



Avaliação precoce da qualidade de vida e autoestima de pacientes mastectomizadas submetidas ou não à reconstrução mamária

Assessment of the quality of life and self-esteem of mastectomized patients submitted or not to breast reconstruction

VANESSA LACERDA ALVES ^{1*}
MIGUEL SABINO NETO ¹
LUIZ EDUARDO FELIPE ABLA ¹
CARLOS JORGE ROCHA DE
OLIVEIRA ²
LYDIA MASAKO FERREIRA ¹

RESUMO

Introdução: Após o diagnóstico e tratamento do câncer de mama, algumas mulheres passam por alterações físicas, sociais e emocionais que repercutem muitas vezes na qualidade de vida e na autoestima. O objetivo é avaliar a qualidade de vida e autoestima de pacientes mastectomizadas submetidas ou não à reconstrução mamária após um mês de cirurgia. **Métodos:** A casuística foi composta por 89 pacientes, com idade igual ou superior a 30 anos, submetidas ou não à reconstrução mamária, e oriundas dos ambulatórios de Cirurgia Plástica e Mastologia do Hospital São Paulo e do Hospital Pérola Byington. O grupo 1 (n = 30) composto pelas pacientes mastectomizadas sem reconstrução mamária; o grupo 2 (n = 29) mastectomizadas com reconstrução mamária; e o grupo 3 (n = 30) pacientes sem alterações nas mamas. Para a avaliação da qualidade de vida, foram aplicados os instrumentos validados para uso no Brasil EORTC QLQ-C30 e Escala de Autoestima de Rosenberg UNIFESP/EPM. **Resultados:** Não foram observadas repercussões na qualidade de vida e autoestima das pacientes submetidas à mastectomia com ou sem a reconstrução mamária após um mês de cirurgia. **Conclusão:** Mulheres mastectomizadas com ou sem reconstrução mamária após um mês da cirurgia não apresentaram repercussões na qualidade de vida e na autoestima, quando comparadas entre si, bem como comparadas às mulheres sem história de câncer. É necessário que este tipo de avaliação, por meio dos questionários EORTC QLQ-C30 e QLQ-BR23, seja realizado no momento do diagnóstico do câncer de mama até o momento da pós-reconstrução mamária, com a finalidade de identificar em que fase se instalam as repercussões na qualidade de vida e autoestima.

Descritores: Neoplasias da mama; Autoimagem; Mamoplastia; Mastectomia; Qualidade de vida.

Instituição: Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Artigo submetido: 25/10/2016.
Artigo aceito: 23/4/2017.

Conflitos de interesse: não há.

DOI: 10.5935/2177-1235.2017RBCP0033

¹ Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

² Universidade Anhembi Morumbi, São Paulo, SP, Brasil.

■ ABSTRACT

Introduction: After diagnosis and treatment of breast cancer, some women go through physical, social, and emotional changes that often have an impact on their quality of life and self-esteem. This study aimed to assess the quality of life and self-esteem of mastectomized patients with or without breast reconstruction a month after surgery. **Methods:** The study consisted of 89 patients aged ≥ 30 years with or without breast reconstruction. They were recruited from the Plastic Surgery and Mastology clinic of São Paulo Hospital and Pérola Byington Hospital. Group 1 ($n = 30$) consisted of mastectomized patients without breast reconstruction; group 2 ($n = 29$) consisted of mastectomized patients with breast reconstruction; and group 3 ($n = 30$) consisted of patients without changes in the breasts. The EORTC QLQ-C30 and Rosenberg Self-Esteem Scale UNIFESP/EPM instruments, which are validated in Brazil, were used to assess their quality of life. **Results:** There were no observed effects in the quality of life and self-esteem of the patients who underwent mastectomy with or without breast reconstruction a month after surgery. **Conclusion:** The women with mastectomy with or without breast reconstruction a month after surgery showed no changes in their quality of life and self-esteem when compared among themselves and to women with no cancer history. It is necessary that this assessment, employing the EORTC QLQ-C30 and QLQ-BR23 questionnaires, be performed from the time of breast cancer diagnosis until after breast reconstruction to identify the stage when the quality of life and self-esteem are affected.

Keywords: Neoplasms of the breast; Self-image; Breast augmentation; Mastectomy; Quality of life.

INTRODUÇÃO

O câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais frequente no mundo e o mais comum entre as mulheres, sendo responsável por aproximadamente 25% dos casos novos da doença a cada ano. No Brasil, eram esperados 57.960 casos novos de câncer de mama em 2016, portanto, um risco estimado de 57 casos a cada 100 mil mulheres¹.

Considerando-se as alterações e impactos que essa enfermidade e tratamento podem acarretar, deve-se atentar para todos os estudos relacionados ao câncer de mama, desde a prevenção, reabilitação do paciente pelos diversos profissionais envolvidos, até a reparação dos danos físicos e psíquicos e suas repercussões na qualidade de vida e na autoestima. Além disso, caso o câncer de mama associe-se à mastectomia, haverá a perda de parte da capacidade de executar tarefas, bem como da autoestima, causando a redução da qualidade de vida^{2,3}.

A expressão qualidade de vida foi introduzida, pela primeira vez, pelo presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson, em 1964, em que declarava que os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles

só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas⁴. Um componente importante da qualidade de vida é a autoestima, definida como o sentimento, a consideração que uma pessoa tem por si mesma, o quanto gosta de si, ou seja, é como se enxerga e o que pensa sobre si. A consciência sobre a própria aparência pode afetar a autoconfiança e a autoestima⁵.

No Brasil e no mundo cresce o interesse pelo estudo da qualidade de vida e da autoestima, porém não foi encontrada, na literatura pesquisada, uma padronização quanto à utilização de instrumentos que avaliassem a qualidade de vida no pós-operatório precoce de um mês de mastectomia com ou sem a reconstrução mamária e suas repercussões na qualidade de vida e autoestima.

