

Qualidade de vida e depressão em mulheres mastectomizadas

Quality of life and depression in women with mastectomies

Larissa Vieira de Souza – Estudante de Fisioterapia no Centro Universitário ASCES – UNITA. larissavieso@hotmail.com – Rua São Gabriel, Prédio Carlos Avelar, nº 649, apto 404. Maurício de Nassau – Caruaru/PE.

Luciana Iris da Silva – Estudante de Fisioterapia no Centro Universitário ASCES – UNITA. lucyanna26@hotmail.com – Sítio Bandeira S/N – Riacho das Almas/PE.

Rosane Marina Mendes Silva – Estudante de Fisioterapia no Centro Universitário ASCES – UNITA. Rua Paulino de Brito, nº 165, apto 101. Maurício de Nassau – Caruaru/PE -.

Soraya Santos Alves Barbosa – Fisioterapeuta e docente do curso de Fisioterapia do Centro Universitário ASCES – UNITA. soraya-alves@hotmail.com – Rua Euclides da Cunha, 251. Indianópolis – Caruaru/PE.

Belisa Duarte Ribeiro de Oliveira – Fisioterapeuta e docente do curso de Fisioterapia do Centro Universitário ASCES – UNITA. belisaduarte@asc.es.edu.br – Avenida Oswaldo Cruz, 272. Maurício de Nassau – Caruaru/PE.

25 de setembro de 2016

Resumo

Introdução: Com 22% de novos casos a cada ano, o câncer de mama é o mais frequente entre as mulheres. A mastectomia, que é o procedimento mais utilizado para o tratamento, é traumatizante porque retira da mulher um órgão caracterizado pelo simbolismo sexual e feminilidade. O objetivo é avaliar a qualidade de vida e depressão em mulheres mastectomizadas. **Metodologia:** Estudo transversal descritivo feito com 20 mulheres submetidas à Mastectomia Radical Modificada Unilateral, avaliadas com questionário socioeconômico, FACT-F e a escala de Beck. **Resultados:** As mulheres apresentaram idade média de 55,5 anos \pm 11,14. Os valores médios do FACT-F tendem a um comprometimento emocional maior, sendo o bem-estar físico o mais favorável. Os casos de depressão apresentados foram de 45%. **Conclusão:** Apesar do número reduzido de pacientes, o estudo revela influência do tratamento na qualidade de vida e depressão nas mulheres mastectomizadas.

Palavras-chave: Câncer de Mama, Depressão, Qualidade de Vida, Mastectomia, FACT-F.

Abstract

Introduction: 22% of new diagnostics each year, breast cancer is the most frequent among women. Mastectomy, the most used procedure for the treatment, is traumatizing because it removes from the woman an organ characterized by sexual and feminine symbolism. The objective is to evaluate the quality of life and depression in women that have been through mastectomy. **Methodology:** Transversal descriptive study that included 20 women that underwent unilateral modified radical mastectomy, evaluated by socioeconomic questionnaire, FACT-F and the Beck Depression Inventory. **Results:** The women showed an

average age of 55.5 years \pm 11.14. The average values of the FACT-F indicated a tendency to a greater emotional commitment, while the physical well-being was the most favorable. The cases of depression were 45%. **Conclusion:** Despite the small number of patients, the study revealed that the treatment influences in quality of life and depression in women with mastectomies.

Key words: Breast Cancer, Depression, Quality of Life, Mastectomy, FACT-F.

Introdução

O câncer de mama aparece, no contexto mundial, como a segunda neoplasia maligna mais comum na população. Deste modo, essa patologia diz respeito ao mais frequente tipo de câncer diagnosticado no universo feminino, constituindo-se a principal causa de morte por câncer, posto atingir cerca de 23% do total de novos casos por ano, correspondentes a 1,38 milhões de pessoas afetadas (AVELAR, 2012).

Apesar de ser considerada uma patologia de prognóstico relativamente satisfatório, o câncer de mama continua tendo um alto índice de mortalidade de mulheres no Brasil, muito provavelmente em virtude de sua detecção geralmente tardia, segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA) em sua estimativa para o ano de 2010 (BRASIL, 2009).

