

QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES MASTECTOMIZADAS SUBMETIDAS OU NÃO À RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA IMEDIATA

Luana Farias dos Santos¹

Thais Nogueira de Oliveira Martins²

Camila Baldissera³

Adriana Brondani Pagliarin Silva⁴

Hedioneia Maria Foletto Pivetta⁵

Resumo:

O câncer (CA) de mama é uma doença cujo impacto do diagnóstico e do tratamento podem afetar a qualidade de vida (QV) das pacientes mesmo após o término do tratamento. Nesse contexto, as técnicas de reconstrução mamária representam um importante avanço no tratamento do CA de mama, pois permitem que a mulher que já realizou a mastectomia ou que tem indicação de realizá-la possa vivenciar um processo de reabilitação menos traumático. Diante disso, o objetivo desse estudo foi comparar a QV de mulheres submetidas à mastectomia radical modificada associada à reconstrução mamária imediata ou sem reconstrução. Trata-se de um estudo transversal, comparativo e descritivo com abordagem quantitativa dos dados. Para avaliação da QV foi aplicado o European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Breast Cancer Module BR23 (EORTC BR-23), módulo específico para CA de mama. As participantes foram estratificadas em dois grupos: o grupo sem reconstrução mamária (SR) e o grupo com reconstrução mamária imediata (RI) com 11 mulheres em cada grupo. As características sociodemográficas, clínicas e de tratamento oncológico não diferiram entre os grupos. Os escores nos diferentes domínios do EORTC BR23 não apresentaram diferença entre os grupos. Com relação à Escala funcional (EF), nota-se que os escores de imagem corporal foram considerados elevados, denotando que as mulheres apresentaram boa aceitação da auto imagem corporal. No entanto, a função sexual, o prazer sexual e as perspectivas futuras tiveram escores mais baixos, demonstrando ser pouco satisfatória. Nossos resultados vão ao encontro de um estudo que investigou a QV e a satisfação após diferentes abordagens cirúrgicas e diferentes tipos de reconstrução e que também não encontraram diferenças nos domínios da EF. No que tange as perspectivas futuras, que geralmente estão relacionadas ao medo de recidiva, podem representar uma importante limitação da QV, nesse sentido, fazer a reconstrução mamária não confere maior preocupação ou medo em relação ao futuro. Observa-se que de maneira geral as mulheres apresentaram efeitos colaterais oriundos do tratamento oncológico, como observado na Escala da sintomas (ES), no entanto, os escores obtidos foram

considerados baixos, não representando comprometimentos mais sérios. Isso pode ser justificado pelo fato das participantes terem realizado o tratamento cirúrgico, a quimioterapia e a radioterapia há alguns meses e que portanto, a sintomatologia apresentada não seria tão evidente. No presente estudo não foi encontrado diferença na QV mulheres que realizaram ou não reconstrução mamária imediata pós mastectomia radical modificada.

Palavras-chave: Mamoplastia; Neoplasias da mama; Qualidade de vida

Modalidade de Participação: Pesquisador

QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES MASTECTOMIZADAS SUBMETIDAS OU NÃO À RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA IMEDIATA

¹ Aluno de pós-graduação. fisioluana7@gmail.com. Autor principal

² Aluno de pós-graduação. thais.nogueiramartins@gmail.com. Co-autor

³ Aluno de pós-graduação. vinicius.mpiveta@gmail.com. Co-autor

⁴ Aluno de pós-graduação. osteoepilates@gmail.com. Co-autor

⁵ Docente. hedioneia@yahoo.com.br. Co-orientador



QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES MASTECTOMIZADAS SUBMETIDAS OU NÃO À RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA IMEDIATA

1. INTRODUÇÃO

O câncer (CA) de mama é uma doença cujo impacto do diagnóstico e do tratamento podem afetar a qualidade de vida (QV) das pacientes mesmo após o término do tratamento (KLUTHCOVSKY; URBANETZ, 2012). Atualmente, aumentar o tempo de sobrevida livre da doença não é o único foco do tratamento do CA de mama, pois a integridade corporal e o bem estar da paciente repercutem diretamente sobre a QV das mesmas (RONDELO et al., 2014).

Nesse contexto, as técnicas de reconstrução mamária representam um importante avanço no tratamento do CA de mama, pois permitem que a mulher que já realizou a mastectomia ou que tem indicação de realizá-la possa vivenciar um processo de reabilitação menos traumático (PAREDES, et al., 2013; RONDELO et al., 2014). Entretanto, os resultados encontrados na literatura quanto à reconstrução mamária são bastante divergentes sobre a QV (INOCENTI et al., 2016; HOLLAND; ARCHER; MONTAGUE, 2016).

Diante disso, o objetivo desse estudo foi comparar a QV de mulheres submetidas à mastectomia radical modificada associada à reconstrução mamária imediata ou sem reconstrução.

2. METODOLOGIA

O presente estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Maria sob o parecer nº 1.468.794.