Este achado estimulou a realização deste estudo, uma vez que pacientes que procuram a fisioterapia dermatofuncional, quando questionadas na avaliação fisioterapêutica, sobre em que momento de sua vida percebiam que os sentimentos negativos ocuparam espaço em seus pensamentos, e o quanto influenciavam em sua qualidade de vida e autoestima, nenhuma soube identificar.

Considerou-se, assim, a relevância tanto para pacientes acometidos pelo câncer de mama como para a equipe multiprofissional conhecer em que momento da evolução do paciente após a intervenção cirúrgica mastectomia, com ou sem a reconstrução mamária, repercutirá a nova realidade em sua qualidade de vida e autoestima, e de que forma estes dados poderiam ser utilizados para monitorar o seu processo de tratamento e cura, comparar diferentes estágios de evolução da paciente, facilitar a tomada de decisão clínica, a terapêutica mais adequada, bem como quais os cuidados familiares, sociais, laborais e médicos deveriam ser adotados.

Este levantamento foi realizado com o uso da Escala de Rosenberg UNIFESP/EPM, por se tratar de um instrumento validado no contexto cultural brasileiro e que avalia a autoestima. Entretanto, para avaliar a qualidade de vida no câncer de mama não há uma padronização. Desta forma, optou-se por utilizar o questionário *European Organization for Research and Treatment of Cancer Breast Cancer-Specific Quality of Life Questionnaire* (EORTC QLQ-C30), por ser um instrumento que avalia especificamente a qualidade de vida no câncer e validado mundialmente.

OBJETIVO

Avaliar a qualidade de vida e autoestima de pacientes mastectomizadas com e sem reconstrução mamária após um mês da cirurgia.

MÉTODOS

Trata-se de estudo, primário, observacional, transversal, comparativo e analítico. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (CEP-UNIFESP), sob o número 188.615, bem como pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Hospital Pérola Byington, sob o número 054/11.

Foram analisadas as informações de 90 pacientes do gênero feminino, e incluídas 89 pacientes no período de agosto de 2013 a agosto de 2015. Todas as pacientes submetidas à mastectomia foram avaliadas após um mês da cirurgia, oriundas dos ambulatórios de Cirurgia Plástica do Hospital São Paulo (HSP), da UNIFESP-EPM, Hospital Pérola Byington e Instituto Brasileiro de Controle de Câncer (IBCC).

As pacientes foram alocadas em três grupos, sendo o grupo 1 (n = 30) formado por pacientes mastectomizadas sem reconstrução mamária, o grupo 2 (n = 29) formado por pacientes mastectomizadas com reconstrução mamária e o grupo 3 (n = 30) por pacientes sem alterações mamárias. Foram aplicados o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e

os questionários de Rosenberg UNIFESP/EPM, EORTC QLQ-C30 em uma única sessão.

A avaliação da elegibilidade para participação no estudo obedeceu a critérios assim definidos: 1) Inclusão: gênero feminino, tratadas cirurgicamente com mastectomia com ou sem reconstrução mamária há um mês, com idade igual ou maior que 30 anos; 2) Exclusão: pacientes que declinaram a participar do estudo, que apresentaram respostas duplas nos questionários, em tratamento de radioterapia e quimioterapia, e pacientes que passaram por cirurgia conservadora de mama, como a setorectomia e quadrantectomia.

RESULTADOS

Para atender ao objetivo proposto, foi realizada análise estatística descritiva dos dados sociodemográficos, autoestima e do EORTC QLQ-C30, por intermédio do cálculo da média, desvio padrão. Para as comparações de médias entre os grupos, utilizou-se a ANOVA. Com o teste de Qui-Quadrado, verificou-se a existência de associações entre duas variáveis categóricas, ou o teste exato de Fisher, alternativamente, em casos de casuística pequena. O Alpha de Cronbach avaliou as consistências internas dos itens da escala EORTC QLQ-C30 e Rosenberg UNIFESP/EPM.

Para todos os testes estatísticos, foi adotado um índice de significância de 5%.

Quanto à análise descritiva da amostra: participaram do estudo 89 pacientes com média de idade de 50,3 anos (DP = 11,0 anos), sendo observada idade mínima de 31 e máxima de 74 anos. Considerando-se o grau de instrução, a maioria (60,0%) do grupo 1 e (61,5%) do grupo 2 apresentaram ensino fundamental completo, enquanto o grupo 3 foi composto, em sua maioria por voluntárias com ensino superior completo representando 33,3%.

Quanto ao estado civil, o grupo 1 era composto na maioria (63,3%) de mulheres casadas, o grupo 2 (44,8%) de mulheres casadas e o grupo 3 apresentava a maioria (66,7%) de mulheres casadas. Quanto ao estado civil solteira, o grupo 1 composto por 20%, o grupo 2 por 24,1% e o grupo 3 apenas 10,0%. As divorciadas no grupo 1 eram 0,0%, no grupo 2, 20,7% e o grupo 3 apresentava apenas 13,3%. Já as viúvas, no grupo 1 representavam 16,7%, no grupo 2, 10,3% e o grupo 3 era composto por 10% de mulheres viúvas.

E quanto à mama comprometida, no grupo 1 (mastectomizadas sem reconstrução mamária) em 50,0% foi a mama esquerda e o grupo 2 (mastectomizadas com reconstrução mamária) em 48,3% foi a mama direita. O comprometimento das duas mamas se deu por em 3,3% no grupo 1 e 6,9% no grupo 2.

