

QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE E COMORBIDADE EM PACIENTES MASTECTOMIZADAS

QUALITY OF LIFE RELATED TO HEALTH AND COMORBIDITY IN MASTECTOMIZED PATIENTS

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD Y COMORBILIDAD EN PACIENTES MASTECTOMIZADAS

Míria Conceição Lavinias Santos¹, Tiago Barreto de Castro e Silva², Kamila Monteiro Cavalcante³, Natasha Firmino Souto⁴, Sâmya Aguiar Lôbo⁵, Ana Fátima Carvalho Fernandes⁶

O estudo objetivou verificar a associação entre as comorbidades e a qualidade de vida (QoL) de mulheres mastectomizadas. Estudo do tipo transversal, com 48 mulheres com idade média de 58,2 anos e tempo de mastectomia de 55,4 meses, incluídas em um grupo de apoio (n=16) e um de controle (32), de um ambulatório de hormonioterapia de um hospital de referência em Fortaleza/Brasil. Utilizou-se o instrumento *Medical Outcomes Study Questionnaire 36 — Item Short Form Survey* (SF-36). Os grupos diferiram quanto às comorbidades, 68,8% no grupo de estudo e 31,2% no grupo controle (p=0,029). Considerando os dois grupos, evidenciou-se pior pontuação referente à dimensão denominada Limitação por Aspectos Físicos (p=0,143) e melhor pontuação referente à dimensão Aspectos Sociais (p=0,272). A combinação de três comorbidades (n=48) determinou associação nível mais baixo de QoL nas dimensões Capacidade Funcional (p=0,463), Dor (p=0,869) e Estado Geral de Saúde (p=0,138).

Descritores: Neoplasias da Mama; Qualidade de Vida; Mastectomia; Comorbidade.

This study aimed to assess the association between comorbidities and quality of life of mastectomized women. This cross-sectional study was carried out with 48 women, with an average age of 58.2 years and 55.4 months after the surgery. There was a support group (n=16) and a control group (n=32) from a hormone therapy outpatient clinic of a reference hospital in Fortaleza/Brazil. It was the *Medical Outcomes Study Questionnaire 36 — Item Short Form Survey* (SF-36). The groups differed from each other with regard to comorbidities: 68.8% in the study group and 31.2% in the control group (p=0,029). Considering both groups, we could evidence the worst scores related to the dimension Role Limitations due to Physical Health Problems (p=0,143), and the best scores related to the dimension Social Functioning (p=0,272). The combination of three comorbidities have determined a lower level of QoL on the dimensions Physical Functioning (p=0,463), Bodily Pain (p=0,869), and General Health (p=0,138).

Descriptors: Breast Neoplasms; Quality of Life; Mastectomy; Comorbidity.

El objetivo fue verificar la asociación entre comorbidades y calidad de vida de mujeres mastectomizadas. Estudio transversal, con 48 mujeres con edad media de 58,2 años y tiempo de mastectomía de 55,4 meses, incluidas en un grupo de apoyo (n =16) y un de control (n=32), de un ambulatorio de hormonioterapia de un hospital de referencia en Fortaleza/Brasil. Se utilizó el *Medical Outcomes Study Questionnaire 36*, artículo *Short Form* (SF-36). Los grupos difirieron según las comorbidades, 68,8% para grupo de apoyo y 31,2%, grupo control (p = 0,029). Los dos grupos señalaron peor puntuación en la Limitación Física por Aspectos Físicos (p = 0,143) y mejor en la dimensión Aspectos Social (p = 0,272). La combinación de tres comorbidades (n = 48) determinó asociación nivel más bajo de calidad de vida en las dimensiones Capacidad Funcional (p =0,463), Dolor (p = 0,869) y Estado General de Salud (p = 0,138).

Descriptores: Neoplasias de la Mama; Calidad de Vida; Mastectomía; Comorbilidad.

¹ Enfermeira do INCA. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Brasil. E-mail: mlavinias@fortalnet.com.br

² Mestre em Ciências na Área de Enfermagem em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP). Brasil. E-mail: tiagobcs@live.com

³ Enfermeira. Especialista em Enfermagem em Oncologia pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA). Brasil. E-mail: kamilamc_enfe@hotmail.com

⁴ Enfermeira Graduada pela UFC. Brasil. E-mail: enfanatasha@hotmail.com

⁵ Enfermeira Graduada pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Brasil. E-mail: samia_lobo@hotmail.com

⁶ Professora Associado I do Departamento de Enfermagem da UFC. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: afcana@ufc.br

Autor correspondente: Míria Conceição Lavinias Santos

Endereço: End.: Rua Tenente Amauri Pio. 380/Ap. 900. Meireles, CEP: 60160090. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: mlavinias@fortalnet.com.br

INTRODUÇÃO

Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) refere-se aos vários aspectos da vida de uma pessoa que são afetados por mudanças no seu estado de saúde. É uma medida subjetiva estimada a partir da valoração que o paciente faz de diferentes aspectos de sua vida⁽¹⁾.

Estudos reconhecem o potencial da medida de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde, como meta do tratamento, marcador de morbimortalidade⁽²⁻⁴⁾.

A medição em pacientes oncológicos é reconhecida em tópico de pesquisa em estudos clínicos e epidemiológicos⁽⁵⁻⁶⁾ como importante para a avaliação do impacto da doença, do parâmetro de evolução do tratamento clínico e cirúrgico, uma vez que está voltada para o estudo do aumento das possibilidades de cura e sobrevida, e, como melhora da Qualidade de Vida⁽⁷⁾.