A terapêutica adotada para o câncer de mama dependerá de fatores como a extensão da doença e manifestação das suas características. Assim, após a sua classificação, deve-se definir a forma de tratamento a ser desenvolvida. Dentre os tipos de tratamento disponíveis encontram-se a quimioterapia, a radioterapia, a terapia hormonal e a cirurgia, que podem ser administrados individual ou concomitantemente (BERVIAN, 2006).

A mastectomia consiste de um procedimento cirúrgico que visa à retirada total ou parcial da glândula mamária, com o objetivo de reduzir a incidência fisiopatológica da desenvoltura do câncer e melhorar a expectativa de vida de mulheres pertencentes às populações consideradas de alto risco para a patologia (BIFFI, 2004).

Durante todo o processo da doença, sentimentos de intenso sofrimento e ansiedade são vividos pela paciente e sua família. Entre as mulheres portadoras dessa doença considerada devastadora, é muito comum o temor à mutilação, aos preconceitos sociais, ao medo da morte e ao surgimento de linfomas, além de sentimentos depressivos e de desvalorização pessoal e social. O câncer de mama e seu tratamento podem levar a alterações na sua autoimagem, além de perda funcional e mudanças a nível psíquico, emocional e social (CARVALHO, 2008).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a qualidade de vida a partir da percepção do indivíduo acerca de sua posição na vida, desde o contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos objetivos, expectativas, padrões e preocupações. As mulheres com diagnóstico de câncer de mama passam por reflexões e questionamentos sobre a vida pregressa e futura à doença, os quais poderão afetar diretamente seu modo de vida e seu comportamento em relação à própria saúde e a todo seu entorno (SILVA, 2012). Com isso podem ocorrer mudanças de ordem sexuais e afetivas no relacionamento com o parceiro, familiares e sociais e confrontação de preconceitos e estigmas, com fortes conotações à autoimagem e autoestima. Um dos maiores temores é o medo da recorrência da doença e possíveis quadros de ansiedade e depressão (CASTRO, 2010).

Sendo assim, o presente estudo tem como objetivo avaliar a qualidade de vida e depressão de mulheres mastectomizadas. A mulher acometida pelo câncer de mama vivencia inúmeras situações com a incerteza do sucesso do tratamento e a possibilidade da recorrência

e da morte. Aceitar sua condição atual e adaptar-se à nova imagem exige um grande esforço, para o qual muitas mulheres não estão preparadas. Neste contexto, este estudo é de suma importância para comunidade científica, pois contribuirá para o planejamento de estratégias a serem adotadas, visando à prevenção de complicações e orientações quanto ao retorno às atividades sociais, laborais e de lazer, melhorando a qualidade de vida das mulheres acometidas.

Metodologia

O presente estudo é de caráter transversal descritivo realizado no Centro de Oncologia de Caruaru-PE, no período de abril a junho de 2016. O trabalho foi aprovado pelo comitê de ética e pesquisa (CEP), sob CAAE 52115115.2.0000.5203.

A amostra foi composta por conveniência representativa de 20 pacientes do referido centro na qual foram incluídas mulheres submetidas a mastectomia radical total ou modificada unilateral, na faixa etária de 35 a 65 anos, em período de convalescência de até 6 meses após a cirurgia e que concordaram em participar da pesquisa. Foram excluídas pacientes que apresentaram alguma deficiência física e cognitiva que impossibilitasse a entrevista, bem como pacientes que apresentaram prótese mamária.

Inicialmente as mulheres mastectomizadas foram convidadas a participar da pesquisa de forma voluntária, onde foram explicados todos os objetivos e procedimentos da mesma. Após assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foi realizada uma entrevista pelas próprias pesquisadoras através de um questionário socioeconômico, evitando assim vieses de informações contraditórias.

