

## Qualidade de vida de mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama

*Women's quality of life after breast cancer surgery*

*Calidad de vida de mujeres sometidas a cirugía oncológica de mama*

Nathália Silva Gomes<sup>1</sup>; Sueli Riul da Silva<sup>II</sup>

### RESUMO

**Objetivo:** analisar a qualidade de vida de mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama, há pelo menos um ano. **Método:** estudo observacional transversal quantitativo, com mulheres submetidas à cirurgia entre 2007 e 2009, residentes em Uberaba/MG. Utilizou-se instrumento para coleta dos dados sociodemográficos/clínicos e o WHOQOL-bref. A população foi constituída por 48 pessoas, sendo 37 entrevistadas. Utilizou-se o coeficiente de Pearson e Teste T. A investigação foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Instituição, protocolo nº 1629. **Resultados:** as mulheres tinham entre 41 e 50 anos, eram casadas, com baixa escolaridade, afastadas do trabalho e realizaram cirurgia conservadora. Domínio mais afetado da qualidade de vida: ambiental. Correlação entre o domínio social e renda familiar e entre o ambiental e idade. **Conclusão:** mesmo decorrido um longo período após o procedimento cirúrgico, as mulheres ainda possuem necessidades físicas, psicológicas, sociais, econômicas e espirituais a serem atendidas para melhoria de sua qualidade de vida.

**Palavras-chave:** Saúde da mulher; qualidade de vida; enfermagem; neoplasias da mama.

### ABSTRACT

**Objective:** to examine the quality of life of women at least one year after breast cancer surgery. **Method:** this quantitative, observational, cross-sectional study of women resident in Uberaba, Minas Gerais, who underwent breast surgery between 2007 and 2009, used a socio-demographic/clinical data collection instrument and the WHOQOL-BREF. The study population comprised 48 individuals, 37 of whom were interviewed. Pearson's coefficient and t-Test were used. The study was approved by the institution's Ethics Committee for Research with Human Subjects (Protocol 1629). **Results:** the women were between 41 and 50 years old, married, unemployed, had little education and underwent conservative surgery. The environmental QOL domain was most affected. Correlations were found between the social domain and family income and between the environmental domain and age. **Conclusion:** even long after surgery, women still have physical, psychological, social, economic and spiritual needs to be met to improve their quality of life.

**Keywords:** Women's health; quality of life; nursing; breast neoplasms.

### RESUMEN

**Objetivo:** analizar la calidad de vida de mujeres sometidas a cirugía oncológica de mama, de por lo menos un año. **Método:** estudio observacional transversal cuantitativo, con mujeres sometidas a cirugía entre 2007 y 2009, residentes en Uberaba/MG. Se utilizó instrumento para coleta de datos sociodemográficos/clínicos y el WHOQOL-bref. Población constituída por 48 personas, siendo 37 entrevistadas. Se utilizó coeficiente de Pearson y Teste T. La investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Pesquisa con Seres Humanos de la Institución, protocolo 1629. **Resultados:** las mujeres tenían entre 41 y 50 años, eran casadas, con baja escolaridad, alejadas del trabajo y realizaron cirugía conservadora. Dominio más afectado: ambiental. Correlación entre dominio social y renda familiar y ambiental y edad. **Conclusión:** mismo decorrido un longo período desde el procedimiento quirúrgico, las mujeres aún poseen necesidades físicas, psicológicas, sociales, económicas y espirituales a ser atendidas para mejoría de su calidad de vida.

**Palabras clave:** Salud de la mujer; calidad de vida; enfermería; neoplasias de la mama.

## INTRODUÇÃO

O termo câncer (CA) pode ser utilizado para representar um conjunto de mais de 100 doenças, incluindo tumores malignos de diferentes localizações. Hoje, no Brasil, especificamente o CA de mama, é visto como um problema de saúde pública, por tratar-se da neoplasia mais comum no sexo feminino, à exceção do CA de pele não melanoma<sup>1</sup>.