O processo de adoecimento do câncer de mama na mulher impõe uma série de questões como o risco de recorrência, seqüelas adversas ao tratamento e outras doenças que interferem na qualidade de vida das pacientes. As pesquisas sobre qualidade de vida voltada para essas abordagens são importantes, todavia a determinação de fatores prognósticos confiáveis de morbimortalidade é de grande relevância para o seguimento clínico dessas pacientes.

Estudo revelou que a morbidade originada da mastectomia tem sido pouco valorizada, embora comprometa fundamentalmente a qualidade de vida. O ponto de partida para essa qualidade abrangeria a tomada de decisão acerca dos tratamentos e dos protocolos de seguimento, aliados a maior valorização da reabilitação física e psicossocial, possibilitando à mulher práticas que lhe garantam melhor qualidade de vida⁽⁸⁻⁹⁾.

É fundamental quando se trata da variável qualidade de vida da mulher portadora do câncer de mama verificar a influência do tratamento no comprometimento da saúde, e considerar também outros fatores diretamente relacionados à mortalidade, pelo fato de as pacientes com câncer de mama apresentarem comorbidades ao início do tratamento (diabetes, hipertensão arterial, depressão, disfunções hormonais relacionadas a menopausa)⁽¹⁰⁻¹²⁾, o que influencia diretamente a expectativa de vida⁽¹³⁻¹⁴⁾.

Portanto, a proposição dos ajustes das comorbidades à qualidade de vida como um parâmetro objetivo mensurável nas pacientes com câncer de mama é

de grande relevância para o seguimento clínico dessas pacientes.

Assim, neste estudo, o principal objetivo foi verificar a associação entre as comorbidades e a qualidade de vida de mulheres mastectomizadas.

MÉTODO

Tratou-se de estudo de corte transversal com mulheres mastectomizadas, residentes em Fortaleza, Ceará, Brasil, realizado em 2005. A amostra foi composta de 48 mulheres, constituído em dois grupos. O grupo de estudo, com 16 mulheres do Grupo de Ensino Pesquisa e Assistência à Mulher Mastectomizada (GEPAM), vinculada ao Projeto Saúde Mamária, do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC); e o grupo controle com 32 mulheres do Instituto do Câncer do Ceará (ICC).

O grupo de estudo, 16 mulheres, foi formado a partir de participantes do grupo GEPAM, o grupo contava com aproximadamente vinte e nove mulheres portadoras de câncer de mama. O grupo objetivava promover a interação das mulheres mastectomizadas, a fim de facilitar a reabilitação e favorecer melhor qualidade de vida. As atividades desenvolvidas no grupo, direcionada às participantes, eram: reuniões de estudo para as mulheres e seus familiares (espiritualidade, relacionamento familiar, nutrição, exercício físico, cuidados gerais com a saúde); reuniões sociais (páscoa, dia das mães e dos pais, festa junina, aniversariantes do mês, natal e ano novo, passeios turísticos e bazar); cursos (artesanato, pintura, bijuterias, porcelana, tricô, crochê). Os encontros aconteciam uma vez por semana, no Departamento de Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará, contava com a colaboração de alunos de graduação e pós-graduação, enfermeiros assistenciais, terapeuta ocupacional e médico. Era coordenado por uma enfermeira docente do referido departamento.

A amostra do grupo de estudo foi extraída com base nos seguintes critérios de inclusão e exclusão. Os critérios de inclusão foram: ter sido tratada por mastectomia do tipo radical modificada unilateral; ter participação no grupo há mais de 12 meses; apresentar assiduidade semanal no grupo. Como critérios de exclusão foram considerados: realização de reconstrução mamária e presença de doença metastática. Os critérios de exclusão da amostra de treze mulheres foram: realização de qua-

drantectomia (n=1), reconstrução mamária (n=2), mastectomia radical (n=2), doença metastática (n=1), participação no grupo < 12 meses (n=2) e pouca assiduidade (n=6).

O grupo controle foi originado da população de mulheres atendidas no ambulatório de oncologia clínica/hormonioterapia, do Instituto do Câncer do Ceará, hospital particular, de atendimento terciário, de referência no Estado do Ceará, voltado ao ensino, à pesquisa, ao diagnóstico e tratamento do câncer.

A população de mulheres do grupo controle foi escolhida em função: do tempo de mastectomia do grupo de estudo, que era em média de 63,7 meses; no ambulatório de cirurgia/mastologia havia predomínio de mulheres recém-mastectomizadas e com média de 12 a 15 meses de mastectomia. Nos ambulatórios de quimioterapia e radioterapia, o perfil clínico das mulheres não atendia aos critérios deste estudo, por incluir mulheres com recidiva da doença, presença de metástase e em estágio pré-operatório.

A amostra do grupo controle foi constituída de forma consecutiva. Enquanto aguardavam atendimento, seguindo a ordem de consulta, eram escolhidas até completar o n de 32, utilizando os critérios de inclusão e exclusão. Os critérios de inclusão utilizados foram: realização de mastectomia radical modificada; e tempo de mastectomia superior a 12 meses. Os critérios de exclusão: realização de reconstrução mamária, presença de doença metastática e participação em qualquer grupo de reabilitação (autoajuda ou de apoio/suporte).

