

PERCEPÇÃO CORPORAL E QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES QUE REALIZARAM MASTECTOMIA OU QUADRANTECTOMIA, E QUE FORAM ACOMPANHADAS OU NÃO PELO SERVIÇO DE FISIOTERAPIA

Maria Thais Rodrigues (IC) e Gisela Rosa Franco Salerno (Orientador)

Apoio: PIBIC Mackenzie

RESUMO

Objetivo: Analisar os fatores que influenciam a qualidade de vida e a percepção corporal em mulheres submetidas às cirurgias de quadrantectomia ou mastectomia, com ou sem reconstrução mamária e que realizaram acompanhamento fisioterapêutico. **Metodologia:** Participaram deste estudo 16 mulheres, com faixa etária entre 18 e 60 anos. As participantes foram avaliadas por meio dos instrumentos "Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast+4 (FACT-B+4)" e "Escala de Imagem Corporal (BIS)". **Resultados e discussão:** A faixa etária mais prevalente foi entre 51 aos 60 anos, 87,5% das participantes era casada e 50% possuía o ensino superior completo. Além disso, a maioria realizou a cirurgia de Mastectomia (75%) e 50% fez acompanhamento com a Fisioterapia. A média do escore total do FACT B+4 foi de 109,8 pontos, indicando uma boa qualidade de vida para a maioria das participantes, sendo que os domínios de bem estar social/familiar e bem estar emocional apresentaram as menores pontuações. No questionário BIS a média do escore total foi de 7,9, indicando baixo sofrimento em relação à imagem corporal, da maioria das participantes. Contudo questões relativas à insatisfação e sexualidade apresentaram maiores médias. **Conclusão:** De acordo com a amostra investigada descritores relacionados à bem estar social, familiar e emocional, insatisfação com o corpo e sexualidade foram mais evidenciados como fatores predisponentes de alterações na qualidade de vida e na autoimagem corporal. Entre as participantes que realizaram mastectomia e acompanhamento com a fisioterapia a percepção corporal foi mais favorável, se comparada às que não realizaram.

Palavras-chave: Câncer de mama, mastectomia, quadrantectomia.

ABSTRACT

Objective: To analyze factors that influence quality of life and body perception in women submitted to quadrantectomy or mastectomy surgeries, with or without breast reconstruction, and who underwent physiotherapeutic follow-up. **Methodology:** Participated in this study 16 women, participants were evaluated using the "Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast + 4 (FACT-B + 4)" and "Body Image Scale (BIS)" instruments. **Results and**

discussion: The most prevalent age group was between 51 and 60 years of age, 87.5% of the participants were married and 50% had completed higher education. In addition, the majority underwent mastectomy surgery (75%) and 50% underwent physical therapy. The mean FACT B + 4 score was 109.8 points, indicating a good quality of life for most of the participants, with the areas of social / family well-being and emotional well-being showing the lowest scores. In the BIS questionnaire, the mean of the total score was 7.9, indicating low suffering in relation to the body image of the majority of participants. However, issues related to dissatisfaction and sexuality presented higher averages. **Conclusion:** Descriptors related to social, familial and emotional well-being, body dissatisfaction and sexuality were more evidenced as predisposing factors of changes in quality of life and body self-image. Among the participants who underwent mastectomy and physical therapy follow-up, body perception was more favorable compared to those who did not.

Keywords: Breast cancer, mastectomy, quadrantectomy.

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, o câncer de mama é o segundo mais frequente no sexo feminino, o primeiro é o câncer de pele não melanoma. Atualmente, a sobrevivência das mulheres diagnosticadas tem aumentado, devido ao avanço tecnológico e de recursos como opções de tratamento e diagnóstico precoce (LOTTI *et al.*, 2008).

No entanto, todo o período de diagnóstico, tratamento e posterior acompanhamento provocam instabilidade e alterações físicas, psicológicas, emocionais e até econômicas na vida da mulher e de sua família. Considerando este fato, pesquisas têm sido realizadas com a finalidade de medir a qualidade de vida relacionada à saúde (LOTTI *et al.*, 2008), bem como as alterações de percepção corporal em decorrência do câncer de mama e o tratamento (CASTRO *et al.*, 2016; ALMEIDA *et al.*, 2012; SANTOS e VIEIRA, 2011).

Diante do exposto, surge a necessidade de estudos que também analisem a relevância da atuação da fisioterapia nesta população. Desta forma, este estudo teve como objetivo analisar os fatores que influenciam a qualidade de vida e a percepção corporal em mulheres submetidas às cirurgias de quadrantectomia ou mastectomia, com ou sem reconstrução mamária e que realizaram acompanhamento fisioterapêutico.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

O câncer de mama é a neoplasia maligna mais incidente na população feminina em todo o mundo (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER - INCA, 2011). Apresenta historicamente maior incidência nos países desenvolvidos, porém as taxas têm aumentado também nos países em desenvolvimento. Em 2008 representou 23% do total de casos de câncer no mundo (INCA, 2011; MARTINS *et al.*, 2013).