DISCUSSÃO

A Tabela 1 corresponde à estatística descritiva dos resultados obtidos nas subescalas do EORTIC QLQ-C30 e os escores da escala de Rosenberg UNIFESP/EPM utilizados nos grupos 1 e 2. Além disso, demonstra que inexistem diferenças de médias por grupo para os escores de Rosenberg UNIFESP/EPM e subescalas de EORTIC QLQ-C30.

Nos dias atuais, o diagnóstico de câncer ainda é percebido como um divisor de águas, considerando-se que o diagnóstico gera um impacto negativo na vida desses pacientes. O câncer de mama pode remeter sentimentos como temor à mutilação, os preconceitos sociais, o medo da morte, sentimentos depressivos e de desvalorização

Tabela 1. Estatística descritiva dos resultados obtidos nas subescalas do EORTIC QLQ-C30 e os escores da escala de Rosenberg UNIFESP/EPM utilizados nos grupos 1 e 2.

Grupo	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	1º Quartil	Mediana	3º Quartil	N	p
<i>Rosenberg</i>									0,089 ^a
Mastectomizadas	7,7	5,9	0,0	23,0	2,8	6,5	12,0	30	
Reconstrução Mamária	8,4	3,5	3,0	18,0	6,0	8,0	10,8	28	
Sem alteração nas mamas	5,8	4,4	0,0	18,0	1,8	5,0	9,0	30	
EORTIC QLQ-C30									
<i>Global health status/QoL</i>									0,945
Mastectomizadas	71,4	25,5	16,7	100,0	50,0	75,0	100,0	30	
Reconstrução Mamária	71,6	27,1	8,3	100,0	50,0	83,3	91,7	29	
Sem alteração nas mamas	73,3	22,3	25,0	100,0	50,0	75,0	91,7	30	
Escores funcionais									
<i>Physical functioning</i>									0,674
Mastectomizadas	70,4	30,1	0,0	100,0	45,0	86,7	93,3	30	
Reconstrução Mamária	71,7	26,5	0,0	100,0	70,0	80,0	93,3	29	
Sem alteração nas mamas	85,1	18,7	20,0	100,0	86,7	93,3	93,3	30	
<i>Role functioning</i>									0,311
Mastectomizadas	59,4	37,8	0,0	100,0	33,3	58,3	100,0	30	
Reconstrução Mamária	50,6	39,5	0,0	100,0	0,0	50,0	83,3	29	
Sem alteração nas mamas	77,2	31,1	0,0	100,0	62,5	91,7	100,0	30	
<i>Emotional functioning</i>									0,327 ^a
Mastectomizadas	60,6	32,3	0,0	100,0	31,3	66,7	91,7	30	
Reconstrução Mamária	63,5	27,5	0,0	100,0	50,0	75,0	83,3	29	
Sem alteração nas mamas	71,4	26,2	0,0	100,0	56,3	75,0	91,7	30	
<i>Cognitive functioning</i>									0,371
Mastectomizadas	73,9	27,6	0,0	100,0	50,0	83,3	100,0	30	
Reconstrução Mamária	64,9	33,4	0,0	100,0	33,3	83,3	100,0	29	
Sem alteração nas mamas	76,1	27,2	0,0	100,0	66,7	83,3	100,0	30	
<i>Social functioning</i>									0,699
Mastectomizadas	65,0	39,0	0,0	100,0	33,3	83,3	100,0	30	
Reconstrução Mamária	69,5	35,7	0,0	100,0	41,7	83,3	100,0	29	
Sem alteração nas mamas	93,9	21,7	0,0	100,0	100,0	100,0	100,0	30	
Escores de Sintomas									
<i>Fatigue</i>									0,249
Mastectomizadas	27,0	28,5	0,0	100,0	8,3	16,7	33,3	30	
Reconstrução Mamária	33,3	27,1	0,0	88,9	11,1	22,2	55,6	29	
Sem alteração nas mamas	21,5	19,1	0,0	66,7	8,3	16,7	33,3	30	

continua...

... continuação

Tabela 1. Estatística descritiva dos resultados obtidos nas subescalas do EORTC QLQ-C30 e os escores da escala de Rosenberg UNIFESP/EPM utilizados nos grupos 1 e 2.

<i>Nausea and vomiting</i>									0,582
Mastectomizadas	10,0	22,6	0,0	83,3	0,0	0,0	16,7	30	
Reconstrução Mamária	5,7	12,8	0,0	50,0	0,0	0,0	0,0	29	
Sem alteração nas mamas	1,1	6,1	0,0	33,3	0,0	0,0	0,0	30	
<i>Pain</i>									0,360
Mastectomizadas	28,3	35,9	0,0	100,0	0,0	16,7	54,2	30	
Reconstrução Mamária	35,6	38,0	0,0	100,0	0,0	16,7	66,7	29	
Sem alteração nas mamas	18,3	24,5	0,0	66,7	0,0	0,0	33,3	30	
<i>Dyspnoea</i>									0,898
Mastectomizadas	8,9	23,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	30	
Reconstrução Mamária	11,5	28,6	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	29	
Sem alteração nas mamas	7,8	18,9	0,0	66,7	0,0	0,0	0,0	30	
<i>Insomnia</i>									0,936
Mastectomizadas	44,4	43,2	0,0	100,0	0,0	50,0	100,0	30	
Reconstrução Mamária	42,5	42,6	0,0	100,0	0,0	33,3	100,0	29	
Sem alteração nas mamas	22,2	30,7	0,0	100,0	0,0	0,0	33,3	30	
<i>Appetite loss</i>									0,601
Mastectomizadas	22,2	38,5	0,0	100,0	0,0	0,0	33,3	30	
Reconstrução Mamária	12,6	24,3	0,0	100,0	0,0	0,0	33,3	29	
Sem alteração nas mamas	3,3	13,4	0,0	66,7	0,0	0,0	0,0	30	
<i>Constipation</i>									0,349
Mastectomizadas	21,1	35,5	0,0	100,0	0,0	0,0	33,3	30	
Reconstrução Mamária	29,9	39,2	0,0	100,0	0,0	0,0	66,7	29	
Sem alteração nas mamas	16,7	21,0	0,0	66,7	0,0	0,0	33,3	30	
<i>Diarrhoea</i>									0,321
Mastectomizadas	6,7	22,1	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	30	
Reconstrução Mamária	2,3	12,4	0,0	66,7	0,0	0,0	0,0	29	
Sem alteração nas mamas	2,2	8,5	0,0	33,3	0,0	0,0	0,0	30	
<i>Financial difficulties</i>									0,405
Mastectomizadas	35,6	41,0	0,0	100,0	0,0	16,7	66,7	30	
Reconstrução Mamária	26,4	37,1	0,0	100,0	0,0	0,0	50,0	29	
Sem alteração nas mamas	8,9	27,6	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	30	