O total da amostra do grupo controle foi determinado para ser o dobro do número da amostra do grupo de estudo, para conseguir melhor representatividade e facilitar a detecção de diferenças estatisticamente significantes entre os dois grupos referentes em relação à variável de interesse, que era o nível de qualidade de vida e as comorbidades. O número de participantes do grupo de estudo não pôde ser escolhido por tratar-se de grupo pré-formado.

A coleta de dados referentes ao grupo de estudo foi realizada entre abril e maio de 2005. A abordagem às mulheres foi realizada durante as reuniões ordinárias do grupo, nas dependências do mencionado departamento. Os instrumentos foram aplicados antes ou após as reuniões, em sala privativa localizada no mesmo local. A coleta de dados do grupo controle foi procedida entre abril e julho de 2005, em consultório privativo nas dependências

do ambulatório de hormonioterapia do hospital escolhido para o estudo, enquanto as mulheres aguardavam a consulta médica.

O projeto do estudo foi apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará, aprovado sob protocolo de nº 39/04. Os instrumentos de coleta de dados, nos dois grupos, somente foram aplicados após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido. No grupo de estudo, participaram as 16 mulheres, enquanto no grupo controle, ocorreram oito recusas.

Os instrumentos utilizados foram: formulário para coleta dos dados sociodemográficos e instrumento *Medical Outcomes Study Questionnaire 36 — Item Short Form Survey (SF-36)*⁽¹⁵⁾ para medida da qualidade de vida relacionada à saúde, com sistema de pontuação próprio do instrumento. Optou-se pela utilização do SF-36 como formulário por possibilitar a inclusão de analfabetas e participantes com poucos anos de escolaridade. Todos os itens dos dois instrumentos foram 100% respondidos. O SF — 36 é um instrumento constituído de 36 itens, fornecendo pontuação em oito dimensões da qualidade de vida: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental.

A distribuição de frequências foi expressa por percentagem para os dados categóricos (escolaridade, estado marital, religião, existência de filhos, número de coabitantes, ocupação e número de comorbidades).

As frequências dos dados categóricos foram testadas para diferenças entre os grupos pelos testes exato de Fisher e da Razão de Verossimilhança. Foi utilizado o cálculo da Razão de Chance com intervalo de confiança de 95% para a comparação entre ausência e presença de comorbidades entre os grupos.

O cálculo de média foi escolhido como medida da tendência central. O desvio-padrão e os valores mínimo-máximo como medidas de dispersão dos dados (variáveis) contínuos. Esses dados se referiram à idade, ao tempo de mastectomia, à renda familiar e às pontuações geradas pelo instrumento SF-36.

Para as médias de idade, tempo de mastectomia e renda, foi utilizado o teste t para amostras independentes.

As médias das pontuações do SF-36 entre os grupos foram testadas quanto às diferenças pelo teste de Mann-Whitney, por não seguirem a lei da distribuição normal. O teste para distribuição de normalidade foi o de

Kolmogorov-Smirnov. Foi considerado o $p < 0,05$ como corte para significância estatística.

RESULTADOS

A idade média da amostra ($n=48$) foi de $58,2 \pm 10,6$ anos. A idade média das mulheres do grupo de estudo ($n=16$) e controle ($n=32$) foi, respectivamente, $55,0 \pm 8,6$ e $59,9 \pm 11,3$ anos. Não houve diferença estatística quanto à idade entre os grupos ($p=0,156$).

O tempo de mastectomia da amostra ($n=48$) teve média de $55,4 \pm 28,7$ meses. O tempo médio de mastectomia das mulheres do grupo de estudo ($n=16$) e controle ($n=32$) foi, respectivamente, $63,7 \pm 31,4$ e $51,2 \pm 26,9$ meses. Os grupos não diferiram estatisticamente quanto ao tempo de mastectomia ($p=0,155$).

Os dados referentes à idade, ao tempo de mastectomia e ao número de comorbidades encontram-se expostos na Tabela 1.

(31,3%) com ensino médio e superior. No grupo controle ($n=32$) havia 5 (15,6%) analfabetas, 19 (59,4%) com ensino fundamental e 8 (25,0%) com ensino médio e superior. Não houve diferença estatística de escolaridade entre os grupos ($p=0,113$).

A distribuição das mulheres em relação à ocupação na amostra estudada ($n=48$) foi de 17 (35,4%) com ocupação remunerada e 32 (64,6%) sem ocupação remunerada. No grupo de estudo ($n=16$) havia 9 (56,3%) mulheres com ocupação remunerada e 7 (43,8%) sem ocupação remunerada. No grupo controle ($n=32$) havia 8 (25,0%) mulheres com ocupação remunerada e 24 (75,0%) sem ocupação remunerada. A diferença não atingiu significância estatística ($p=0,054$).