Trata-se de um estudo transversal, comparativo e descritivo com abordagem quantitativa dos dados, realizado nos ambulatórios de Fisioterapia e de Mastologia do Hospital Universitário de Santa Maria, bem como Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Santa Maria – RS e em uma clínica de mastologia da cidade, no período de abril à setembro de 2016.

Para avaliação da QV foi aplicado o *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Breast Cancer Module BR23* (EORTC BR-23), módulo específico para CA de mama. Esse módulo é composto por 23 questões e é subdividido em duas escalas, a Escala de Sintomas (ES) que abrange questões da sintomatologia na mama, no braço e os efeitos do tratamento e a Escala Funcional (EF) que engloba questões sobre a sexualidade e imagem corporal. Os escores obtidos nas escalas variam de 0 à 100.

Para elegibilidade, foram incluídas no estudo mulheres que realizaram cirurgia de mastectomia radical modificada unilateral, associada ou não à linfadenectomia, com reconstrução mamária imediata à cirurgia, a partir de materiais aloplásticos

(silicone ou expensor) ou sem reconstrução, na faixa etária de 35 a 60 anos, com um pós-operatório mínimo de três meses e no máximo de cinco anos, e que deveriam ter finalizado a quimioterapia e radioterapia há pelo menos três meses.

Foram excluídas do estudo mulheres que realizaram a mastectomia radical modificada bilateral; as que apresentassem diferença entre os membros maior ou igual a 2,5 cm durante a realização da perimetria dos membros superiores em pelo menos dos pontos avaliados; portadoras de patologias musculoesqueléticas e reumatológicas diagnosticadas ou referidas previamente à cirurgia.

As participantes foram estratificadas em dois grupos: o grupo sem reconstrução mamária (SR) e o grupo com reconstrução mamária imediata (RI) com 11 mulheres em cada grupo.

Os dados foram analisados inicialmente por meio da estatística descritiva para representação dos grupos da amostra. Previamente à realização dos testes de hipóteses foi utilizado o teste de normalidade de Shapiro-Wilk. A comparação de variáveis contínuas e simétricas foi realizada através do teste t de student bicaudal para amostras independentes, já para as assimétricas foi utilizado o teste U de Mann-Whitney. As variáveis categóricas foram comparadas através do teste Exato de Fisher. O nível de significância adotado foi de 5%.

3. RESULTADOS e DISCUSSÃO

As características sociodemográficas, clínicas e de tratamento oncológico estão representados na tabela 1.

Tabela 1. Características sociodemográficas, clínicas e de tratamento oncológico

Variáveis	RI (n = 11)		SR (n = 11)		p
	n (%)	Média ± DP	n (%)	Média ± DP	
Idade (anos)		49,55 ±5,22		49,73± 7,77	0,95
Cor da pele					
Branca	10 (90,9)		5 (45,5)		
Não Branca	1 (9,1)		6 (54,5)		
Tempo de cirurgia (meses)		21,27±15,26		22,45± 15,67	0,86
Abordagem Axilar					0,31
BLS	4 (36,4)		1 (9,1)		
EA	7 (63,6)		10 (90,9)		
Tratamento Adjuvante					
QT	8 (72,7)		11 (100)		0,21
RT	3 (27,3)		8 (72,7)		0,86

Dados expressos em número de sujeitos e porcentagem n (%) e Média ± Desvio Padrão; RI - mastectomia radical modificada associada à reconstrução mamária imediata; SR - mastectomia radical modificada sem reconstrução; BLS - Biópsia do linfonodo sentinela; EA - Esvaziamento axilar; QT -Quimioterapia; RT – Radioterapia.

A avaliação da QV no EORTC-QLQBR23 está apresentada na tabela 2.

Tabela 2. Escores do EORTC-QLQ BR 23 para a amostra avaliada.

Escala	Domínio	RI (n=11)	SR (n=11)	p
		Média±EP	Média±EP	
Escala Funcional*	Imagem corporal	82,5±8,5	62,8±11,8	0,20
	Função sexual	40,9±9,1	40,9±11,01	0,99
	Prazer sexual	45,4±12,9	36,4±10,5	0,65
	Perspectivas futuras	45,4±9,2	36,4±9,5	0,50
Escala de Sintomas**	Ef. colaterais terapia sistêmica	14,3±3,1	19,9±4,2	0,29
	Sintomas da mama	19,7±5,8	16,6±6,3	0,60
	Sintomas do braço	23,2±5,5	26,2±6,4	0,72
	Queda de cabelo	15,5±8,2	6,1±4,1	0,53

Dados expressos em Média ± Erro Padrão; *Quanto mais próximo de cem, melhor a Qualidade de Vida Global; **Quanto mais próximo de cem, pior a Qualidade de Vida Global; RI - mastectomia radical modificada associada à reconstrução mamária imediata; SR - mastectomia radical modificada sem reconstrução; Ef. Colaterais terapia sistêmica - Efeitos colaterais da terapia sistêmica.