p = Descriptive level of ANOVA (a) or Kruskal-Wallis test; UNIFESP/EPM: Universidade Federal de São Paulo / Escola Paulista de Medicina.

social⁶. Outros fatores importantes observados após o diagnóstico e o tratamento proposto são o impacto na qualidade de vida e na autoestima.

No início do século XX, a visão do câncer como sentença de morte foi modificada com o avanço e o desenvolvimento da medicina frente ao entendimento da enfermidade oncológica. A descoberta de novos tratamentos abriu caminhos para possibilidades de cura e começaram a transformar o panorama da doença, trazendo esperança de maior sobrevida para muitos casos⁷.

A escolha do momento da avaliação das pacientes, tanto para o grupo 1 (mastectomia sem reconstrução mamária) quanto para o grupo 2 (mastectomia com reconstrução mamária), foi de um mês após a cirurgia, por se tratar de um período em que a fase de recuperação ainda não se estabeleceu, tendo como objetivo avaliar se, neste momento, ocorriam repercussões na qualidade de vida e na autoestima.

Este tempo de pós-operatório aproxima-se ao dos achados de outros estudos, que avaliaram a qualidade de vida de mulheres mastectomizadas com e sem

reconstrução mamária no momento da intervenção, após um mês e, novamente, após seis meses de cirurgia⁸. Em outra pesquisa que corrobora com os dados deste estudo, os autores revisaram a literatura sobre a qualidade de vida das pacientes submetidas à mastectomia, comparadas com as que realizaram a cirurgia conservadora no período de um mês a dois anos após a intervenção cirúrgica⁹. Na pesquisa de Furlan et al.¹⁰, foram avaliadas a qualidade de vida e a autoestima de pacientes mastectomizadas com e sem reconstrução mamária após um mês de cirurgia.

A média das idades do atual estudo foi de 50,3 anos (DP = 11,0 anos). No grupo 1 (mastectomia sem reconstrução mamária) foi de 54,9 ± 12 anos; o grupo 2 (mastectomia com reconstrução mamária) 50,9 ± 10,2 anos; e o grupo 3 (sem alteração nas mamas) 45,0 ± 8,5 anos. Estes dados aproximaram-se dos achados na literatura, sendo a média de idade das pacientes mastectomizadas de 52,0 ± 13,98 anos e no grupo mastectomia com reconstrução mamária de 48,27 ± 10,48 anos¹⁰. Em outro estudo, as pacientes mastectomizadas sem reconstrução mamária tinham média de idade de 50,5 ± 7,4 anos¹¹.

Considerando-se o grau de instrução desta casuística, neste estudo observou-se associação entre escolaridade e grupo ($p < 0,001$). O grupo 3 sem alteração de mama apresentou maior porcentagem de ensino superior (33,3%) que os demais grupos; (45,3%) de ambos os grupos possuíam ensino fundamental completo.

No estudo de Furlan et al.¹⁰, a maioria (45,5%) do grupo mastectomizadas sem reconstrução mamária tinha ensino fundamental completo, enquanto o grupo mastectomizadas com reconstrução mamária foi composto, em sua maioria, por voluntárias com ensino médio completo representando 45,5%, enquanto que a única voluntária com ensino superior completo (9,1%) estava no grupo mastectomizadas com reconstrução mamária. De acordo com Veiga et al.¹¹, 45 pacientes, ou seja, 77,6% haviam recebido apenas o ensino básico (até oito anos) no grupo de pacientes mastectomizadas.

Neste estudo inexistiram associações entre estado civil e grupos ($p = 0,101$). No entanto, 58,4% das pacientes de ambos os grupos eram casadas. Tanto no grupo 1 (mastectomia sem reconstrução mamária) quanto no grupo 2 (mastectomia com reconstrução mamária) observou-se 31,5% de comprometimento para ambos os lados das mamas, inexistindo diferença estatística.

Furlan et al.¹⁰ demonstraram prevalência de 63,6% de comprometimento na mama esquerda no grupo mastectomia sem reconstrução mamária e 54,5% no grupo 2 (mastectomia com reconstrução mamária). Neste estudo, para a avaliação da qualidade de vida e da autoestima, optou-se por utilizar o questionário EORTC QLQ-C30 para avaliar a qualidade de vida no câncer e a Escala de Autoestima de Rosenberg UNIFESP/EPM para

avaliar a autoestima, ambos os questionários validados e traduzidos para a língua portuguesa.

Do mesmo modo, Vieira et al.¹² afirmaram que o instrumento *SF-36* era um questionário de qualidade de vida geral e não específico para pacientes oncológicos, já o EORTC QLQ-C30 avaliava a qualidade de vida em pacientes oncológicos de uma maneira geral. Em outra pesquisa foi demonstrada a inexistência de consenso no uso de questionários para avaliar a qualidade de vida, relatando que alguns utilizaram instrumentos elaborados pelos próprios pesquisadores⁹.