No concernente ao estado marital, na amostra ($n=48$) eram 27 (56,2%) casadas e 21 (43,8%) não casadas. No grupo de estudo ($n=16$), eram 8 (50,0%) mulheres casadas e 8 (50,0%) não casadas; enquanto que no grupo controle ($n=32$) eram 19 (59,4%) casadas e 13

Tabela 1 — Características demográficas e clínicas da amostra de 48 mulheres dividida em grupo de estudo e controle. Fortaleza, CE, Brasil, 2005

| | Grupo de Estudo N=16 | Grupo Controle N=32 | Total N=48 | P |
|-----------------------------|-------------------------|------------------------|-----------------|--------------------|
| Idade, anos | | | | |
| Média \pm DP | 55,0 \pm 8,6 | 59,9 \pm 11,3 | 58,2 \pm 10,6 | 0,156 |
| Mínimo-máximo | 45-75 | 38-89 | 38-89 | |
| Tempo de mastectomia, meses | | | | |
| Média \pm DP | 63,7 \pm 31,4 | 51,2 \pm 26,9 | 55,4 \pm 28,7 | 0,155 |
| Mínimo-máximo | 14-121 | 18-151 | 14-151 | |
| Nº de comorbidades | | | | |
| 0 | 5 (31,2) | 22 (68,7) | 27 (56,2) | 0,002 ^a |
| 1 | 6 (37,5) | 4 (12,6) | 10 (20,8) | |
| 2 | 1 (6,3) | 5 (15,6) | 6 (12,5) | |
| 3 | 4 (25,0) | 1 (3,1) | 5 (10,5) | |

Teste *t* para amostras independentes ^aTeste da Razão de Verossimilhança DP=Desvio-padrão

A diferença no número de comorbidades diferiu estatisticamente entre os grupos ($p=0,002$). O cálculo da Razão de Chance resultou em 2,2, com intervalo de confiança entre 1,194 e 4,035, em que o grupo de estudo apresentou duas vezes mais chance de possuir comorbidade.

Quanto à escolaridade, a amostra ($n=48$) era constituída por 5 (10,4%) mulheres analfabetas, 30 (62,5%) com ensino fundamental e 13 (27,1%) com ensino médio e superior. No grupo de estudo ($n=16$) não havia mulheres analfabetas, 11 (68,8%) com ensino fundamental e 5

(40,6%) não casadas. O valor de *p* correspondeu a 0,555, não indicando diferença estatística entre os grupos.

Na amostra ($n=48$), três (6,2%) mulheres não tinham coabitantes no domicílio, o número de coabitantes era de 1 a 4 para 32 (66,6%) mulheres, e > 4 para 13 (27,2%). No grupo de estudo ($n=16$), uma (6,2%) não convivia com ninguém no domicílio, 9 (56,3%) apresentavam de 1 a 4 e 6 (37,5%) > 4 . No grupo controle ($n=32$), duas (6,2%) mulheres não apresentavam coabitantes, 23 (71,9%) tinham de 1 a 4, e 7 (21,9%) > 4 . Não houve diferença estatística em relação a número de coabitantes ($p=0,216$).

Acerca do número de filhos, na amostra (n=48) havia 9 (18,7%) mulheres sem filhos e 39 (81,3%) com filhos. No grupo de estudo (n=16) eram 3 (18,7%) sem filhos e 13 (81,3%) com filhos. No grupo controle (n=32) eram 6 (18,7%) que possuíam filhos e 26 (81,3%) que não possuíam. As percentagens dos grupos são idênticas, significando total igualdade entre os grupos.

A religiosidade estava presente em 100,0% das mulheres de ambos os grupos.

No tocante às pontuações referentes às oito dimensões da qualidade de vida relacionada à saúde nos grupos de estudo e controle, as médias e o desvio padrão referentes às dimensões da qualidade de vida relacionada à saúde na amostra (n=48) foram em ordem decrescente, de 75,6 ± 24,5 (Aspectos Sociais), 71,2 ± 21,5 (Estado Geral de Saúde), 64,1 ± 25,2 (Saúde Mental), 62,5 ± 22,7 (Vitalidade), 60,4 ± 43,3 (Limitação por Aspectos Emocionais), 58,4 ± 26,3 (Capacidade Funcional), 55,6 ± 24,5 (Dor) e 33,3 ± 41,0 (Limitação por Aspectos Físicos).

Os grupos de estudo e controle apresentaram as seguintes médias ± DP, respectivamente, 55,3 ± 22,0 vs. 60,0 ± 28,4 para Capacidade Funcional (p=0,463), 32,8 ± 42,5 vs. 33,6 ± 41,0 para Limitação por Aspectos Físicos (p=0,821), 54,2 ± 22,7 vs. 56,3 ± 25,6 para a dimensão Dor (p=0,869), 65,1 ± 23,0 vs. 74,3 ± 20,3 para Estado Geral de Saúde (p=0,138), 62,2 ± 21,6 vs. 62,7 ± 23,6 para Vitalidade (p=0,709), 78,1 ± 21,7 vs. 74,4 ± 26,1 para Aspectos Sociais (p=0,786), 58,3 ± 41,3 vs. 61,5 ± 44,9 para Limitação por Aspectos Emocionais (p=0,655) e 63,3 ± 31,5 e. 64,5 ± 22,2 para Saúde Mental (p=0,669).