As técnicas de reconstrução mamária têm sido amplamente utilizadas por conferir benefícios estéticos e psicológicos à mulher, minimizando o impacto físico e emocional ocasionado pelo tratamento oncológico (AZEVEDO; LOPES, 2010), entretanto, em nosso estudo, não foram encontradas diferenças significativas intergrupos em relação à QV.

Com relação à EF, nota-se que os escores de imagem corporal foram considerados elevados, demonstrando que as mulheres apresentaram boa aceitação da auto imagem corporal após o tratamento cirúrgico. No entanto, a função sexual, o prazer sexual e as perspectivas futuras tiveram escores mais baixos, demonstrando ser pouco satisfatória. Esse resultado pode ser justificado pelo fato da mama ser considerada um importante símbolo da sexualidade, e esta, resulta de uma interação complexa de múltiplos fatores, como a anatomia, fisiologia, aspectos psicológicos, culturais, relações interpessoais, experiências evolutivas, além do relacionamento com o parceiro (VERENHITACH et al., 2014).

Nossos resultados vão ao encontro de um estudo que investigou a QV e a satisfação após diferentes abordagens cirúrgicas e diferentes tipos de reconstrução e que também não encontraram diferenças nos domínios da EF (HAN et al., 2009). No que tange as perspectivas futuras, que geralmente estão relacionadas ao medo de recidiva, podem representar uma importante limitação da QV (FANGEL et al., 2013), nesse sentido, fazer a reconstrução mamária não confere maior preocupação ou medo em relação ao futuro.

Observa-se que, de maneira geral, as mulheres apresentaram efeitos colaterais oriundos do tratamento oncológico, como observado na ES, embora, os escores obtidos foram considerados baixos, não representando comprometimentos mais sérios. Isso pode ser justificado pelo fato das participantes terem realizado o tratamento cirúrgico, a quimioterapia e a radioterapia há alguns meses e que, portanto, a sintomatologia apresentada não seria tão evidente.

Tais achados corroboram com o estudo que avaliou 45 mulheres após a biópsia do linfonodo sentinela e encontrou que, mesmo após 21,3 meses (em média)

da cirurgia, as participantes ainda referiam sintomas do tratamento oncológico (VELLOSO; BARRA; DIAS, 2011).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em geral, a terapia oncológica, tem impacto na vida das pacientes com CA de mama e, mesmo após o término do tratamento, as repercussões negativas sobre a QV dessas mulheres podem permanecer. Com o aumento da sobrevida, monitorar a QV dessas mulheres durante o seguimento torna-se imprescindível na prática clínica de qualquer profissional que esteja inserido no processo de reabilitação.

No presente estudo não foi encontrado diferença na QV mulheres que realizaram ou não reconstrução mamária imediata pós mastectomia radical modificada.

5. REFERÊNCIAS

AZEVEDO, R.F.; LOPES, R.L.M. Revisando as contribuições da reconstrução mamária para mulheres após a mastectomia por câncer. *Revista de Enfermagem*, v.18, n.2, p.298-303, 2010.

FANGEL, L.M.V. et al. Qualidade de vida e desempenho de atividades cotidianas após tratamento das neoplasias mamárias. *Acta Paulista Enfermagem*, v.26, n.1, p.93-100, 2013.

HAN, J. et al. Quality of life and satisfaction after breast cancer operation. *Archives of Gynecology Obstetrics*, 282:75–82, 2010.

HOLLAND, F.; ARCHE, S., MONTAGUE, J. Younger women's experiences of deciding against delayed breast reconstruction post-mastectomy following breast cancer: An interpretative phenomenological analysis. *Journal of Health Psychology*, v. 21, n.8, p. 1688-99, 2016.

INOCENTI, A. et al. Repercussão dos efeitos da cirurgia reconstrutora na vida de mulheres com neoplasias da mama. *Texto Contexto Enferm.* v. 25, n. 2, e4520014, 2016.

KLUTHCOVSKY, A.C.G.C.; URBANETZ, A.A.L. Qualidade de vida em pacientes sobreviventes de câncer de mama comparada à de mulheres saudáveis. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 34, n. 10, p. 453-458, 2012.

PAREDES, C.G. et al. Impacto da reconstrução mamária na qualidade de vida de pacientes mastectomizadas atendidas no Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Universitário Walter Cantídio. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, v. 28, n. 1, p. 100-104, 2013.

RONDELO, J.C. et al. Qualidade de vida em pacientes submetidas à reconstrução de mama com retalho miocutâneo transversal do reto abdominal. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, v. 29, n.1, p. 79-83, 2014.

VELLOSO, F.S.B.; BARRA, A.A.; DIAS, R.C. Functional performance of upper limb and quality of life after sentinel lymph node biopsy of breast cancer. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, v. 15, n. 2, p.146-153, 2011.

VERENHITACH, B.D. et al. Câncer de mama e seus efeitos sobre a sexualidade: uma revisão sistemática sobre abordagem e tratamento. *FEMINA*. v. 42, n.1, 2014.