Estudos mais atuais vêm correlacionando a saúde com a qualidade de vida, sendo esta uma nova etapa a ser atingida, pois historicamente, os resultados dos diversos tratamentos voltados a esta enfermidade têm sido medidos primariamente em termos de cura, morbidade e mortalidade³; entretanto, no atual estudo não foram identificados repercussões na qualidade de vida e autoestima das pacientes após um mês da intervenção cirúrgica, pois se supunha que as mesmas apresentariam piora nestes índices, principalmente no grupo 1 (mastectomizadas sem reconstrução mamária).

Contudo, este não foi o resultado obtido. Este resultado poderia ser justificado pelo fato de as pacientes estarem, ainda, envolvidas com o tratamento da doença, ao alívio da retirada do tumor e pelo enfrentamento, principalmente, da sentença de morte. Outro dado importante e relevante é o de que, quando as pacientes estão focadas no tratamento da enfermidade e menos na imagem pessoal, não se percebe as repercussões psicológicas. Além disso, acredita-se que estas pacientes ainda não tiveram a percepção real do impacto na sua imagem pessoal, ou seja, o impacto positivo ou negativo que a cirurgia pode ter promovido tanto após a mastectomia ou após a reconstrução mamária.

Neste estudo inexistiram alterações na qualidade de vida das pacientes pós-reconstrução mamária de um mês, pois se acredita que alguns fatores poderiam ter influenciado nos resultados: (a) A superação do momento do diagnóstico a “morte”; (b) A hipótese de que, nesta fase, não houve tempo, ainda, para que a adaptação da paciente à sua nova autoimagem, um dos aspectos da autoestima, pois, a percepção da aparência continua alterada em decorrência dos sinais e dos sintomas apresentados pelas pacientes; (c) Existência de incongruência normal entre a realidade física da aparência (como é vista pelos outros) e a percepção da aparência (como a paciente julga sua aparência), tanto no corpo como um todo, quanto na parte específica da mama.

Avelar et al.¹³ afirmaram que a qualidade de vida tende a melhorar nas primeiras semanas após a cirurgia de pacientes com câncer de mama; entanto, é fundamental que estas pacientes sejam acompanhadas e avaliadas durante o tratamento pós-operatório para a verificação

da evolução dos sinais e sintomas, principalmente a ansiedade e a depressão.

Neste estudo, após a utilização dos questionários EORTC QLQ-C30 e Escala de Autoestima de Rosenberg UNIFESP/EPM, não foram observadas repercussões na qualidade de vida e na autoestima das pacientes, considerando-se que o pós-operatório de um mês é muito recente, com a apresentação de sinais importantes e relevantes como o edema, limitações funcionais esperadas, recebendo orientações do próprio cirurgião plástico para, por exemplo, não realizar movimentos bruscos ou acima de 90 graus com os membros superiores.

Outro fator limitante é a dor decorrente do próprio procedimento, a dificuldade de um posicionamento adequado para dormir, entre outras limitações físicas. Furlan et al.¹⁰ avaliaram 22 voluntárias mastectomizadas com e sem reconstrução mamária, após um mês de cirurgia. Observaram maior fragilidade emocional no grupo sem reconstrução mamária.

Em seu estudo, Veiga et al.¹⁴ demonstraram que a reconstrução mamária pós-mastectomia promoveu mudanças positivas significantes na qualidade de vida das participantes no período de 3, 6 e 12 meses de pós-operatório. Outro dado importante relatado foi o de que pacientes submetidas à mastectomia seguida de reconstrução mamária, há pelo menos um ano, podem apresentar melhora na qualidade de vida.

Seria interessante a aplicação do questionário específico para avaliar a qualidade de vida e não um genérico? Pois Veiga et al.¹⁴ utilizaram o SF-36, sendo que este estudo sugere que seja aplicado o EORTC por ser específico para qualidade de vida no câncer.

A qualidade de vida tende a melhorar com o passar do tempo e é relevante aplicar instrumentos em diferentes fases após a intervenção, para o acompanhamento de possíveis mudanças. Além disso, indícios sugeriram que o momento mais delicado para a qualidade de vida são os primeiros meses após a cirurgia⁹.

Sendo assim, este estudo optou por avaliar as pacientes no pós-operatório imediato de um mês, para o delineamento de um perfil destas pacientes e verificar em que momento as possíveis alterações psicológicas instalavam-se. É importante lembrar quanto às dificuldades em agendar o retorno das pacientes deste estudo, nos meses seguintes, por suas diversas limitações. Contudo, a importância deste mapeamento reside na viabilidade de planejar-se, junto à equipe de médicos, fisioterapeutas, enfermeiros, cuidadores e familiares, entre outros, o melhor tratamento e reabilitação para este paciente e sua enfermidade.

A autoestima relaciona-se diretamente às questões psicológicas e físicas, confirmando a importância de ter sentimentos positivos em relação a si mesmo nas diversas experiências vividas. Além disso, a autoestima

elevada, durante o período de diagnóstico, tratamento e acompanhamento do câncer de mama, poderia influenciar positivamente a qualidade de vida dessas pacientes, favorecendo seu bem-estar físico, psíquico e emocional¹⁵.

A sensação de integridade corporal é essencial para o ser humano, e a mastectomia conduz à perda de parte da capacidade de executar tarefas diárias e da autoestima, contribuindo para o declínio na qualidade de vida³. No presente estudo, a percepção dos pontos positivos ou negativos não foram identificados pelos instrumentos utilizados, pois as pacientes afirmaram que a maior preocupação consistia na enfermidade e não na nova realidade corporal, e que Deus havia permitido que passassem por esta situação como forma de aprendizado.