Foram comparadas as pontuações da amostra (n=48) referentes às oito dimensões da qualidade de vida de acordo com número de comorbidades. Na comparação entre o grupo de mulheres com nenhuma e o com três as, médias e o desvio padrão das pontuações foram, respectivamente: 61,3 ± 22,5 e 29,1 ± 16,8 para Capacidade Funcional (p=0,002), 35,1 ± 42,3 e 28,3 ± 20,4 para Limitação por Aspectos Físicos (p=0,143), 59,1 ± 27,4 e 34,8 ± 16,3 para a dimensão Dor (p=0,046), 76,8 ± 16,2 e 43,1 ± 20,4 para Estado Geral de Saúde (p<0,001), 62,7 ± 21,6 e 49,1 ± 29,5 para Vitalidade (p=0,201), 73,6 ± 25,3 e 60,4 ± 30,0 para Aspectos Sociais (p=0,272), 58,0 ± 45,8 e 55,5 ± 50,1 para Limitação por Aspectos Emocionais (p=0,907) e 65,9 ± 22,8 e 54,6 ± 34,8 para Saúde Mental (p=0,329).

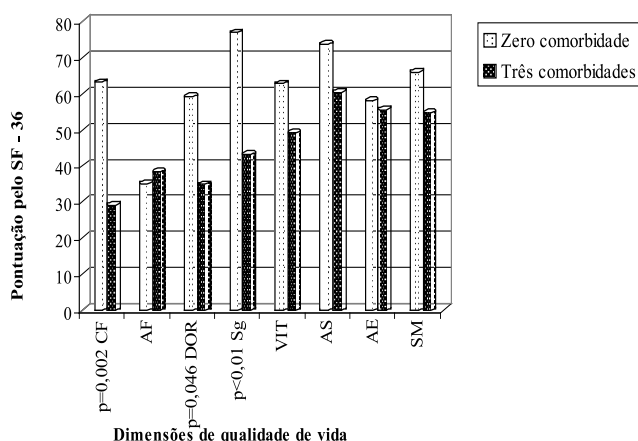


Figura 1 — Distribuição das pontuações geradas pelo instrumento SF-36 referentes às oito dimensões da qualidade de vida relacionada à saúde

p calculado pelo Teste de Mann-Whitney
 CF=capacidade funcional, AF=limitação por aspectos físicos, SG=estado geral de saúde, VIT= vitalidade, AS=aspectos sociais, AE=limitação por aspectos emocionais SM=sauúde mental

Confrontando o grupo de mulheres que apresentam uma ou nenhuma comorbidade, as médias e o desvio padrão das pontuações foram respectivamente: 63,1 ± 22,5 e 65,0 ± 23,6 para Capacidade Funcional (p=0,828), 35,1 ± 42,3 e 42,5 ± 45,7 para Limitação por Aspectos Físicos (p=0,650), 59,1 ± 27,4 e 57,0 ± 14,8 para a dimensão Dor (p=0,816), 76,8 ± 16,2 e 64,8 ± 24,4 para Estado Geral de Saúde (p=0,090), 62,7 ± 21,6 e 63,0 ± 21,6 para Vitalidade (p=0,978), 73,61 ± 25,3 e 83,7 ± 18,6 para Aspectos Sociais (p=0,257), 58,0 ± 45,8 e 69,9 ± 29,2 para Limitação por Aspectos Emocionais (p=0,449) e 65,9 ± 22,8 e 59,6 ± 30,4 para Saúde Mental (p=0,499).

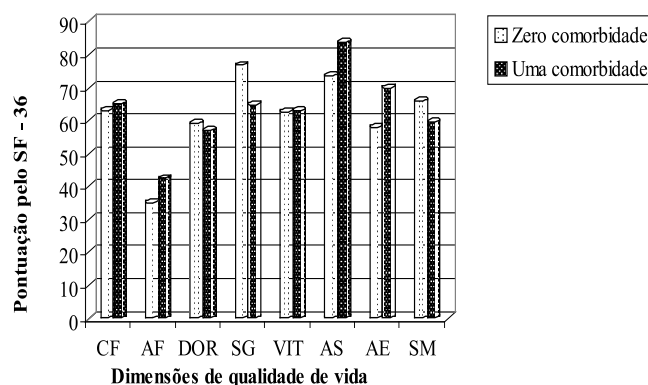


Figura 2 — Distribuição das pontuações geradas pelo instrumento SF-36 referentes às oito dimensões da qualidade de vida relacionada à saúde de acordo com ausência e presença de uma comorbidade (n=37)

Entre o grupo de mulheres com duas e com nenhuma comorbidade, as médias e o desvio padrão das pontuações foram, respectivamente: 63,1 ± 22,5 e 55,0 ± 40,4 para Capacidade Funcional ($p=0,519$), 35,1 ± 42,3 e 35,0 ± 41,8 para Limitação por Aspectos Físicos ($p=0,993$), 59,1 ± 27,4 e 58,4 ± 23,9 para a dimensão Dor ($p=0,955$), 76,8 ± 16,2 e 82,0 ± 18,3 para Estado Geral de Saúde ($p=0,527$), 62,7 ± 21,6 e 76,0 ± 19,1 para Vitalidade ($p=0,213$), 73,6 ± 25,3 e 88,5 ± 15,4 para Aspectos Sociais ($p=0,217$), 58,0 ± 45,8 e 60,0 ± 54,7 para Limitação por Aspectos Emocionais ($p=0,932$) e 65,9 ± 22,8 e 74,4 ± 14,8 para Saúde Mental ($p=0,433$).