Quando confirmado o diagnóstico, a mulher adquire uma nova identidade. Isto porque a mama é

símbolo da beleza corporal, da fertilidade, da feminilidade e da saúde em todas as etapas da vida. Quando há ameaça de perda deste órgão, a mulher sente que sua identidade feminina está sendo questionada, bem como sua capacidade para a amamentação e sensualidade<sup>2,3</sup>.

É comum que primeiramente neguem a doença e desenvolvam a crença de que a cirurgia será o principal fator de resolução das questões de conflito. Nesta fase do diagnóstico, a preocupação principal é a sobrevivência;

<sup>I</sup>Mestre e Doutoranda em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Uberaba, Minas Gerais, Brasil. E-mail: [nathaliasilvagomes@hotmail.com](mailto:nathaliasilvagomes@hotmail.com)

<sup>II</sup>Doutora em Enfermagem Fundamental. Professora Associada, Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Uberaba, Minas Gerais, Brasil. E-mail: [sueliriul@terra.com.br](mailto:sueliriul@terra.com.br)

<sup>III</sup>Parte da dissertação: *Autoestima e qualidade de vida de mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama há pelo menos um ano*, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, 2011.

depois com o tratamento prescrito e, posteriormente, com a rotina frente sua nova condição de saúde<sup>2,4,5</sup>.

Os tratamentos visam a retirada do tumor, a interrupção de suas vias de drenagem através dos linfonodos, a caracterização prognóstica, a prevenção contra metástases e o tratamento destas<sup>6</sup>. Dentre as diferentes modalidades terapêuticas, o ato cirúrgico, especificamente, é visto como agressivo e preocupante, conduzindo as mulheres a apresentarem alterações emocionais<sup>4</sup>. Comumente, elas não estão preparadas para se submeterem a uma cirurgia de retirada da mama. Carregam consigo sentimentos alternados de consternação, estado de tranquilidade, tensão relacionada à cirurgia, acolhimento familiar, conforto espiritual e fé no tratamento ou cura<sup>7</sup>.

Concomitantemente às mudanças sentidas no nível corporal, tem-se certa incapacidade de assumir os compromissos sociais e alterações em relação ao convívio social. Isto devido, em parte, ao preconceito e ao estigma que resulta no afastamento de algumas pessoas e em situações de constrangimento, dificultando a elaboração das mulheres acerca do CA<sup>2</sup>. Por isto, é importante que a mulher tenha uma rede social de apoio que não a permita desistir e que torne mais fácil o enfrentamento da doença<sup>2,8</sup>.

Quando conseguem superar com êxito os tratamentos propostos, se deparam com uma nova etapa - *ter que conviver com o câncer*, visto que após o término do tratamento, precisam certificar-se da resposta do organismo à doença. Há necessidade de adequação do estilo de vida, marcado por preocupações e pela prática rigorosa e periódica de exames<sup>5</sup>.

A espera pelos resultados é marcada por insegurança, ansiedade e angústia, pois determinarão o caminho a ser seguido. Portadoras do CA de mama relatam que se anteriormente, com o diagnóstico, tinham medo da morte, após a realização dos tratamentos, o medo é de ter que se submeter novamente a eles<sup>5</sup>. Mas, apesar disto, as alterações psicopatológicas são menores que quando o diagnóstico estava pendente<sup>3</sup>.

Considerando-se os impactos negativos citados anteriormente e por tratar-se de uma doença crônico-degenerativa, o CA de mama pode afetar a qualidade de vida (QV) das pacientes, além do término do tratamento<sup>9</sup>.

Dessa forma, constitui-se objetivo deste estudo analisar a qualidade de vida de mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama, há pelo menos um ano.