Seguiu-se com a aplicação da escala de qualidade de vida disponibilizada pela Functional Assessment of Cancer Therapy-Fatigue (FACT-F), escala que analisa (7) bem-estar físico, (7) social/familiar, (6) funcional e (7) emocional; o domínio do bem-estar social apresentou uma média de 17,10, bem-estar emocional de 11,00, bem-estar funcional de 16,40 e o bem-estar físico apresentou uma média de 18,45 o que demonstra uma melhor qualidade de vida. A escala de Beck que é composta por 21 itens, sendo possível em cada um deles uma resposta cujo escore varia de 0 a 4 (ausente, leve, moderada e grave), permitindo quantificar a intensidade do sintoma. Esta escala avalia os diversos sintomas ou atitudes que usualmente estão presentes na depressão, independentemente da sua causa. Dentre estas questões, existem itens relacionados com humor, pessimismo, insatisfação, autocrítica, irritabilidade, alterações de peso, dificuldades para o trabalho, fadiga, preocupações com a saúde, alterações de libido, entre outras. O escore igual ou superior a 18 foi considerado indicativo da presença de depressão.

Após a coleta de dados, foi realizada uma análise descritiva e analítica com a apresentação das variáveis estudadas feita através de tabela e gráficos, além do cálculo de medidas descritivas como: média, mínimo, máximo e desvio padrão. Para a análise comparativa entre as variáveis qualitativas foi aplicado o teste qui-quadrado de proporções, referente à tendência e o teste de Fisher, quando necessário. Para análise de correlação, foi utilizado o coeficiente de correlação Spearman. Todas as conclusões foram tomadas ao nível de significância de 5%. Os softwares utilizados foram o Excel 2000 e o R 2.6.0.

Resultados

Em relação à caracterização sociodemográfica das 20 pacientes avaliadas, verificou-se idade média de 55,5 anos (DP \pm 11,14), sendo a faixa etária compreendida entre os 51 a 65

anos a mais prevalente (45%). A maioria das mulheres frequentaram a escola (95%), tiveram o ensino fundamental incompleto (50%), são casadas (58%), moram com marido/família (45%), têm algum rendimento (55%), têm renda pessoal de um a menos de quatro salários mínimos (40%), têm renda familiar de um a menos de quatro salários mínimos (60%), não trabalham (95%), são incapacitadas de trabalhar (60%) e são católicas (75%). (Tabela 1).

Tabela 1 – Características sociais, econômicas e demográficas de mulheres mastectomizadas assistidas no centro de oncologia no município de Caruaru.

Variáveis	N	%
30 a 40 anos	1	5%
41 a 50 anos	5	25%
51 a 65 anos	9	45%
66 a 80 anos	5	25%
Média \pm DP	55,55 \pm 11,14	
<i>Escolaridade</i>		
Ensino Fundamental Completo	3	15%
Ensino Fundamental Incompleto	10	50%
Ensino Médio Completo	4	20%
Ensino Médio Incompleto	1	5%
Ensino Superior Completo	1	5%
Ensino Superior Incompleto	0	0%
Não Respondeu	1	5%
<i>Estado Civil</i>		
Casada	11	55%
União consensual	2	10%
Solteira	5	25%
Outros	2	10%
Não quis informar	0	0%
<i>Renda Mensal</i>		
Sem rendimento	4	20%
Menos de um salário mínimo	6	30%
De um a menos de quatro salários mínimos	8	40%
De quatro a menos de oito salários mínimos	1	5%
Não sei	0	0%
Não respondeu	1	5%
<i>Religião</i>		
Católico	15	75%
Protestante/Evangélico	3	15%
Afro-brasileiras	0	0%
Ateu	0	0%
Outros	2	10%

Fonte: produzida pela própria autora (2016).

Em relação aos valores médios encontrados para cada domínio do questionário FACT-F, observou-se que as médias foram semelhantes em relação aos domínios. O domínio do bem-estar físico com média de 18,45, foi o que apresentou uma melhor qualidade de vida

dentro dos padrões de referência estabelecidas no questionário, onde, quanto maior a pontuação obtida, melhor a qualidade de vida. Resultados diferentes foram encontrados no domínio emocional, apresentando uma média de 11,00 o que indica uma piora da qualidade de vida. (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição das Médias e Desvio Padrão dos domínios e escores do questionário FACT-F, no centro de oncologia no município de Caruaru, Pernambuco, 2016.

<i>Variáveis</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>
Bem-estar Físico	18,45	5,31
Bem-estar Social	17,10	4,23
Bem-estar Emocional	11,00	3,15
Bem-estar Funcional	16,40	5,23

Fonte: produzida pela própria autora (2016).