Representa cerca de 20% do total de casos de câncer e 15% das mortes por essa condição. A taxa de incidência aumenta a partir dos 25 anos e apresenta maior concentração de casos entre 45 e 50 anos, após essa faixa etária a taxa cresce de forma mais lenta (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). Dados do Instituto Nacional de Câncer estimam 58 mil novos casos de câncer de mama no Brasil para o biênio 2016/2017. São Paulo tem uma taxa estimada de 73,21 casos para cada 100 mil mulheres.

Quando diagnosticada, a mulher passa a lidar com um conflito interno que envolve o medo da progressão da doença e possível morte, o sofrimento físico por conta de quimioterapia, radioterapia, hormonioterapia e tratamentos complementares, além da alteração corporal em decorrência de tratamento cirúrgico (LOTTI *et al.*, 2008; KAPPAUN e FERREIRA, 2008; MALUF *et al.*, 2005).

A quadrantectomia é considerada uma das técnicas cirúrgicas conservadoras para o tratamento do câncer de mama, e é definida como a retirada da região mamária que corresponde ao tumor, incluindo pele e fáscia do músculo peitoral maior. É importante que haja a remoção de um volume de tecido sadio, para uma margem cirúrgica livre de células neoplásicas. Quanto maior o volume de tecido retirado, menor será a probabilidade de recorrência local devido a células neoplásicas remanescentes. Contudo, a maior retirada de tecido implica em resultado estético menos satisfatório (TIEZZI, 2007).

Já a mastectomia, visa à remoção invasiva de todas as células cancerígenas presentes no tecido mamário e regiões próximas, costuma ser adotada após análise do tipo histológico do tumor e seu tamanho, considerando a idade e escolha da paciente, e por vezes o tratamento pré-estabelecido e protocolado pelo serviço de atendimento. A retirada do tecido mamário pode ser parcial ou total, de acordo com as características do caso clínico (ARAÚJO *et al.*, 2012). É um procedimento radical que pode afetar a autoimagem corporal, autoestima e sexualidade das mulheres, intensificando o sentimento de angústia e ansiedade (KAPPAUN e FERREIRA, 2008; ALMEIDA, 2006).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define qualidade de vida como “a percepção do indivíduo de sua inserção na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (OMS, 1995). No entanto, não existe uma única definição ou conceito, pois a sua abordagem é diretamente relacionada ao assunto que deseja ser tratado, ou seja, envolve diversos fatores que podem incluir saúde, felicidade e satisfação pessoal do indivíduo, estilo de vida, condições financeiras e sociais, entre outros (ALMEIDA *et al.*, 2012; PEREIRA *et al.*, 2012).

O termo “imagem corporal” engloba questões complexas e relativas à auto percepção, opinião, pensamentos e sentimentos individuais do próprio corpo, essa imagem pode ser influenciada por uma série de fatores, como as relações sociais, aspectos fisiológicos e psicológicos, que incluem a ocorrência de doenças (KAPPAUN e FERREIRA, 2008).

As questões relativas à percepção e avaliação corporal envolvem fatores de feminilidade; incluindo beleza e atração física, maternidade; pela impossibilidade de amamentar, e qualidade de vida; o comprometimento funcional do membro superior, com a redução de mobilidade e presença de dor. Fatores advindos da ocorrência de linfedema, por conta de dissecação de linfonodos do sistema linfático, responsável por drenar líquidos e metabólitos celulares, além da alteração de sensibilidade tátil no seio após a reconstrução, e

possível retração do tecido cicatricial do corte cirúrgico (SOUSA *et al.*, 2013; ARAÚJO *et al.*, 2012; SANTOS e VIEIRA, 2011; CANTINELLI *et al.*, 2006).

A interação complexa e permanente entre fatores biológicos, sociais, emocionais e físicos, confirma a necessidade de acompanhamento e atendimento focados na mulher em si, além do tratamento da patologia. Garantindo tratamento integral, mais humanizado e condizente com os aspectos da doença (SILVA *et al.*, 2004; Ministério da Saúde, 2014).

Nesse contexto, o tratamento fisioterapêutico é essencial em todas as fases do câncer de mama; no período de tratamento adjuvante (quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia), prevenindo e minimizando as complicações advindas dessa fase. No pré-operatório, para analisar e identificar as alterações já existentes e os fatores de risco para consequências pós-operatórias (MAGNO, 2009). A Fisioterapia visará à melhora física das pacientes, e em fase pós-operatória atuará estimulando a movimentação global, reduzindo a ocorrência do linfedema e promovendo melhor cicatrização tecidual (FERRO *et al.*, 2003).

Espera-se que a intervenção fisioterapêutica contribua de forma indireta para uma estabilização positiva do estado emocional e psicológico dessas mulheres. Facilitando a aceitação corporal e de autoimagem, reduzindo a ocorrência de crises de ansiedade e depressão e conseqüentemente estimulando melhor qualidade de vida, funcionalidade e produtividade na vida.

3. METODOLOGIA

Este é um estudo transversal, contendo pesquisa teórica e de campo. O referencial teórico foi selecionado de acordo com a literatura disponível em bases de dados sobre qualidade de vida, percepção e imagem corporal, aspectos psicológicos e emocionais pós mastectomia e quadrantectomia, e de estudos já realizados que envolvam a intervenção fisioterapêutica nessa população.