Há diferentes conceitos para QV, devido à complexidade da terminologia, pois inclui uma variedade de condições que a afetam, como: a percepção do indivíduo, seus sentimentos e comportamentos relacionados ao seu funcionamento diário, e não se limitando, ao estado de saúde e intervenções médicas<sup>10</sup>.

Para o Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde, QV é "a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto de cultura e sistema de valores nos quais está inserido e em relação aos seus

objetivos, expectativas, padrões e preocupações"<sup>11:26</sup>.

Independentemente do conceito utilizado, de modo geral, o paciente oncológico sofre uma deterioração progressiva, limitações funcionais, físicas e psicológicas que aumentam com o tempo e conduzem a uma dependência dos familiares, dos cuidadores e da equipe de saúde hospitalar, afetando a QV do portador de CA e de seus familiares<sup>12</sup>.

Há divergência na literatura relacionada à QV de mulheres sobreviventes do CA de mama, comparada com grupos controles. Alguns observaram pior QV para sobreviventes de CA de mama, outros relataram não haver diferenças ou apresentaram melhores escores de QV em relação a grupos controles<sup>9</sup>.

Assim, o estudo da QV justifica-se pelos paradigmas que influenciam as políticas e práticas da área da saúde nos últimos anos. Considerando-se a multifatorialidade e complexidade dos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, tanto a saúde quanto a doença são considerados como um *continuum*, relacionado aos aspectos econômicos e socioculturais, à experiência pessoal e ao estilo de vida. Desta forma, a QV passou a ser um dos resultados esperados, tanto nas políticas públicas como nas práticas assistenciais para os campos da promoção da saúde e da prevenção de doenças<sup>4</sup>. Além de ser uma abordagem mais abrangente e humanista para o tratamento do CA<sup>10</sup>.

## METODOLOGIA

Estudo observacional transversal com abordagem quantitativa desenvolvido na Clínica de Ginecologia e Obstetria (CGO) do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC/UFTM) através de busca ativa. Foram incluídas mulheres maiores de 18 anos de idade, submetidas à cirurgia oncológica de mama na CGO/HC/UFTM há pelo menos um ano, no período de 2007 a 2009, residentes no município de Uberaba/MG e que concordaram em participar do estudo.

Para a coleta de dados foram utilizados dois instrumentos. O primeiro contendo os dados sociodemográficos e clínicos das mulheres submetidas à cirurgia. Posteriormente, para avaliação da QV, foi utilizada a versão abreviada em português do Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde, o WHOQOL-bref<sup>11,13</sup>. Este é composto por quatro domínios, sendo eles: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. As respostas são obtidas através de uma pontuação que varia de um a cinco, sendo que os escores mais altos denotam melhor QV.

A população do estudo foi constituída por 48 pessoas. Dessas, 37 foram entrevistadas, visto que quatro mudaram de endereço e não foram encontradas; duas mudaram de cidade; duas não se encontravam em Uberaba no período de coleta de dados; duas faleceram e uma não foi encontrada nos registros hospitalares. Os dados foram digitados em

planilhas do *Microsoft Excel*® para formatação do banco de dados. Para o cálculo dos escores do instrumento de QV foi usado o programa de computador *Statistical Package for Social Science (SPSS)* versão 11.5, ressalta-se que no caso do *WHOQOL-bref* há uma sintaxe oferecida pelo *WHOQOL Group*<sup>13</sup>. Para a análise bivariada de variáveis quantitativas utilizou-se o coeficiente de *Pearson* e para a análise entre desfechos quantitativos e variáveis explicativas categóricas a comparação de médias entre grupos conhecidos. Utilizou-se ainda a análise pelo Teste T para amostras independentes objetivando avaliar variáveis quantitativas e categóricas e, verificar se os resultados obtidos foram estatisticamente significativos ( $p \leq 0,05$ ). Os valores de  $p$  devem ser interpretados na hipótese de que a casuística constitui uma amostra aleatória simples de uma população com características similares.

