternidade⁽²⁾. Assim como a intervenção cirúrgica, os tratamentos sistêmicos (quimioterapia e/ou radioterapia) também causam efeitos secundários capazes de afetar a imagem corporal, devido à perda de cabelos, queimaduras na pele, diminuição da libido e fertilidade, já que estes interferem na produção de hormônios sexuais, o que pode levar ao ressecamento vaginal e à menopausa precoce no caso de pacientes mais jovens⁽¹⁰⁾.

Dessa forma, entende-se que a imagem corporal é um grande predicativo da função sexual, uma vez que a manutenção e aceitação da feminilidade, mesmo após as intervenções clínicas do tratamento, são percepções essenciais para que a mulher sinta-se segura com sua sexualidade e, de forma semelhante, seu parceiro⁽¹⁹⁾.

A imagem do corpo ultrapassa a sensorialidade visual e abrange as vivências afetivas, sociais e fisiológicas que influenciam a forma de como a mulher se percebe. Nesse caso, as mulheres do grupo IA apontaram para uma depreciação maior na forma de como sua imagem era afetada pelo tratamento, o que se correlaciona com os fatores limitantes a que essas mulheres estão socialmente inseridas, e que resultam no baixo limiar de resiliência frente à doença⁽¹⁷⁾.

Apesar da Imagem Corporal ser melhor conceituada pelo grupo IB, o escore para Função Sexual foi menor quando comparado com o IA, o que pressupõe uma contradição com os estudos que relacionam Imagem Corporal e Função Sexual. Entende-se que estudos quantitativos podem não suprir todo o entendimento da Imagem Corporal, por ser uma percepção subjetiva do próprio corpo, e com significado único para cada mulher, que se sente invadida e exposta fisicamente às alterações provenientes da terapêutica⁽¹⁾.

■ CONCLUSÃO

Esta pesquisa investigou possíveis impactos que a neoplasia mamária e o tratamento antineoplásico acarretam à QV das mulheres nas instituições pública e privada. Estes foram percebidos na função física, função sexual, função social, sintoma dor, imagem corporal, efeitos sistêmicos e perspectivas futuras, que comprometeram a QV das mulheres.

Entretanto, pode-se inferir que a QV das mulheres foi alterada em decorrência do tratamento quimioterápico, independente da característica da instituição. Destarte, os resultados apontam para a necessidade de conhecer o grupo de origem de cada paciente, pois essa informação fornecerá subsídios para desenvolvimento de estratégias de fortalecimento de ações em saúde específicas, tornando o cuidado mais direcionado e efetivo, de forma a impactar positivamente sobre a QV.

As mulheres com neoplasia mamária submetidas ao tratamento quimioterápico precisam ser assistidas em sua integralidade, e as ações de Enfermagem devem buscar o equilíbrio entre a manutenção das funções físicas, emocionais e sociais das mulheres acometidas com o adequado manejo dos sintomas fisiológicos dos medicamentos quimioterápicos, com enfoque nas condições de vida que devem ser mantidas apesar da terapêutica.