Foram convidadas a participar deste estudo mulheres, entre 18 e 60 anos, em fase de pós mastectomia ou quadrantectomia, há no mínimo 3 meses. Elas receberam um “link” por e-mail, por meio da ferramenta “Google Formulários”, contendo esclarecimentos sobre a pesquisa e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), após a leitura era possível aceitar ou não a participação no estudo.

Após aceitarem, eram encaminhadas para uma nova página, contendo questionário a respeito de dados sociodemográficos, incluindo idade, estado civil, escolaridade, há quanto tempo recebeu diagnóstico, tipo de cirurgia realizada, se houve reconstrução mamária e se realizou acompanhamento com a fisioterapia.

Posteriormente, para avaliação da qualidade de vida, responderam ao questionário Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast+4 (FACT-B+4) versão 4, traduzido e validado para a população brasileira (MICHELS *et al.*, 2012). A utilização desta ferramenta foi autorizada pela “FACIT.org” que gerencia e detém os direitos de utilização de alguns questionários relacionados à qualidade de vida. O FACT B+4 é específico para qualidade de vida em pacientes com câncer de mama, incluindo morbidade do braço em pacientes submetidos à cirurgia para o tratamento. Possui 41 questões divididas em seis domínios: 1 - Bem estar físico (sete itens), 2 - Bem estar social/familiar (sete itens), 3 - Bem estar emocional (seis itens), 4 - Bem estar funcional (sete itens), 5 - Preocupações adicionais – Câncer (dez itens) e 6 - Preocupações adicionais – Braço (quatro itens). No entanto, o ultimo domínio não é incluído no calculo do escore total (BRADY *et al.*, 1997).

As respostas são apresentadas em uma escala do tipo Likert, que variam de 0 a 4, no qual 0 = Nada, 1= Muito pouco, 2= Pouco, 3= Muito, 4= Muitíssimo. O calculo do escore é feito separadamente para cada domínio. As respostas são somadas, multiplicadas pela quantidade de itens no domínio e por fim, divididas pelo numero de questões respondidas. Caso haja questões sem respostas, o valor atribuído a elas será a media das respostas do domínio em questão. Algumas questões devem ter o valor revertido, para isso subtrai-se 4 pontos do valor da questão: (4 – valor da questão). Os resultados de cada domínio são somados, gerando um valor entre 0 e 148 pontos. Quanto maior o escore melhor a qualidade de vida.

Por fim, foi aplicada a Escala de Imagem Corporal (BIS), que foi traduzida e validada para o Português por Moreira *et al.* em 2009, para detectar alterações na percepção e aceitação da imagem corporal. Constituída de 10 questões dispostas em uma escala tipo Likert, em que 0= Nada, 1= Um pouco, 2= Moderadamente e 3= Muito. O escore final pode variar de 0 a 30 pontos, e é dado pela soma de todos os itens, quanto mais alta a pontuação maior o indicio de sofrimento relacionado ao corpo por conta de alterações causadas pelo câncer de mama.

Por se tratar de uma amostra pequena, este foi um estudo piloto e os dados resultantes estão apresentados de forma descritiva e em tabelas, com porcentagens, média e desvio padrão.

4. RESULTADO E DISCUSSÃO

Participaram deste estudo 16 mulheres com idade entre 18 e 60 anos, sendo que a faixa etária compreendida entre 51 e 60 anos é a mais prevalente (56,3%), a maior parte das mulheres são casadas (87,5%) e possuem ensino superior completo (50%) (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica das participantes.

VARIÁVEIS	n (16)	%
Faixa etária		
18-30	1	6,3
31-40	3	18,8
41-50	3	18,8
51-60	9	56,3
Estado civil		
Solteira	2	12,5
Casada	14	87,5
Divorciada	0	0
Viúva	0	0
Outro	0	0
Escolaridade		
Fundamental I - Completo	0	0
Fundamental I - Incompleto	1	6,3
Fundamental II - Completo	0	0
Fundamental II - Incompleto	1	6,3
Ensino médio - Completo	5	31,3
Ensino médio - Incompleto	1	6,3
Superior - Completo	8	50
Superior - Incompleto	0	0

Fonte: Elaborada pelo autor.

Segundo o Ministério da Saúde (2014), existem alguns fatores de risco estabelecidos para o desenvolvimento do câncer de mama, que são relacionados à vida reprodutiva da mulher, a saber, menarca precoce, nuliparidade, primeira gestão acima dos 30 anos, utilização de anticoncepcionais orais, menopausa tardia e terapia de reposição hormonal. Contudo o fator idade ainda é um dos mais importantes, a taxa de incidência cresce rápida e progressivamente até cerca de 50 anos, posteriormente o crescimento ocorre de forma mais lenta.

Esta mesma taxa é relativamente baixa em mulheres jovens, ou a baixo dos 35 anos. Segundo Pollán (2014, apud PINHEIRO *et al.*, 2013) e Axelrod (2008, apud PINHEIRO *et al.*, 2013), estes casos costumam serem os de pior prognóstico, pois geralmente o diagnóstico é feito quando há um quadro sintomatológico presente, o que significa um estágio mais avançado da doença. Assim, a taxa de mortalidade é maior e a sobrevida livre da doença é menor.