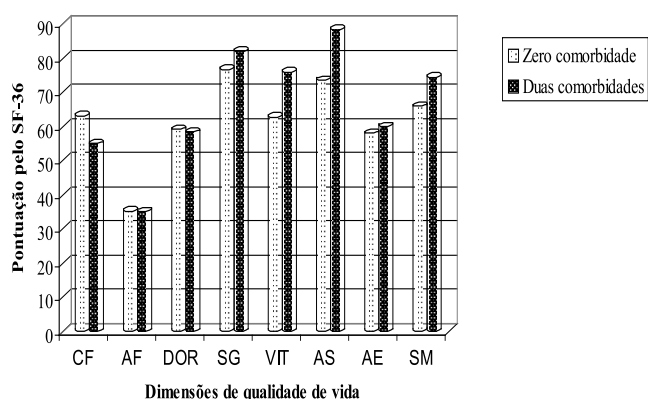


Figura 3 — Distribuição das pontuações geradas pelo instrumento SF-36 referentes às oito dimensões da qualidade de vida relacionada à saúde, de acordo com ausência e presença de duas comorbidades ($n=33$)

DISCUSSÃO

A média de idade entre as mulheres que compuseram a amostra ($n=48$) encontrou-se na faixa de maior incidência do câncer de mama feminino, que se situa entre 40 e 69 anos⁽¹⁶⁾.

Outro ponto observado foi o tempo de mastectomia, fator de importância como parâmetro de evolução de tratamento, podendo também se constituir em um indicador de saúde, quando se deseja avaliar a qualidade de vida de mulheres mastectomizadas⁽¹⁷⁾.

De acordo com o instrumento SF36, não houve diferença significativa de nenhuma dimensão da qualidade de vida entre os grupos de estudo e controle. Pôde-se interpretar a inexistência de diferenças significativas pelo tamanho pequeno da amostra. Estudos como este não possibilitam amostras maiores porque grupos de apoio são compostos por no máximo doze a quinze participantes, uma vez que esse número possibilita o nível de efeti-

vidade, garante a participação de todos e produz benefícios terapêuticos⁽¹⁸⁾.

Existe a dificuldade de se estudar dois ou mais grupos de apoio de forma associada, no intuito de aumentar o tamanho da amostra, devido à carência de uniformidade, de operacionalidade e de finalidade, enfim, de características entre eles. O foco deste estudo era um grupo caracterizado pela coordenação realizada por enfermeiro e que estivesse vinculado à instituição universitária pública, o que impossibilitou a soma com participantes de outros grupos.

Outra explicação seria aceitar a ausência de diferença como achado fidedigno. O tempo médio de mastectomia foi equivalente nos dois grupos (superior a 50 meses). Com o tempo de mastectomia desta amostra, vários mecanismos de enfrentamento foram ativados nestas mulheres, independentemente de participação ou não em grupo de autoajuda⁽¹⁷⁾.

No processo de adoecer, a mulher busca estratégias que propiciem mudanças de comportamento no seu estilo de vida e nas formas de pensar e refletir sobre a doença, e proporciona uma compreensão de que corpo e mente devem estar em harmonia para a busca do equilíbrio emocional, levando-as a preservar a saúde⁽¹⁹⁻²⁰⁾. O impacto do câncer fornece uma reavaliação de suas prioridades, a mulher passa a apreciar a vida e sente-se feliz por estar viva, renovando os objetivos de vida através da reflexão sobre si mesma e seu lugar no mundo⁽¹⁷⁾.

Ao revisar a literatura, constataram-se os benefícios quanto à formação de diversos grupos de apoio, com a finalidade de fornecer suporte, reabilitador nas áreas física, social e psicológica à mulher imediatamente após o câncer de mama, com o propósito de reintegrá-la à família e à sociedade e favorecer melhor qualidade de vida⁽¹⁹⁻²⁰⁾.

A convivência em grupo de pessoas com problemas semelhantes proporciona experiência que pode desenvolver clima de muito valor terapêutico, ajudando os participantes do grupo a romperem a barreira de solidão e isolamento, especialmente pela possibilidade de *feedback* e sugestões construtivas de outras pessoas que vivenciam os mesmos problemas⁽¹⁹⁻²¹⁾.

O conteúdo desses achados se reflete no impacto maior que grupos de apoio costumam ter nos primeiros meses de mastectomia, pois o diálogo, a partilha de sentimentos e de reações, a exploração de ideias em profundidade e a discussão dos relacionamentos nesses grupos,

constituem formas poderosas de terapia para o câncer de mama. Acredita-se haver um entendimento entre mulheres sobre a ocorrência de interação/transação destas com outras mulheres que estão passando ou vivenciaram a mesma experiência, isto é, compartilham de sentimentos, falam dos medos, das angústias, auxiliam na elaboração da nova realidade⁽²¹⁻²²⁾.

Outra possibilidade seria a da existência de um efeito positivo determinado pelo grupo de apoio sobre os níveis de qualidade de vida, mesmo que as pontuações não fossem diferentes. Isto porque a presença de comorbidades é maior no grupo de estudo em relação ao grupo controle. A presença de comorbidades pode estar influenciando negativamente a qualidade de vida, e através da participação no grupo de apoio, as mulheres conquistaram igual qualidade de vida do que as mulheres do grupo controle que apresentam menor número de comorbidades.

Houve correlação neste estudo entre a presença de três comorbidades com menor nível de qualidade de vida relacionada às dimensões Capacidade Funcional, Dor e Estado Geral de Saúde. A presença de uma ou duas comorbidades não influenciou o nível da qualidade de vida.