A presente investigação teve início após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFTM, sob o protocolo nº 1629.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Caracterização sociodemográfica

Entre as 37 mulheres que participaram do estudo, a média de idade encontrada foi de 56,11 anos, com mediana de 53 anos e variando de 36 a 90 anos. A maioria delas, 23(62,1%), encontrava-se na faixa etária de 41 a 60 anos. A média de anos de estudo sem repetir a mesma série foi de 6,24 anos, sendo que 4(10,8%) delas nunca frequentaram a escola e apenas 3(8,1%) estudaram mais de 12 anos.

A maior parte das mulheres encontrava-se casa da no momento da entrevista. A presença do parceiro mostra-se significativa no enfrentamento da doença, por facilitar a reintegração da mulher no contexto familiar<sup>2</sup>.

Com relação à religião, nenhuma mulher intitulou-se sem religião ou citou alguma outra fora as contidas no questionário (católica, evangélica ou espírita). Das respondentes, 27(73%) consideram-se praticantes e 10(27%) não praticantes. Quando os recursos internos são escassos, a busca pela religião pode ser uma das formas encontradas para diminuir o impacto do enfrentamento do CA de mama. Assim, a fé adquire a função de estabelecer um pacto com a vida e de se conseguir um aliado contra a doença<sup>14</sup>.

A renda média mensal da família foi de R\$1.646,49 e mediana de R\$1.500,00. A maioria, 25(67,6%) mulheres, trabalhava anteriormente à cirurgia, porém, até o momento da entrevista, somente 11(29,7%) haviam voltado ao trabalho. A média de retorno foi de 5 meses após a cirurgia, variando de 15 dias a 22 meses.

Algumas razões relatadas para a não retomada do trabalho são as limitações físicas resultantes do tratamento, incompatíveis com a função realizada anteriormente; a dificuldade em conciliar papéis; e mudança nas prioridades da vida. O desejo em retornar ao trabalho era motivado pelo anseio de ocuparem o seu tempo com uma atividade útil e socialmente valorizada e, para auxiliarem

financeiramente suas famílias. Pois, caso não trabalhassem, somar-se-ia o fato de estarem onerando os gastos familiares ao atestado de sua condição de dependência<sup>15</sup>.

### Caracterização clínica

Quanto à caracterização clínica, o tempo médio após a cirurgia das mulheres foi de 31,7 meses anteriores à entrevista. Uma maior proporção realizou cirurgia conservadora do lado esquerdo, 23(62,2%), sendo que destas, para 2(5,4%) a cirurgia foi bilateral. A predominância da cirurgia conservadora sobre a radical, também, foi encontrada em outros estudos, confirmando a tendência atual de escolha pela cirurgia conservadora<sup>8-10</sup>. Alguns estudos prospectivos randomizados têm mostrado que a taxa de sobrevivência não está relacionada ao tipo de cirurgia, levando à escolha pela cirurgia conservadora por constituir-se menos mutiladora<sup>16</sup>.

Em relação aos tratamentos complementares, a hormonioterapia foi realizada por 29(78,4%) mulheres, a radioterapia (RT) por 18(48,6%), a quimioterapia (QT) adjuvante por 15(40,5%) e a QT neoadjuvante por 7(18,9%) das pacientes. Comparando-se o número de cirurgias conservadoras e clientes que realizam a RT, há uma diferença de duas pessoas, tais números deveriam ser equivalentes, devido à obrigatoriedade de RT após uma cirurgia conservadora.

Destacam-se 4(10,8%) mulheres que fizeram a reconstrução mamária, sendo que o tempo de realização desta variou entre 3 a 20 meses anteriores à data da entrevista. A média foi de 13,25 meses e a mediana 15. Muitas demonstraram interesse em realizar tal procedimento, porém eram acometidas por dúvidas e medos, principalmente a dor. Elas desconheciam a obrigatoriedade da cirurgia plástica reparadora da mama pela rede do Sistema Único de Saúde, nos casos de mutilação decorrente do tratamento para câncer<sup>17</sup>.