Além disso, mulheres jovens que são diagnosticadas tendem a apresentar maiores dificuldades para lidar com a nova condição. Segundo estudos, elas são mais vulneráveis à ansiedade, com preocupações relativas ao tempo de sobrevivência, efeitos estéticos do tratamento cirúrgico, e possíveis dificuldades no trabalho, vida conjugal e maternidade. Por outro lado, mulheres mais velhas tendem a lidar melhor com essas questões (HOWARD-ANDERSON *et al.*, 2012; AVIS *et al.*, 2005).

De acordo com a tabela 2, 68,8% das mulheres recebeu o diagnóstico de Câncer de Mama há 1 ano ou mais, 75% delas realizou a cirurgia de Mastectomia e 25% de Quadrantectomia, sendo que a maioria passou pela reconstrução mamária imediatamente (43,8%) e em 87,5% dos casos houve retirada de linfonodos da região axilar. 37,5% indicaram que realizaram Quimioterapia e Radioterapia, e no que diz respeito à Fisioterapia, 50% teve acompanhamento, a maioria em atendimento individual (75%).

Tabela 2. Caracterização da amostra de acordo com dados da doença e do tratamento.

VARIÁVEIS	n (16)	%
Diagnóstico		
0-6meses	3	18,8
6-12 meses	2	12,5
1 ano ou mais	11	68,8
Tipo de cirurgia		
Mastectomia	12	75
Quadrantectomia	4	25
Reconstrução		
Imediata	7	43,8
Tardia	3	18,8
Não realizou	6	37,5
Linfonodos		
Retirou	13	87,5
Não retirou	2	12,5
Tratamento		
Quimioterapia	4	25
Radioterapia	1	6,1
Ambas	6	37,5
Nenhuma	5	31,3
Tratamento fisioterapeutico		
Sim	8	50
Não	8	50
	n(8)	%
Individual	6	75
Em grupo	1	12,5
Domiciliar	1	12,5

Fonte: Elaborada pelo autor.

Segundo Bregagnol e Dias (2010), após o tratamento cirúrgico a articulação mais afetada é o ombro, pois o membro superior homolateral à operação mantém-se em maior hipomobilidade, e em alguns casos há a retirada de tecido muscular, aumentando o prejuízo à movimentação, principalmente para flexão e abdução. Também podem ser observadas alterações posturais, além de outros fatores que podem agravar a situação, como o esvaziamento axilar, dor, aderência do tecido cicatricial e a sensação de vergonha que algumas pacientes desenvolvem.

A literatura é clara sobre os benefícios da fisioterapia no período de pré e pós operatório. O profissional atua com orientações a cerca das posturas mais adequadas, conscientização sobre a importância da realização dos exercícios propostos, para uma boa

e rápida evolução. Os exercícios envolvem alongamento, movimentos passivos, ativo-assistido ou ativo, mobilização do membro superior, inicialmente com amplitude limitada, exercícios posturais simples e dinâmicos, automassagem da cicatriz e de drenagem linfática. E a partir do 15º dia de pós-operatório é possível realizar a terapia de forma mais ativa, com a amplitude de movimento sendo alcançada no menor tempo possível, sempre considerando as limitações individuais de cada paciente (SOUSA *et al.*, 2013; JAMMAL *et al.*, 2008).

De acordo com Silva *et al.* (2004) as mulheres que realizam fisioterapia apresentam um tempo de recuperação menor, conseguem retornar às suas atividades diárias, ocupacionais e desportivas mais rápido. A amplitude de movimento é readquirida, além da força muscular, coordenação, boa postura, autoestima, minimização de complicações pós-operatórias, tudo isso levando a uma melhor qualidade de vida, foco investigado em nossa pesquisa

Entre as 12 participantes deste estudo que realizaram a Mastectomia, 6 realizaram acompanhamento com a fisioterapia e 6 não realizaram, de acordo com a tabela 3. A média do escore total do FACT B+4 para as que realizaram o acompanhamento foi 104,9 (DP± 18,4), um pouco menor que a média das que não realizaram fisioterapia, que foi 119,5 (DP± 26,9). E a média do questionário BIS foi 6,2 (DP±8,9) para as que realizaram e 9,5 (DP±6) para as que não realizaram. Todas estas médias podem ser consideradas positivas, uma vez que o escore máximo do FACT B+4 é 148, e quanto mais alto melhor é a qualidade de vida. E o escore máximo do questionário BIS é 30, e quanto mais baixo menos indício de sofrimento com questões relativas à imagem corporal.

Tabela 3. Médias e DP dos escores dos questionários aplicados, para as participantes que realizaram Mastectomia, subdivididas entre as que realizaram fisioterapia e as que não realizaram.

PARTICIPANTES QUE REALIZARAM MASTECTOMIA							
Com Fisioterapia (n=6)				Sem Fisioterapia (n=6)			
Escore FACT B+4		Escore BIS		Escore FACT B+4		Escore BIS	
Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
104,9	18,4	6,2	6	119,5	26,9	9,5	8,9

Fonte: Elaborada pelo autor.

Apesar das diferenças nas médias entre os grupos serem pequenas, o grupo que realizou fisioterapia apresentou escore mais baixo para o BIS, sugerindo menos dificuldades com a percepção corporal. E apresentou média mais baixa para o FACT B+4, indicando pior qualidade de vida, quando comparado ao grupo que não realizou fisioterapia. Este dado não condiz com a literatura existente sobre o tema, pois, como já mencionado acima, diversos estudos comprovam o efeito positivo da fisioterapia com pacientes nesta condição.