Enfatizaram, ainda, que a prática religiosa, ou qualquer outra crença poderia afetar a percepção de vida individual de cada paciente podendo auxiliar no enfrentamento do câncer. Muito embora o objetivo deste estudo não fosse o de investigar as questões referentes às crenças e à espiritualidade, não tendo sido aplicado, portanto, nenhum questionário validado que avaliasse estas questões, considerou-se importante que fosse dedicada a devida atenção a estes parâmetros, pois é no momento da fragilidade humana que as pessoas buscam ao Ser superior, respeitando a crença de cada paciente.

Rohani et al.¹⁶ observaram 254 pacientes com câncer de mama em relação à qualidade de vida e aspectos religiosos. Utilizaram os instrumentos EORTC QLQ-C30, o Questionário do Senso de Coerência de Antonovsky (SOC), a Escala de Perspectiva Espiritual e a Escala Religiosa, na fase pré-diagnóstico e seis meses após o diagnóstico de câncer de mama. Concluíram que avaliações pré-diagnóstico poderiam identificar pacientes com risco de piora da qualidade de vida, bem como quanto aos aspectos religiosos poderiam influenciar de forma positiva ou negativa na qualidade de vida destas pacientes.

Em outro estudo destacaram que pacientes com histórico de câncer de mama apresentavam melhores índices de religiosidade e de espiritualidade, bem como se correlacionavam positivamente à qualidade de vida¹⁷.

As questões referentes à aparência e aos padrões comportamentais associam-se à mídia, à sociedade e seriam determinadas pela própria pessoa⁵. Neste estudo não foram observadas repercussões negativas na autoestima no pós-operatório de um mês dos grupos.

Entretanto, o acompanhamento mensal destas pacientes no ambulatório seria interessante, num período de 18 a 24 meses após a mastectomia com ou sem a reconstrução e mama, com a finalidade de identificar em que momento as alterações na autoestima ou na qualidade de vida são instaladas, percebendo-se o papel e a atuação do profissional de fisioterapia, ou seja, em

que momento a reabilitação fisioterapêutica deverá ser empregada nestas pacientes, considerando-se as diversas terapêuticas disponíveis e que poderiam favorecer a reabilitação da paciente como um todo, desde a melhora da imagem corporal, da autoestima, da qualidade de vida, da funcionalidade e da adaptação à nova realidade.

Veiga et al.¹⁴ mencionaram que a reconstrução mamária deveria ser oferecida para todas as pacientes pós-mastectomia, uma vez demonstrados os efeitos positivos sobre a qualidade de vida. Ao longo do período de diagnóstico, de tratamento e de acompanhamento do câncer de mama, uma autoestima elevada favorecerá positivamente a qualidade de vida e influenciará no bem-estar físico, psíquico e emocional¹⁵.

O desenvolvimento de estudos com intervenções efetivas para subsidiar a prática de profissionais da saúde e garantir uma assistência qualificada e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida aos pacientes oncológicos é de fundamental importância¹⁸. Neste estudo, inexistiram alterações significantes no pós-operatório de um mês no grupo 2 (mastectomia com reconstrução mamária), quando comparado ao grupo 1 (mastectomia sem reconstrução mamária). Certamente, o diagnóstico de câncer ainda se associa ao medo da morte; outro fator importante, e mencionado pelas pacientes, foi o contexto da fé e da esperança em Deus que as fortalecia e as ajudava a enfrentar todos os desafios.

Baseando-se neste estudo, parece relevante que a avaliação da autoestima e qualidade de vida, de pacientes submetidas à cirurgia para tratamento de câncer de mama, deve ser realizada de maneira mais efetiva, por profissionais da área da saúde e por pesquisadores, nos diversos momentos do enfrentamento ao câncer, desde o seu diagnóstico, tratamento medicamentoso, cirúrgico, psicológico até a sua reabilitação fisioterapêutica, considerando-se a dificuldade em identificar se a paciente já apresentava alterações em sua imagem pessoal, autoestima e qualidade de vida no período de diagnóstico da enfermidade ou se as repercussões surgiriam após a cirurgia de retirada do tumor, ou mesmo após a cirurgia de reconstrução mamária.

Corroborando com estes achados, estudos realizados em 2009 destacaram a importância de que pesquisas futuras fossem realizadas, correlacionando a capacidade funcional das pacientes, devido à dificuldade em avaliar se uma função encontra-se preservada no período do pós-operatório ou mesmo se existiriam parâmetros de avaliação no estado pré-operatório, uma vez que estas informações seriam relevantes para capacitar o médico a mensurar a percepção de saúde de suas pacientes e para avaliar o benefício de sua intervenção, tornando o tratamento mais objetivo, considerando-se, ainda, que a paciente seria tratada por uma equipe multiprofissional, promovendo maior

precisão de diagnósticos para o seu encaminhamento a profissionais específicos, colaborando com uma evolução cada vez melhor quanto à qualidade de vida e à autoestima¹⁹.

Segundo a análise estatística realizada neste estudo, as diversas subescalas funcionais e sintomáticas do questionário EORTC QLQ-C30, de forma geral, revelaram que os Grupos mastectomizadas com e sem reconstrução mamária não apresentaram repercussões significantes na qualidade de vida quando comparados no pós-operatório imediato.

Porém, quando analisados, isoladamente, a escala de sintomas “Você se sentiu irritado(a) facilmente?”, o grupo 2 (mastectomizadas com reconstrução mamária) apresentou porcentagem maior de resposta “moderadamente” (20,7%) e o grupo 1 (mastectomizadas sem reconstrução mamária), o menor (10,0%). Já o grupo 3 (sem alteração de mama) apresentou porcentagem maior de resposta “pouco” (43,3%), provavelmente, por se tratar de um grupo com 63,3% de pacientes atuantes no Ensino Superior, em que o grau de cobrança e de estresse era ainda maior.