As motivações mais comuns para a realização da reconstrução mamária são: sentir-se completa novamente, eliminar a prótese mamária externa, variar quanto ao estilo de roupas, melhorar a autoestima e desejo em retomar o convívio social<sup>4</sup>.

### Qualidade de vida

No que tange à QV, dentre os 37 questionários, 18(48,6%) foram completamente aplicados pelo entrevistador e 19(51,4%) respondidos pelas próprias mulheres. Somente foram aplicados pelo entrevistador quando a cliente apresentava alguma condição clínica que a impedisse de fazê-lo ou a pedido da entrevistada. Quando houve a necessidade de aplicação dos questionários pelo entrevistador, foi relida a questão de forma pausada para não interferir na escolha das respostas.

As três primeiras questões do instrumento *WHOQOL-bref* dizem respeito à QV geral. Na primeira, quando questionadas sobre a recepção de apoio de que necessita das pessoas, 11(29,7%) disseram que o apoio

é médio; 9(24,3%) que o apoio é completo; 8(21,6%) relataram receber muito apoio; 7(18,9%) que as pessoas a apoiam muito pouco e 2(5,4%) que não recebem nenhum apoio. Geralmente, as representações relativas ao CA são negativas e associadas ao cruel e destrutivo. Na rede social, as mudanças podem ser tanto positivas (aumento da atenção e do cuidado) quanto negativas (depressão, isolamento e vergonha)<sup>2</sup>.

Quando perguntadas sobre como avaliam sua QV, 23(62,2%) disseram que está boa; 8(21,6%) que não está nem ruim nem boa; 5(13,5%) que está muito boa e 1(2,7%) que sua QV está ruim. Com o passar do tempo, há uma tendência da QV existente antes da cirurgia, e até mesmo antes do diagnóstico de CA de mama, voltar ao que era. Algumas vezes podendo até influenciar positivamente no comportamento dessas mulheres<sup>10</sup>.

Com relação à saúde, 10(27%) estão muito insatisfeitas; 9(24,3%) não estão nem satisfeitas e insatisfeitas e este mesmo quantitativo está satisfeito com sua saúde; 8(21,6%) estão insatisfeitas e apenas 1(2,7%) está muito satisfeita com sua saúde. De acordo com o que foi observado, esta insatisfação refere-se, majoritariamente, às limitações físicas e dores decorrentes da cirurgia e também à necessidade de uso de medicamentos, à rotina de consultas médicas e à realização de exames.

Apenas 4(10,8%) optaram por comentar o questionário ao final. Todas elas responderam que foi muito bom, ressaltando-se as justificativas: *fui orientada, é uma auto-avaliação e posso expressar o que sinto*.

O valor do *alfa de Cronbach* varia entre 0 e 1, sendo que os melhores níveis de consistência interna são aqueles mais próximos de um. Neste estudo, o valor indicativo de uma boa consistência interna foi de 0,7. Salienta-se que o domínio social possui apenas três itens, o que implica prejuízo do desempenho da utilização do *alfa de Cronbach* para validade interna, visto que o recomendado para este tipo de análise é a presença, de pelo menos, quatro itens<sup>13</sup>.

Pode-se visualizar que os piores escores (os menores) são relativos aos domínios ambiental e físico e, os melhores escores (os maiores) ao domínio psicológico e social, de acordo com a Tabela 1.