Neste estudo as participantes indicaram apenas se realizaram fisioterapia ou não, e caso sim, se foi individual, em grupo ou terapia domiciliar. Não foi realizada uma pesquisa

mais detalhada a respeito de quanto tempo fizeram terapia, de quais condutas e técnicas foram utilizadas, e ainda se elas perceberam, além do efeito físico, o impacto psicossocial do tratamento com a fisioterapia para sua qualidade de vida. Além disso, dados relativos à alimentação e medicamentos também são importantes para esta avaliação, e não foram coletados na pesquisa. Estes são fatores limitantes do estudo, além do n pequeno da amostra, que podem justificar as médias encontradas para a qualidade de vida mais baixa nas mulheres que fizeram fisioterapia.

Apenas quatro participantes passaram pela cirurgia de Quadrantectomia, sendo que 3 delas não realizaram fisioterapia, tornando-se inviável a comparação entre elas.

A média do escore total do questionário FACT B+4 para todas as participantes foi 109,8 (DP±22,6), que sugere uma boa qualidade de vida da maioria delas. Já nos subescores do mesmo questionário a média mais baixa foi no descritor “Bem estar social/familiar” (20,2 pontos, DP±5,9), seguido de “Bem estar emocional” (20,8 pontos, DP±4,3), como demonstra a tabela 4.

Tabela 4. Distribuição dos valores de Média e Desvio Padrão (DP) do questionário FACT B+4, de acordo com cada domínio e o escore final.

FACT B +4 (n 16)		
Escores por domínios	Média	DP
Físico	21,9	4,8
Social/Familiar	20,2	5,9
Emocional	20,8	4,3
Funcional	21,1	7,3
Preocupações adicionais - Câncer	25,8	7,3
Preocupações adicionais - Braço	13,5	5,6
Escore Total	109,8	22,6

Fonte: Elaborada pelo autor.

De acordo com os dados apresentados é possível verificar que os fatores social e familiar apresentam maior peso sobre a qualidade de vida das participantes deste estudo. Sales *et al.* (2001) realizaram pesquisa para identificar mudanças no funcionamento social, fontes de apoio familiar e social e a qualidade de vida de mulheres diagnosticadas com câncer de mama. Ao todo, foram realizadas 50 entrevistas, com mulheres em idades entre 32 e 77 anos, que avaliaram positivamente sua qualidade de vida.

No entanto, apesar de indicarem ter recebido apoio familiar e social, nem todas se sentiram melhor. Os autores concluíram que as dificuldades de funcionamento social são decorrentes mais de alterações psicossociais do que físicas, sugerindo que este deve ser o foco do trabalho das equipes multiprofissionais de saúde. O que corrobora com o outro subescore em destaque, “Bem estar emocional”.

Avelar *et al.* (2006) utilizaram o questionário FACT B e a Escala Hospitalar de Ansiedade de Depressão para avaliar 85 mulheres que realizaram mastectomia e

quadrantectomia, aplicando os questionários antes da cirurgia e 6 semanas após. Os piores escores do FACT B foram associados com ansiedade e depressão. E os descritores “bem estar emocional, físico e funcional” apresentaram relação significativa com as preocupações adicionais relacionadas ao câncer, ansiedade e depressão. Houve uma melhora nos escores na segunda avaliação, porém 25% das participantes continuaram ansiosas e 14% deprimidas.

Em estudo, King et al. (2000, apud EBERHARDT e LINS, 2017) verificaram que mulheres com maior escolaridade apresentavam melhores escores em relação a qualidade de vida, quando comparadas a mulheres com escolaridade mais baixa. O mesmo estudo indicou que mulheres casadas também apresentavam melhor escore de qualidade de vida global, em relação a mulheres solteiras. Contudo, o impacto da mastectomia sobre a imagem corporal é maior sobre as mulheres casadas.

Este perfil se assemelha aos das participantes do presente estudo que, são mais velhas, casadas, possuem ensino superior completo, e de modo geral, indicam uma boa qualidade de vida. Para a maioria delas a dificuldade no bem estar social/familiar envolve a insatisfação com a vida sexual, e que a família fique excessivamente preocupada com o seu bem estar global, possivelmente isso agrava o bem estar emocional, justificando os escores mais baixos para ambos descritores.

Na escala BIS, que é utilizada para detectar dificuldades na aceitação da imagem corporal, a média do escore foi 7,9 (DP±7), indicando baixo sofrimento da maioria das participantes no que diz respeito à percepção corporal, como se observa na tabela 5.

Tabela 5. Distribuição dos valores de Média e DP da Escala BIS, de acordo com cada pergunta e o escore total.