A análise sobre a magnitude do rebaixamento nas dimensões mensuradas da qualidade de vida das mulheres desta amostra torna-se complicada por se possuir dados referentes ao nível de qualidade de vida mensurado pelo mesmo instrumento da população brasileira. Países como Estados Unidos, Canadá, Austrália, Espanha, Suécia e Holanda possuem parâmetro populacional acerca da qualidade de vida medida pelo SF-36. Nesses países, há possibilidade para comparações confiáveis do nível de comprometimento da qualidade de vida das condições mórbidas pesquisadas em comparação às pessoas saudáveis⁽²³⁾.

Não seria confiável comparar as pontuações deste estudo com aquelas das pessoas saudáveis dos países citados, que possuem realidade cultural diversa desta. Optou-se pela comparação com grupo brasileiro de saudáveis (n=58) que utilizou o SF-36⁽¹⁹⁾.

Ao considerar a amostra deste estudo, observou-se que a menor pontuação se referiu à Limitação por Aspectos Físicos, seguida, em ordem decrescente pelas dimensões Dor e Capacidade Funcional. Na comparação entre o grupo de saudáveis, verificou-se que as três dimensões realmente estiveram muito afetadas em mulheres mastectomizadas⁽¹⁹⁾.

A explicação da baixa pontuação referente à Limitação por Aspectos Físicos deve-se a alta prevalência de morbidades na mulher mastectomizada, capaz de impor este tipo de restrição. Estudo mostrou edema de braço em 39,3% de mulheres mastectomizadas, em 38,3% linfedema, em 34,4% diminuição da mobilidade do braço homolateral à mastectomia e dor em 32,3%⁽⁵⁾. A pesquisa sinalizou, inclusive, como parte da orientação médica recebida para profilaxia do linfedema, que as mulheres devem limitar esforços repetitivos e evitar levantamento de pesos com o membro superior homolateral à mastectomia⁽²³⁾. Do mesmo modo, a Capacidade Funcional deve refletir esta gama de alterações comentadas.

Vale salientar que a morbidade originada da mastectomia tem sido pouco valorizada, apesar de comprometer fundamentalmente a qualidade de vida. Estudo aponta para uma reflexão acerca do cuidado, quando da valorização da qualidade de vida das mulheres tratadas por câncer de mama, independente do estágio de evolução da doença. E que o ponto de partida para essa qualidade abrangeria a tomada de decisão acerca dos tratamentos e dos protocolos de seguimento, aliados a maior valorização da reabilitação física e psicossocial, possibilitando à mulher práticas que lhe garantam melhor qualidade de vida⁽⁸⁾.

A melhor pontuação em ambos os grupos foi em relação aos Aspectos Sociais, seguido de Estado Geral de Saúde, Saúde Mental, Vitalidade. Na comparação com o grupo de pessoas saudáveis dessas quatro dimensões, apenas o Estado Geral de Saúde se equiparou ao grupo de saudáveis. Mesmo sendo as melhores pontuações da amostra, as dimensões Aspectos Sociais, Saúde Mental e Vitalidade apresentaram ainda mais comprometidas do que o detectado no grupo referido de saudáveis⁽²⁴⁾.

O SF-36 permitiu gerar de modo resumido pontuações referentes a apenas dois aspectos: físico e mental. A pontuação destes aspectos não derivou simplesmente da média das pontuações referentes às dimensões incluídas em cada aspecto, houve ponderação diferente para a contribuição de cada dimensão para a pontuação final dos dois aspectos. O aspecto físico foi determinado pelas dimensões: Capacidade Funcional e Limitação por Aspectos Físicos, principalmente; e menos pela Dor e Estado Geral de Saúde. O aspecto mental incluiu: Saúde Mental, que teve ponderação maior e predomina como influenciador da pontuação deste aspecto, seguido em ordem decrescente de importância por Aspectos Emocionais, Aspectos Sociais, Vitalidade.

A constatação de melhores pontuações da amostra das dimensões relacionadas ao aspecto mental (Aspectos Sociais, Saúde Mental) em contraposição às dimensões relacionadas ao aspecto físico (Limitação por Aspectos Físicos, Capacidade Funcional, Dor) pode ser devido ao fato de que o aspecto mental depende da adaptação psicológica positiva frente a uma situação crônica de doença. Esta adaptação não é exclusiva das mulheres mastectomizadas, pois ocorre em toda doenças crônicas⁽²⁵⁾.

CONCLUSÕES

O estudo demonstrou que não houve diferença entre os grupos do nível de qualidade de vida nas dimensões mensuradas pelo SF-36, porém maior número de comorbidades no grupo de estudo.

As mulheres no grupo de estudo apresentaram mais comorbidades capazes de influenciar negativamente, e com caráter somatório à condição de mastectomizada, a qualidade de vida.

Pela presença de mais comorbidades no grupo de estudo, a igual pontuação em relação ao grupo controle poderia significar um efeito positivo da participação em grupo de autoajuda, que teria sido capaz de igualar o nível de qualidade de vida das mulheres participantes do grupo de estudo com as do controle que possuíam menor número de comorbidades.

Ponderando os dois grupos, as mulheres mastectomizadas apresentaram pior pontuação referente à dimensão denominada Limitação por Aspectos Físicos e melhor pontuação referente à dimensão Aspectos Sociais. A combinação de três comorbidades nas mulheres mastectomizadas, considerando os dois grupos (n=48), determinou nível menor de qualidade de vida nas dimensões Capacidade Funcional, Dor e Estado Geral de Saúde.