Estes achados estão em conformidade com a afirmação de Oliveira et al.⁸, pois pacientes no primeiro mês de pós-operatório de mastectomia com ou sem reconstrução mamária apresentam índice de independência reduzido, o que pode gerar irritabilidade.

Na escala de sintomas deste estudo, quando as pacientes eram questionadas sobre se “sentiam fracas e com falta de apetite”, 20,7% do grupo 2 (mastectomizadas com reconstrução mamária) respondeu moderadamente e no grupo 3 (sem alterações de mamas) 93,3% respondeu não ter falta de apetite.

Isso sugere que o grupo 2 (mastectomizadas com reconstrução mamária) encontrava-se no primeiro mês de pós-operatório e, portanto, as limitações eram evidentes devido à cirurgia de grande porte e, nesta fase, a paciente precisa das orientações fisioterapêuticas no quesito adaptação das atividades de vida diárias (AVDs), bem como de orientações para seus cuidadores e familiares para que, aos poucos, as AVDs sejam retomadas e a paciente sintasse-se mais motivada e, conseqüentemente, alimentasse-se melhor e não apresente os sintomas de fraqueza.

Outro fator observado neste estudo referiu-se à questão “A sua condição física ou o tratamento médico tem interferido em sua vida familiar?” Comparando-se com os demais grupos, o grupo 3 (sem alteração de mama) apresentou porcentagem superior de resposta “não” (90,0%) pois se trata de um grupo saudável, ou seja, sem alterações nas mamas. O grupo 1 (mastectomizadas sem reconstrução mamária), por sua vez, apresentou as maiores porcentagens de respostas “pouco” (20,0%) e “muito” (26,7%) comparativamente aos demais grupos.

Estes resultados provieram das limitações encontradas pela própria intervenção cirúrgica e em decorrência dos cuidados impostos para as pacientes nos primeiros meses. De acordo com Rondelo et al.²⁰, a cirurgia plástica reparadora não possui a finalidade de tornar uma pessoa mais ou menos feliz, mas auxiliá-la em seus aspectos físicos e emocionais.

Neste estudo, quando as pacientes foram questionadas quanto a “A sua condição física ou o tratamento médico tem interferido em suas atividades sociais?”, o grupo 2 (mastectomia com reconstrução mamária) apresentou porcentagem superior da reposta “moderadamente” (31,0%) que os demais grupos. Já o grupo 3 (sem alteração de mama) apresentou porcentagem maior de resposta negativa (93,3%), uma vez que se trata de um grupo que não sofreu nenhum tipo de intervenção cirúrgica.

Em contrapartida, pesquisas realizadas por meio do WHOQOL-100 na data da internação, após um mês e após seis meses de cirurgia de reconstrução mamária, não identificaram alterações nos domínios relacionados aos aspectos físicos, sociais e de meio ambiente nos três momentos da avaliação⁸. Um outro estudo realizado no período pré e pós-operatórios de três e seis meses, pelo instrumento *Health Assessment Questionnaire (HAQ-20)*, teve por objetivo avaliar a capacidade funcional no primeiro tempo da cirurgia após a reconstrução mamária de 36 pacientes submetidas à reconstrução mamária.

Concluíram que inexistiu redução da capacidade funcional nas pacientes submetidas à reconstrução mamária tardia, com TRAM. Esses achados foram relevantes e aceitáveis, devido à ocorrência de manipulações anatômicas importantes decorrentes da reconstrução mamária, e que, em tese, poderiam ocasionar desconfortos ou adaptações físicas e alterações posturais transitórias ou definitivas, devendo-se considerar a individualidade de cada ser humano e sua fragilidade emocional¹⁹.

A sua condição física ou o tratamento médico tem lhe trazido dificuldades financeiras? O grupo 1 (mastectomizadas sem reconstrução de mama) apresentou porcentagem menor de reposta “não” (50,0%) que os demais grupos. Acredita-se que a presença deste fator advenha do tratamento oferecido no Sistema Único de Saúde (SUS). Em contrapartida, o grupo 3 (sem alteração de mama) apresentou porcentagem maior de resposta negativa (90,0%), uma vez que neste grupo todas estavam ativamente empregadas.

Este resultado corrobora com os achados de Sawada et al.²¹, embora com outro enfoque metodológico. Os autores observaram a dificuldade financeira de pacientes portadores de câncer que, apesar do tratamento decorrente da doença ser complexo e oneroso, esse fato não trouxe dificuldades financeiras significantes e que o

atendimento do SUS havia proporcionado a cobertura total do tratamento.

Como perspectivas, sugere-se que estudos prospectivos necessitam ser realizados, utilizando os Questionários EORTC QLQ-C30 módulo QLQ BR23 específico, para avaliar a qualidade de vida em pacientes com câncer de mama, bem como a Escala de Perspectiva Espiritual, Escala Religiosa, Imagem Pessoal, Depressão e Ansiedade, desde o momento do diagnóstico até a última intervenção cirúrgica e posteriormente à alta da paciente, para analisar a existência de alguma alteração psicológica ou de distúrbio de imagem, no pré diagnóstico do câncer de mama de mama, bem como a presença de sintomas e efeitos colaterais relacionados a diferentes modalidades de tratamento, impactando de forma negativa ou positiva sobre a imagem corporal, a sexualidade, a espiritualidade, a religiosidade e as perspectivas em todas as fases do tratamento proposto pela equipe multiprofissional.