Ao considerar os itens da escala de Beck, que analisa a depressão, observou-se que 45% das mulheres avaliadas apresentaram depressão, sendo 30% classificadas como depressão moderada e 15% leve. (Tabela 3).

Tabela 3– Depressão nas mulheres mastectomizadas assistidas no centro de oncologia no município de Caruaru, Pernambuco.

<i>Variáveis</i>	<i>Média</i>	<i>%</i>
Nenhuma Depressão	11	55%
Depressão Leve	3	15%
Depressão Moderada	6	30%
Depressão Grave	0	0%

Fonte: produzida pela própria autora (2016).

Discussão

O câncer de mama provoca alterações no universo biopsicossocial da mulher acometida e a retirada da mama pode ocasionar alterações físicas, psíquicas e social. Após a mastectomia, a mulher pode vir a apresentar uma série de dificuldades ao reassumir a sua vida profissional, social, familiar e sexual (SEGAL, 1994).

Em relação aos aspectos socioeconômicos, os resultados da pesquisa mostram que a faixa etária de mulheres mastectomizadas apresentou uma média de 55,5 anos \pm 11,14, 50% (10) têm ensino fundamental incompleto e a maioria é casada (55%, n=11), corroborando com estudo realizado por Souza (2007), onde as mulheres apresentaram a idade média encontrada de 54,7 anos e em relação ao grau de escolaridade, predominou o grupo de pacientes que havia cursado somente o ensino fundamental (18-64,2%).

A idade parece ser um fator que influencia na qualidade de vida das mulheres submetidas ao tratamento para câncer de mama. Alguns estudos mostram que mulheres mais jovens parecem experimentar níveis mais altos de qualidade de vida do que as idosas, com o passar do tempo. Outros relatam que mulheres mais velhas tendem a apresentar melhor qualidade de vida após o tratamento do que as mais jovens. Talvez pela dificuldade que as mais jovens apresentam de se adaptarem à nova condição, e/ou pelo fato das mulheres idosas valorizarem menos a mama e a feminilidade (ENGEL et al, 2004).

O nível de escolaridade também é considerado um fator positivo sobre a qualidade de vida. A maioria das mulheres frequentaram a escola (95%) e tiveram o ensino fundamental incompleto (50%). Mulheres com maior escolaridade apresentaram melhor função física,

função emocional, menos dor e poucos sintomas na mama em relação a mulheres com baixa escolaridade (KING, 2000). O estudo mostra características sociodemográfica das 20 pacientes avaliadas, verificou-se que são casadas (58%) e solteiras (25%) corroborando com estudo de Ana et al (2005). Em relação a situação conjugal, mulheres casadas ou que têm uma relação conjugal estável apresentam melhores escores de qualidade de vida global do que mulheres solteiras, entretanto o impacto da mastectomia sobre a imagem corporal é maior em mulheres casadas do que em mulheres solteiras.

Quando questionadas em relação à religião, 75% (n=15) se declararam católicas e 15% (n=3) protestantes/evangélicas, não corroborando com o estudo realizado por Veit e Castro (2013), onde a religião católica foi aquela com maior número de evasões (n=17) e a evangélica aquela de maior migração (n=13). A crença religiosa possibilita a essas mulheres sentirem-se em paz na situação em que se encontram, para assim viverem com mais otimismo (PINHO, 2007). A experiência do adoecimento é um processo que desafia a pessoa e, para isso, ela busca algo com o qual possa enfrentar esses desafios. Por isso, a religião é referida como importante estratégia para lidar com a doença e seus tratamentos. A prática religiosa recupera as forças perdidas com a doença e os tratamentos realizados, a religião influencia a sobrevivência delas (SOARES, 2007).

Os dados referentes ao questionário FACT-F mostraram que o bem-estar físico apresentou uma média de 18,45, o bem-estar social de 17,10, o bem-estar emocional de 11,00 e o bem-estar funcional de 16,40.

Em estudo realizado com mulheres mastectomizadas, Silva & Mamede percebem que “o medo está em todas as fases percorridas pela mulher no processo de adoecer. O medo do diagnóstico câncer torna-se ameaçador, originando, assim, reações emocionais, que provocarão mudanças no âmbito biológico, mental e social” (GOMES et al, 2002).