ESCALA BIS (n 16)		
Perguntas	Média	DP
1 - Tem se sentido constrangida ou inibida com a sua aparência?	0,8	1
2 - Sentiu-se menos atraente fisicamente devido à sua aparência?	0,94	1
3 - Tem se sentido insatisfeito com a sua aparência quando está vestida?	0,44	0,73
4 - Tem se sentido menos feminina por causa da doença ou do tratamento?	0,63	0,81
5 - Teve dificuldade em olhar para o seu corpo, nua?	1,1	1,2
6 - Tem se sentido menos atraente sexualmente como resultado da sua doença ou tratamento?	1	0,97
7 - Evitou encontrar-se com pessoas devido à forma como se sentia em relação à aparência?	0,4	0,8
8 - Tem sentido que o tratamento deixou o seu corpo "menos completo"?	0,9	0,7
9 - Sentiu-se insatisfeita com o seu corpo?	1	1,2
10 - Tem se sentido insatisfeita com a aparência da sua cicatriz?	0,8	1,2
Escore Total	7,9	7

Fonte: Elaborada pelo autor.

No entanto, verifica-se que algumas questões apresentam médias mais elevadas em comparação com as outras, sugerindo maior desconforto nestes quesitos. A pergunta com maior média foi a 5 (1,1, DP±1,2), seguida das perguntas 6 (1, DP±0,97) e 9 (1, DP±1,2).

Como é possível verificar, estas questões são relativas à insatisfação com a imagem corporal e a sexualidade.

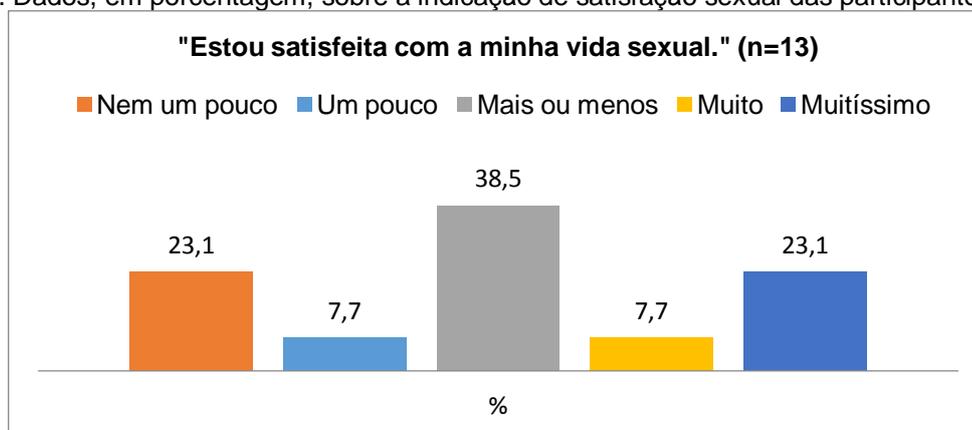
A discussão a respeito do impacto da cirurgia, conservadora ou radical, e da reconstrução mamária sobre a percepção corporal não apresenta um consenso na literatura. Existem estudos que apontam a mastectomia, com ou sem reconstrução, como um fator negativo para a autoimagem corporal, quando comparada a quadrantectomia. Bem como existem outros estudos que não apresentam diferenças entre a realização da mastectomia com reconstrução imediata e a quadrantectomia (EBERHARDT e LINS, 2017).

Araújo *et al.* (2012) realizaram pesquisa descritiva e transversal, com 20 mulheres, com faixa etária dentre 30 e 60 anos, com objetivo de descrever e analisar a representação da imagem corporal em mulheres mastectomizadas. Observaram que a maioria apresenta uma imagem corporal desfavorável, sendo que o tipo de cirurgia, o estado civil e a faixa etária foram as variáveis que mais influenciaram uma percepção corporal negativa, enquanto que variáveis como o tipo de terapia e reconstrução cirúrgica não tiveram influência sobre a percepção corporal.

Por fim, Kappaun e Ferreira (2008) ressaltam que cada mulher reage à situação imposta de acordo com sua imagem corporal anterior, uma vez que esta envolve o histórico de vida e também o contexto social, familiar e econômico da mulher.

No presente estudo a função sexual foi avaliada apenas por meio da pergunta 6 do questionário BIS: "Tem se sentido menos atraente sexualmente como resultado da sua doença ou tratamento?", e de uma questão do questionário FACT B+4 no domínio "Bem estar social/familiar": "Estou satisfeita com a minha vida sexual", de acordo com o gráfico 1.

Gráfico 1. Dados, em porcentagem, sobre a indicação de satisfação sexual das participantes (n=13).



Fonte: Elaborado pelo autor.

Essa questão era opcional e 3 mulheres optaram por não responde-la, entre as 13 que responderam. 38,5% indicou a resposta "Mais ou menos" para sua satisfação sexual,

23,1% indicaram “Nem ou pouco” e “Muitíssimo”, e 7,7% responderam como “Um pouco” e “Muito”. Nota-se que a porcentagem de insatisfação é maior do que a de satisfação neste grupo.

Estes dados são compatíveis com os de estudos já realizados, que indicam que mulheres submetidas a tratamento cirúrgico podem desenvolver disfunções sexuais, devido a sentimentos de vergonha, angústia, medo, sensação de mutilação do corpo e outros. (FERREIRA *et al.*, 2013; AZEVEDO *et al.*, 2006). Não existe um consenso sobre qual tratamento cirúrgico pode causar mais dano à sexualidade desta mulher, alguns estudos indicam que a Mastectomia sem a reconstrução da mama obviamente gera maiores problemas com a função sexual e a imagem corporal (SANTOS *et al.*, 2014; CESNIK e SANTOS, 2012). Porém, outro estudo indica uma piora da função sexual para todas as participantes da pesquisa, sendo que a maioria delas havia realizado cirurgia conservadora (BIGLIA *et al.*, 2010).