CONCLUSÃO

Conclui-se que mulheres mastectomizadas com ou sem reconstrução mamária após um mês da cirurgia não apresentaram repercussões na qualidade de vida e na autoestima, quando comparadas entre si, bem como comparadas às mulheres sem história de câncer. É necessário que este tipo de avaliação, por meio dos questionários EORTC QLQ-C30 e QLQ-BR23, seja realizada no momento do diagnóstico do câncer de mama até o momento da pós-reconstrução mamária, com a finalidade de identificar em que fase instalam-se as repercussões na qualidade de vida e autoestima.

COLABORAÇÕES

- VLA** Redação do manuscrito ou revisão crítica de seu conteúdo.
- MSN** Aprovação final do manuscrito.
- LEFA** Aprovação final do manuscrito.
- CJRO** Aprovação final do manuscrito.
- LMF** Aprovação final do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Inca: Instituto Nacional do Câncer. Tipos de Câncer. [acesso 2017 Abr 27]. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama>
2. Manuel J, Kokuba EN, Sabino Neto M, Santos AS, Ferreira LM. Perfil de pacientes submetidas à reconstrução mamária tardia atendidas em hospital universitário do município de São Paulo. *Saúde Coletiva*. 2010;7(39):82-6.
3. Sabino Neto M, Moreira JR, Resende V, Ferreira LM. Nível de atividade física em mulheres mastectomizadas e submetidas a reconstrução mamária. *Rev Bras Cir Plást*. 2012;27(4):556-61. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-51752012000400015>

4. Fleck MPA, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Rev Bras Psiquiat.* 1999;21(1):19-28. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44461999000100006>
5. Dini GM, Quaresma MR, Ferreira LM. Adaptação Cultural e Validação da Versão Brasileira da Escala de Auto-estima de Rosenberg. *Rev Bras Cir Plást.* 2004;19(1):47-52.
6. Makluf ASD, Dias RC, Barra AA. Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer da mama. *Rev Bras Cancerol.* 2006;52(1):49-58.
7. Carvalho MM. Psico-oncologia: história, características e desafios. *Psicol USP.* 2002;13(1):151-66. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-65642002000100008>
8. Oliveira RR, Morais SS, Sarian LO. Efeitos da reconstrução mamária imediata sobre a qualidade de vida de mulheres mastectomizadas. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2010;32(12):602-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032010001200007>
9. 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. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2012;17(3):707-16. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000300017>
10. Furlan VLA, Sabino Neto M, Abila LEF, Oliveira CJR, Lima AC, Ruiz BRO, et al. Qualidade de vida e autoestima de pacientes mastectomizadas submetidas ou não a reconstrução mamária. *Rev Bras Cir Plást.* 2013;28(2):264-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-51752013000200016>
11. Veiga DF, Campos FSM, Ribeiro LM, Archangelo Junior I, Veiga Filho J, Juliano Y, et al. Mastectomy versus conservative surgical treatment: the impact on the quality of life of women with breast cancer. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2010;10(1):51-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292010000100005>
12. Vieira RAC, Silva FCB, Biller G, Silva JJ, Paiva CE, Sarri AJ. Instrumentos de avaliação quantitativa e qualitativa das sequelas relacionadas ao tratamento do câncer de mama. *Rev Bras Mastologia.* 2016;26(3):126-32. DOI: <http://dx.doi.org/10.5327/Z201600030008RBM>
13. Avelar AMA, Derchain SFM, Camargo CPP, Lourenço LS, Sarian LOZ, Yoshida A. Qualidade de vida, ansiedade e depressão em mulheres com câncer de mama antes e após a cirurgia. *Rev Ciênc Méd.* 2006;15(1):11-20.
14. Veiga DF, Sabino Neto M, Ferreira LM, Garcia EB, Veiga Filho J, Novo NF, et al. Quality of life outcomes after pedicled TRAM flap delayed breast reconstruction. *Br J Plast Surg.* 2004;57(3):252-7. PMID: 15006527 DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjps.2003.12.029>
15. Gomes NS, Soares MBO, Silva SR. Autoestima e qualidade de vida de mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama. *REME Rev Min Enferm.* 2015;19(2):120-6.
16. Rohani C, Abedi HA, Omranipour R, Langius-Eklöf A. Health-related quality of life and the predictive role of sense of coherence, spirituality and religious coping in a sample of Iranian women with breast cancer: a prospective study with comparative design. *Health Qual Life Outcomes.* 2015;13:40. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s12955-015-0229-1>
17. Wildes KA, Miller AR, de Majors SS, Ramirez AG. The religiosity/spirituality of Latina breast cancer survivors and influence on health-related quality of life. *Psychooncology.* 2009;18(8):831-40. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/pon.1475>
18. Zandonai AP, Cardozo FMC, Nieto ING, Sawada NO. Qualidade de vida nos pacientes oncológicos: revisão integrativa da literatura latino-americana. *Rev Eletr Enferm.* 2010;12(3):554-61.
19. Kobayashi LA, Aquino MS, Garcia BE, Sabino NETO M, Ferreira LM. Capacidade funcional após reconstrução mamária tardia com retalho TRAM pediculado. *ACM Arq Catarin Med.* 2009;38(1):64-6.
20. Rondelo JC, Di Martino M, Mermerian T, Veiga DF, Abila LEF, Gebrin LH, et al. Qualidade de vida em pacientes submetidas à reconstrução de mama com retalho miocutâneo transversal do reto abdominal. *Rev Bras Cir Plást.* 2014;29(1):79-83.
21. Sawada NO, Nicolussi AC, Okino L, Cardozo FMC, Zago MMF. Avaliação da qualidade de vida de pacientes com câncer submetidos a quimioterapia. *Rev Esc Enferm USP.* 2009;43(3):581-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000300012>

***Autor correspondente:**

Vanessa Lacerda Alves

Rua Santa Izabel, 555, Bloco A, Apto 61 - Vila Augusta - Guarulhos, SP, Brasil
CEP 07023-022

E-mail: vanessa.lacerda@yahoo.com.br