A QV tende a sofrer uma maior redução no período pós-operatório, que normalmente está associado a desconforto físico e dor, influenciando principalmente no aspecto funcional do indivíduo. Em estudo realizado 30 dias após a cirurgia, os valores médios encontrados foram inferiores aos do presente estudo: domínio físico = $18,1 \pm 4,6$; domínio social = $18,3 \pm 4,5$; domínio emocional = $12,7 \pm 4,2$; e domínio funcional = $8,4 \pm 4,1$. Supõe-se que as mulheres desta amostra passaram mais intensamente por uma série de dificuldades enfrentadas logo após o procedimento cirúrgico, como a incapacidade de trabalhar e cuidar de si própria, problemas em satisfazer as necessidades da família, baixa produtividade no trabalho etc., o que justificaria tal achado discordante (BEZERRA, 2013).

O domínio do bem-estar físico com média de 18,45, foi o que apresentou uma melhor qualidade de vida. Já outros estudos apontam que o bem-estar físico pode ser afetado pela quantidade de energia, presença de náusea, problemas em suprir as necessidades da família, dor efeitos colaterais, sentir-se doente e ficar acamado (PETERMAN et al, 1998).

No estudo, a variável do bem-estar funcional mostra uma média de 16,40 comparando-se com o estudo de Passik (1998), onde relata que também esteve fortemente relacionado com a depressão. Em relação ao bem-estar funcional, deve ser levado em conta se a paciente está conseguindo trabalhar, se o trabalho é recompensador, se existe aceitação da doença, capacidade de aproveitar a vida naquele momento, atividades de lazer, qualidade de vida e se a paciente está dormindo bem.

Para os pacientes oncológicos, a condição do diagnóstico e sua associação com a morte e os efeitos adversos dos tratamentos podem desencadear quadros de ansiedade e depressão (BOTTINO, FRÁGUAS & GATTAZ, 2009; MACHADO & SAWADA, 2008; CANTINELLI et al., 2006), situando-se a taxa de depressão nesses pacientes entre 22% e 29% (BOTTINO et al., 2009).

No estudo, ao avaliar a presença de depressão utilizando a escala de Beck, foi visto que 55% (n=11) não tinham depressão, 15% (n=3) depressão leve e 30% (n=6) depressão

moderada, corroborando com o estudo de Marques e Okazaki (2012). As mulheres nesta situação tendem a relacionar-se menos com as demais pessoas, proveniente a baixa da autoestima, ao valor que a sociedade emprega ao sexo feminino e também ao papel que elas representam, principalmente devido ao simbolismo dos seios.

Seara et al. (2012) verificou como consequência da mastectomia, que as mulheres se sentiam menos femininas e que não eram desejadas pelo parceiro. Isto afetava de alguma forma a sua sexualidade e desencadeava sentimentos de inferioridade, insegurança e medo de ser rejeitada, levando a um quadro de depressão.

Conclusão

Através dos resultados deste estudo, pode-se traçar um perfil detalhado de mulheres submetidas à cirurgia de mastectomia atendidas no Centro de Oncologia de Caruaru (CEOC). O estudo revelou diminuição da qualidade de vida em mulheres mastectomizadas sem construção de mama, relacionada com os eventos de ansiedade e depressão, influenciando na autoestima das mulheres.

As repercussões da mastectomia na vida da mulher acarretaram vários tipos de enfrentamentos que variam dependendo do contexto que a mesma se encontra. Sendo evidente a questão emocional mais afetada, quando a questão física foi menos.

Pesquisas envolvendo mulheres submetidas à cirurgia de mastectomia, que analisam a influencia na qualidade de vida bem como presença de depressão, são escassas. Diante de poucos estudos nesta área, sugere-se a realização de pesquisas utilizando uma amostra maior para melhor fidedignidade nos resultados, garantindo uma melhor assistência a saúde das mulheres acometidas pelo câncer de mama.

Referências

Avelar AMA, Derchain SFM, Camargo CPP, Sarian LOZ, & Yoshida A. Qualidade de vida, ansiedade e depressão em mulheres com câncer de mama antes e após a cirurgia. *Revista de ciências médicas*. 2012;15(1).