Nesse contexto, os profissionais da saúde são de extrema importância para o reestabelecimento da função sexual de forma prazerosa após o período de adoecimento e tratamento, oferecendo orientações e reflexões sobre o tema (SANTOS *et al.*, 2014). É importante ressaltar que o conceito de sexualidade se altera de acordo com a percepção da própria mulher e o ambiente social em que ela vive, e mais uma vez a vivência pessoal dela influenciará nesse processo de aceitação da nova condição.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os descritores relacionados à bem estar social, familiar e emocional, insatisfação com o corpo e sexualidade foram mais evidenciados como fatores predisponentes de alterações na qualidade de vida e na autoimagem corporal.

Entre as participantes que realizaram mastectomia e acompanhamento com a fisioterapia a percepção corporal foi mais favorável, se comparada às que não realizaram.

6. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, R.A. Impacto da mastectomia na vida da mulher. **Rev SBPH [online]**. v.9, n.2, p. 99-113, 2006.

ALMEIDA, T.R.; GUERRA, M.R.; FILGUEIRAS, M.S.T. Repercussões do câncer de mama na imagem corporal da mulher: Uma revisão sistemática. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.22, n.3, p. 1003-1029, 2012.

ARAUJO, I.B.; OLIVEIRA, E.A.; MENDES, C.K.T.T.; CARVALHO, A.G.C.; BARROS, M.F.A.; MARINHOS, S.A.; LUCENA, N.M.G. Representação da imagem corporal em mulheres mastectomizadas. **Rev Bra Cien Saúde**. v.16, n.2, p. 73-82, 2012.

AVELAR, A.M.A.; DERCHAIN, S.F.M.;CAMARGO, C.P.P.; LOURENÇO, L.S.;SARIAN, L.O.Z; YOSHIDA, A. Qualidade de vida, ansiedade e depressão em mulheres com câncer de mama antes e após a cirurgia. **Rev. Ciênc. Méd. Campinas**, v.15, n.1, p. 11-20, Jan./Fev. 2006.

AVIS, N.E.; CRAWFORD, S.; MANUEL, J. Quality of life among younger women with breast cancer. **Journal of Clinical Oncology**. v.23, n.15, p. 3322-3330, Mai, 2005.

BIGLIA, N.; MOGGIO, G.; PEANO, E.; SGANDURRA, P.; PONZONE, R.; NAPPI, R.E.; SISMONDI, P. Effects of surgical and adjuvant therapies for breast cancer on sexuality, cognitive functions, and body weight. **The Journal of Sexual Medicine**. v. 7, n.5, p.1891-1900, Mai.2010.

BRADY, M.J.;CELLA, D.F, MO, F.; BONOMI, A.E.; TULSKY, D.S.;LLOYD, S.R.; DEASY, S.; COBLEIGH, M.; SHIOMOTO, G.Reability and validity of the Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast quality-of-life instrument. **Journal of Clinical Oncology**. v.15, p. 974-986, 1997.

BREGAGNOL, R.K.; DIAS, A.S. Alterações funcionais em mulheres submetidas à cirurgia de mama com linfadenectomia axilar total. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v.56, n.1, p.25-33, 2010.

CANTINELLI, F.S.; CAMACHO, R.S.; SMALETZ, O.; GONSALES, B.K.; BRAGUITTONI, E., RENNÓ Jr., J. A oncopsiquiatria no câncer de mama - Considerações a respeito de questões do feminino. **Rev Psiq Clín**. v.33, n.3, p. 124-133, 2006.

CASTRO, E.K.K.; LAWRENZ, P.; ROMEIRO, F.; LIMA, N.B.;HAAS, S.A. Percepção da doença e enfrentamento em mulheres com câncer de mama. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. v.32, n.3, p.1-6, jul./set., 2016.

CESNIK, V.M.; SANTOS, M.A. Desconfortos físicos decorrentes dos tratamentos do câncer de mama influenciam a sexualidade da mulher mastectomizada?. **Rev Esc Enferm USP**. v.46, n.4, p.1001-1008, 2012.

EBERHARDT, A.C.; LINS, S.L.B.; Qualidade de vida e a cirurgia em cancro de mama: Revisão narrativa da literatura. **Rev. CES Psicol**. v.10, n.1, p.35-47, 2017.

FERREIRA, S.M.A.; PANOBIANCO, M.S.; GOZZO, T.O.; ALMEIDA, A.M. A sexualidade da mulher com câncer de mama: Análise da produção científica de enfermagem. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v.22, n.3, p.835-842, jul./set. 2013.

FERRO, A.D.M.; GONTIJO, A.D.M.; BOTTARO, M.; VIANA, J. Os efeitos do tratamento fisioterapêutico na biomecânica morfofuncional no pós-operatório do câncer de mama. **Trabalho conclusão curso pós-graduação latu sensu em Fisiologia do Exercício e Avaliação-Morfofuncional**. Rio de Janeiro: Universidade Gama Filho, 2003.