■ REFERÊNCIAS

1. Silva CB, Albuquerque V, Leite J. Qualidade de vida em pacientes portadoras de neoplasia mamária submetidas a tratamentos quimioterápicos. *Rev Bras Cancerol*. 2010;56(2):227-36.
2. Majewski JM, Lopes ADF, Davoglio T, Leite JCC. Qualidade de vida em mulheres submetidas à mastectomia comparada com aquelas que se submeteram à cirurgia conservadora: uma revisão de literatura. *Cienc Saude Coletiva* [Internet]. 2012 [citado 2013 abr. 25];17(3):707-16. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000300017.
3. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 2.439, de 8 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. *Diário Oficial da União, Brasília (DF)* 2005 dez. 09; 142(236 Seção 1):80-1.
4. Ministério da Saúde (BR). Lei n. 12.732, de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. *Diário Oficial da União, Brasília (DF)* 2012 nov. 23;149(226 Seção 1):1.
5. World Health Organization (SW). WHOQOL: measuring quality of life. Geneva; 1997.
6. Seixas RJ, Kessler A, Frison VB. Atividade física e qualidade de vida em pacientes oncológicos durante o período de tratamento quimioterápico. *Rev Bras Cancerol* [Internet]. 2010 [citado 2013 mar. 04];56(4):321-30. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_56/v03/pdf/05_artigo_atividade_fisica_qualidade_vida_pacientes_oncologicos_durante_periodo_tratamento_quimioterapico.pdf.
7. Zandonai AP, Cardozo FMC, Nieto ING, Sawada NO. Qualidade de vida nos pacientes oncológicos: revisão integrativa da literatura latino-americana. *Rev Eletr Enf* [Internet]. 2010 [citado 2013 set. 06];12(3):554-61. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a20.htm>.
8. Sales CACC, Paiva L, Scanduzzi D, Anjos ACY. Qualidade de vida de mulheres tratadas de câncer de mama: funcionamento social. *Rev Bras Cancerol* [Internet]. 2011 [citado 2013 jul. 31]; 47(3):263-72. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_47/v03/english/article2.html.
9. Stumm EMF, Leite MTL, Maschio G. Vivências de uma equipe de enfermagem no cuidado a pacientes com câncer. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2008 [citado 2013 set. 11];13(1):75-82. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/11955/8436>
10. Pelusi J. Sexuality and body image: research on breast cancer survivors documents altered body image and sexuality. *Am J Nurs*. 2006; 106(Suppl 3):32-8.
11. EORTC.org [Internet]. Brussels: The European Organisation for Research and Treatment of Cancer; c2011-2015 [atualizado 2014 fev. 04, citado 2014 fev. 04]. Disponível em: <http://www.eortc.org>.
12. Michels FAS, Latorre MRDO, Maciel MS. Validity, reliability and understanding of the EORTC-C30 and EORTC-BR23, quality of life questionnaires specific for breast cancer. *Rev Bras Epidemiol*. 2013;16(2):52-63.
13. Instituto Nacional do Câncer [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; c1996-2015 [atualizado 2013; citado 2013 maio 05]. O que é o câncer; [aprox. 2 telas]. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322.
14. Rodrigues CS, Givisiez JHN. Estudo da acessibilidade ao serviço de saúde de pacientes com câncer de mama no município de campos dos Goytacazes. In: XVII Encontro Nacional de Estudos Populacionais; 2010 set. 20-24; Caxambu, Brasil. Disponível em: http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2010/docs_pdf/eixo_4/abep2010_2207.pdf.

15. Fangel LMV, Panobianco MS, Kebbe LM, Almeida AM, Gozzo TO. Qualidade de vida e desempenho de atividades cotidianas após tratamento das neoplasias mamárias. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2013 [citado 2013 ago. 01];26(1):93-100. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01031002013000100015&lng=en&nr m=iso.
16. Anjos JC, Alayala A, Hofelmann DA. Fatores associados ao câncer de mama. *Cad Saúde Colet* [Internet]. 2012 [citado 2013 set. 28];20(3):341-50. Disponível em: http://www.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2012_3/artigos/CSC_v20n3_341-350.pdf.
17. Silva PA, Riul SS. Câncer de mama: fatores de risco e detecção precoce. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2011 [citado 2013 set. 28];64(6):1016-21. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n6/v64n6a05.pdf>.
18. Biasi PT, Zago VLP, Pains JFP, De Biasi LS. Manejo da dor no paciente oncológico pela equipe de enfermagem. *Perspectiva* [Internet]. 2011 [citado 2013 set. 29];35(129):157-66. Disponível em: http://www.uricer.edu.br/new/site/pdfs/perspectiva/129_163.pdf.
19. Falk Dahl CA, Reinertsen KV, Nesvold IL, Fossa SD, Dahl AA. A study of body image in long-term breast cancer survivors. *Cancer*. 2010 Aug;116(15):3549-57.

■ **Endereço do autor:**

Luciana Puchalski Kalinke
Curso de Enfermagem, Bloco Didático II, Campus Botânico, Setor de Ciências da Saúde
Av. Lothário Meissner, 632, Jardim Botânico
80210-170 Curitiba – PR
E-mail: Lucianakalinke@yahoo.com.br

Recebido: 17.03.2014

Aprovado: 01.06.2015