Brasil Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil. 2009;98p. Rio de Janeiro: INCA.

Bervian PI, & Girardon-Perlini NMO. A família (con) vivendo com a mulher/mãe após a mastectomia. *Revista brasileira de cancerologia*. 2006;52(2):121-128.

Biffi RG, & Mamede MV. Suporte social na reabilitação da mulher mastectomizada: o papel do parceiro sexual. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2004;38(3):262-269.

Carvalho CSU. A necessária atenção à família do paciente oncológico. *RevBrasCancerol* 2008;54(1):87-96.

Da Silva SED, Vasconcelos EV, de Santana ME, dos Santos Araújo J, Valente T, de Oliveira JB, & Cunha NMF. Câncer de mama uma doença temida: representações sociais de mulheres mastectomizadas. *Gestão e Saúde*. 2012;3(2):pag-730.

De Castro TB, Santos MCL, De Almeida AM, & Fernandes AFC. Percepção dos cônjuges de mulheres mastectomizadas com relação à convivência pós-cirurgia. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2010;44(1):113-119.

Segal MS. *Desfazendo Mitos*. Ágora. 1994.

De Gutiérrez MGR, Bravo MM, Cristina D, Chanes MCRDV, & de Souza GO. Adesão de mulheres mastectomizadas ao início precoce de um programa de reabilitação. *Acta Paul Enferm*. 2007;20(3):249-54.

Engel J, Kerr J, Schlesinger-Raab A, Sauer H, Hölzel D. Quality of life following breast-conserving therapy or mastectomy: results of a 5-year prospective study. *Breast J*. 2004;10(3):223-31.

King MT, Kenny P, Sheil A, Boyages HJ. Quality of life three months and one year after first treatment for early stage breast cancer: influence of treatment and patient characteristics. *Qual Life Res*. 2000;9:789-800.

Veit CM, & Castro EKD. Coping religioso/espiritual em mulheres com câncer de mama. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*. 2013;65(3):421-435.

Pinho LS. Câncer de mama: da descoberta à recorrência da doença. *Rev. Eletrônica de Enfermagem*. 2007;09(01):154-165.

Soares RG. Aspectos emocionais do câncer de mama. *Rev. Virtual de Psicologia Hospitalar e Saúde*. 2007;3(6):245-52

Silva RM, Mamede MV. *Conviver com a mastectomia*. Editora UFC. 1998.

Gomes R, Skaba MMVF, Vieira RJS. Reinventing life: a proposal for a socio-anthropological approach to breast cancer. *Cad Saude Publica*. 2002;18(1):197-204.

Bezerra KB, Silva DSMD, Chein MBDC, Ferreira PR, Maranhão JKP, Ribeiro NL, & Mochel EG. Qualidade de vida de mulheres tratadas de câncer de mama em uma cidade do nordeste do Brasil. *Cien Saude Colet*. 2013;18(7):1933-1941.

Peterman A, Cella D, Passik S, Jacobsen P, Breithart W. Progress toward guide: lines for the management of fatigue. *Oncology (Huntigt)*. 1998;12(11 A):369-77.

Bottino SMB, Fráguas R, & Gattaz WF. Depressão e câncer. *Rev Psiq Clín*. 2009;36(3):109-115.

Machado SM, & Sawada NO. (2008). Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico adjuvante. *Texto Contexto Enferm*. 2008;17(4):750-757.

Cantinelli FS, Camacho RS, Smaletz O, Gonsales BK, Braguittoni E, & Rennó Jr J. A oncopsiquiatria no câncer de mama – considerações a respeito de questões do feminino. *Rev. Psiq. Clín*. 2006;33(3):124-133.

Marques TS, Okazaki ELFJ. Estudos sobre a vida da mulher após a mastectomia e o papel da enfermagem, artigo de revisão. *Revista Enfermagem, UNISA*. 2012;13(1):53-8.

Searaa LS, Vieira RX, Pechorro PS. Função sexual e imagem corporal da mulher mastectomizada. *Revista Internacional Andrologia*, 2012;10(3):106-112.