HOWARD-ANDERSON, J.;GANZ, P.A.;BOWER, J.E.; STANTON, A.L. Quality of life, fertility concerns, and behavioral health outcomes in younger breast cancer survivors: A systematic review. **Journal of the National Cancer Institute**. v.104, n.5, p. 386-405, 2011.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Estimativa 2012: Incidência de câncer no Brasil. **Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação Geral de Ações Estratégicas, Coordenação de Prevenção e Vigilância**. – Rio de Janeiro: Inca, 2011.

JAMMAL, M.P.; MACHADO, A.R.M.; RODRIGUES, L.R. Fisioterapia na reabilitação de mulheres operadas por câncer de mama. **O Mundo da Saúde**. São Paulo, v.32, n.4, p.506-510, 2008.

KAPPAUN, N.R.C.; FERREIRA, M.E.C. A imagem corporal de mulheres mastectomizadas. **HU Revista**, Juiz de Fora, v.34, n.4, p. 243-248, out./dez. 2008.

LOTTI, R.C.B.; BARRA, A.A.; DIAS, R.C.; MAKLUF, A.S.D. Impacto do tratamento de câncer de mama na qualidade de vida. **Rev Bras Cancerologia**. v.54, n.4, p. 367-371, 2008.

MACHADO, S.M.B.; BERGMANN,A. Qualidade de vida de mulheres brasileiras com câncer de mama: Revisão sistemática de literatura. **Corpus et Scientia**, Rio de Janeiro v.8, n.3, p. 139-153, dez. 2012

MAGNO, R.B.C. Bases reabilitativas de fisioterapia no câncer de mama. **Monografia de Conclusão de Curso para obtenção de Bacharelado em Fisioterapia**. Rio de Janeiro: Universidade Veiga de Almeida, 2009.

MALUF, M.F.M.; JO MORI, L.; BARROS, A.C.S.D. O impacto psicológico do câncer de mama. **Rev Bras Cancerologia**. v.51, n.2, p.149-154, 2005.

MARTINS, C.A.; GUIMARÃES, R.M.; SILVA R.L.P.D., FERREIRA A.P.S.; GOMES, F.L.; SAMPAIO, J.R.C., SOUZA, M.D.S.; SOUZA, T.S.; SILVA, M.F.R. Evolução da mortalidade por câncer de mama em mulheres jovens: Desafios para uma política de atenção oncológica. **Rev Bras Cancerologia**. v.59, n.3, p. 341-349, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil. **Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação de Prevenção e Vigilância**. Rio de Janeiro: INCA, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Falando sobre câncer de mama. **Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância – (Conprev)** – Rio de Janeiro: MS/INCA, 2002.

MOREIRA, H.; SILVA, S.; MARQUES, A.; CANAVARRO, M.C. The Portuguese version of the Body Image Scale (BIS) – psychometric properties in a sample of breast cancer patients. **European Journal of Oncology Nursing xxx**, 2009.

PEREIRA, E.F.; TEIXEIRA, C.S.; SANTOS,A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Rev. bras. Educ. Fís. Esporte**, São Paulo, v.26, n.2, p.241-50, abr./jun. 2012.

PINHEIRO, A.B.; LAUTER, D.S.; MEDEIROS, G.C.; CARDOZO, I.R.; MENEZES, L.M.; SOUZA, R.M.B.; ABRAHÃO, A.; CASADO, L.; BERGMANN, A.; THULER, L.C.S. Câncer de mama em mulheres jovens: Análise de 12.689 casos. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v.59, n.3, p.351-359, 2013.

SALES, C.A.C.C.; PAIVA, L.; SCANDIUZZI, D.; ANJOS, A.C.Y. Qualidade de vida de mulheres tratadas de câncer de mama: Funcionamento social. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 2001, v.47, n.3, p.263-72, 2001.

SANTOS, D.B.; SANTOS, M.A.; VIEIRA, E.M. Sexualidade e câncer de mama: Uma revisão sistemática da literatura. **Saúde Soc**. São Paulo, v.23, n.4, p.1342-1355, 2014.

SANTOS, D.B.; VIEIRA, E.M. Imagem corporal de mulheres com câncer de mama: Uma revisão sistemática da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.5, p. 2511-2522, 2011.

SILVA, M.P.P.; DERCHAIN, S.F.M.; REZENDE, L.; CABELLO, C.; MARTINES, E.Z. Movimento do ombro após cirurgia por carcinoma invasor da mama: Estudo randomizado prospectivo controlado de exercícios livres versus limitados a 90° no pós operatório. **RBGO**. v.26, n.2, p. 125-130, 2004.

SILVA, S.; LOUREIRO, J.; SOUSA, G. Psicoterapia de grupo com mulheres mastectomizadas. **Trabalho de Licenciatura**, 2004. Disponível em <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0053.pdf>> Acessado em 22 de Outubro de 2015.

SOUSA, E.; CARVALHO, F.N.; BERGMANN, A.; FABRO, E.A.N.; DIAS, R.A.; KOIFMAN, R.J. Funcionalidade de membro superior em mulheres submetidas ao tratamento do câncer de mama. **Rev Bras Cancerologia**. v.59, n.3, p. 409-417, 2013.

TIEZZI, D.G. Cirurgia conservadora no câncer de mama. **Rev Bras Ginecol Obstet**. v.29, n.8, p.428-34, 2007.

Contatos: thaismrds@gmail.com e gisela.franco@mackenzie.br