REFERÊNCIAS

1. Lima MJB, Portela MC. Elaboração e avaliação da confiabilidade de um instrumento para medição da qualidade de vida relacionada à saúde de idosos independentes. *Cad Saúde Pública*. 2010; 26(8):1651-62.
2. Santos PR. Qualidade de vida relacionada à saúde entre pacientes de baixa renda em hemodialise. In: Cruz J, Cruz HMM, Kirsztajn, Barros RT. *Atualidades em nefrologia*. 11^a ed. Sarvier: São Paulo; 2010. p. 428-34.
3. Avis NE, Crawford S, Manuel J. Quality of life among younger women with breast cancer. *J Clin Oncol*. 2005; 23(15):3322-30.
4. Torres AF, Figueira Filho ASS. Avaliação da qualidade de vida de mulheres com câncer de mama: um novo desafio para a mastologia. *Rev Bras Mastologia*. 2010; 20(1):42-7.
5. Makuf ASD, Dias RC, Barra AA. Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer de mama. *Rev Bras Cancerol*. 2006; 52(1):49-58.
6. Moreira ECH, Manaia CAR. Qualidade de vida das pacientes mastectomizadas atendidas pelo serviço de fisioterapia do Hospital Universitário da Universidade estadual de Londrina. *Semina Ciênc Biol Saúde*. 2005; 26(1):21-30.
7. Veloso MMX. Qualidade de vida subsequente ao tratamento para câncer de mama [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública; 2001.
8. Almeida AM, Prado MAS, Guidorizzi LLF, Rossini FP. Mulheres com câncer de mama: um estudo de morbidade. *Acta Oncol Bras*. 2002; 22(2):263-9.
9. Schneider IJC, D'Orsi E. Sobrevida em cinco anos e fatores prognósticos em mulheres com câncer de mama em Santa Catarina, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25(6):1285-96.
10. Marshall JG, Cowell JM, Campbell ES, McNaughton DB. Regional variations in cancer screening rates found in women with diabetes. *Nurs Res*. 2010; 59(1):34-41.
11. Braithwaite D, Tammemagi CM, Moore DH, Ozanne EM, Hiatt RA, Belkora J, et al. Hypertension is independent predictor of survival disparity between African-American and White breast cancer patients. *Int J Cancer*. 2009; 124(5):1213-9.
12. Jordan S, Lim L, Vilainerun D, Banks E, Sripaiboonkij N, Seubsman AS, et al. Breast cancer in the Thai Cohort study: an exploratory case-control analysis. *Breast*. 2009; 18(5):299-303.
13. Mehnert A, Koch U. Psychological comorbidity and health-related quality of life and its association with awareness, utilization, and need for psychosocial support in a cancer register-based sample of long-term breast cancer survivors. *J Psychosom Res*. 2008; 64(4):383-91.
14. Klabunde CN, Legler JM, Warren JL, Baldwin LM, Schrag D. A refined comorbidity measurement algorithm for claims-based studies of breast, prostate,

- colorectal, and lung cancer patients. *Ann Epidemiol.* 2007; 17(8):584-90.
15. Ciconelli RM. Tradução para o português e validação do questionário de avaliação de qualidade de vida Medical outcomes study 36-item short form health survey (SF-36) [tese]. São Paulo (SP): Universidade Federal de São Paulo; 1997.
 16. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2010.
 17. Fernandes AFC, Mamede MV. Câncer de mama-mulheres que sobreviveram. Fortaleza (CE): Editora UFC; 2003.
 18. Zimerman DE. Fundamentos básicos das grupoterapias. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 2000.
 19. Barbosa ICFJ, Fernandes AFC, Silva RM, Gurgel AH. Beneficio de la terapia grupal en la rehabilitación de mujeres mastectomizadas. *Rev Enferm IMSS.* 2002; 10(2):79-84.
 20. Gonçalves SROS, Arrais FMA, Fernandes AFC. As implicações da mastectomia no cotidiano de um grupo de mulheres. *Rev Rene.* 2007; 8(2):9-17.
 21. Silva DGV, Francione FF, Natividade MSL, Azevedo M, Sandoval RCB, Di'Lourenzo VM. Grupos como possibilidade para desenvolver educação em saúde. *Texto Contexto Enferm.* 2003; 12(1):97-103.
 22. Gomes FA, Panobiano MS, Ferreira CB, Kebbe LM, Meirelles MCCC. Utilização de grupos na reabilitação de mulheres com câncer de mama. *Rev Enferm UERJ.* 2003; 11(3):292-5.
 23. Hopman WM, Towheed T, Anastassiades T, Tenenhouse A, Poliquins S, Berger C, et al. Canadian normative data for the SF36 health survey. *CMAJ.* 2000; 163(3):265-71.
 24. Pereira LC, Chang J, Fadil-Romão MA, Abensur H, Araújo RT, Noronha IL, et al. Qualidade de vida relacionada à saúde em paciente transplantado renal. *J Bras Nefrol.* 2003; 25(1):10-6.
 25. Santos PR, Pontes LRSK. Mudança do nível de qualidade de vida em portadores de insuficiência renal crônica terminal durante seguimento de 12 meses. *Rev Assoc Med Bras.* 2007; 53(4):329-34.

Recebido: 30/11/2010

Aceito: 20/08/2011