Estudo realizado no estado do Paraná, em 2013, comparou a QV de mulheres sobreviventes do CA de mama com mulheres saudáveis, encontrando pior QV para as sobreviventes, no que tange às avaliações de QV

geral e para os domínios físico, psicológico e ambiental<sup>9</sup>. Revisão de literatura, realizada em 2012, comparou a QV de mulheres submetidas à cirurgia radical e à cirurgia conservadora de mama; um dos estudos encontrou que após os 11 meses a QV geral e o sofrimento físico e psicológico melhoraram significativamente<sup>18</sup>. As divergências encontradas podem estar relacionadas à metodologia aplicada, às diferenças culturais, bem como pelo fato de a QV ter caráter multidimensional e abstrato, referenciado a aspectos objetivos e subjetivos da vida, podendo diferir de pessoa para pessoa e tendendo a mudar ao longo da vida.

As questões referentes ao domínio social dizem respeito às relações pessoais, apoio e atividade sexual<sup>13</sup>. Nota-se a prevalência de mulheres, 15(40,5%), satisfeitas com suas relações pessoais, assim como com sua vida sexual, 16(43,2%) e com o apoio que recebem dos amigos, 11(29,7%). Membros da família e amigos são essenciais para a reintegração no contexto social, sendo considerados fonte de força no enfrentamento das dificuldades advindas da doença e do tratamento<sup>4</sup>.

Em estudo bibliográfico, o depoimento de uma mulher mastectomizada demonstra que esta possui relações sexuais com seu parceiro, porém não se sente atrativa, por ter somente uma das mamas e esta ser pequena. Com esta fala, percebe-se a dificuldade de aceitação da nova imagem corporal repercutindo nas relações sexuais. Na presente pesquisa, pode-se inferir que a alta porcentagem de satisfação com a vida sexual esteja associada ao fato de a maior parte das mulheres serem capazes de aceitar sua aparência física e também, por terem realizado principalmente o tratamento conservador<sup>2</sup>.

As perguntas relativas ao domínio psicológico tratam dos sentimentos positivos; pensar e aprender; autoestima; imagem corporal; sentimentos negativos e espiritualidade<sup>13</sup>. Somente 2(5,4%) mulheres não aceitam ou aceitam muito pouco sua aparência física e, em contrapartida, 17(45,9%) das mulheres têm muito frequentemente sentimentos negativos como ansiedade, depressão e desespero. Considerando-se que a não aceitação da imagem corporal afeta diferentes aspectos da vida de uma pessoa, esperar-se-ia que a frequência de sentimentos negativos fosse menor ou que a porcentagem de pacientes que não aceitam sua aparência física fosse maior.

Isto demonstra que a autoimagem não é o principal desencadeador destes sentimentos, que podem

TABELA 1: Avaliação da qualidade de vida das mulheres conforme domínios do WHOQOL-bref. Uberaba, MG, 2011.

Medidas	Domínio físico	Domínio psicológico	Domínio social	Domínio ambiental
Mínimo	21,43	16,67	16,67	15,63
Máximo	82,14	95,83	91,67	78,13
Média	57,91	60,13	62,39	54,73
Mediana	64,29	58,33	66,67	56,25
Desvio padrão	16,46	17,11	20,09	13,63
Alfa de Cronbach	0,78	0,76	0,51	0,71

também ser influenciados pelo medo de recorrência da doença, medo da morte e dificuldades outras que possam estar enfrentando. Além disto, infere-se que estes sentimentos tenham se originado ainda no período de diagnóstico da doença e que permaneçam ao longo do tratamento, pois a obrigatoriedade em ter que conviver com o controle do CA e a mudança no estilo de vida são marcadas por preocupações, representadas pela prática rigorosa e periódica de exames para detecção de qualquer novo foco da doença<sup>5</sup>.

Quanto ao domínio físico, as questões referem-se a: dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação e capacidade de trabalho<sup>13</sup>. Das entrevistadas, 10(27%) disseram que a dor física as impedem extremamente de realizarem o que precisam. Dentre as complicações inerentes à intervenção cirúrgica, tem-se o linfedema, a infecção da ferida operatória e a dor crônica. A dor crônica pode ser nociceptiva (lesão de músculos e ligamentos) ou neuropática (lesão de nervos ou disfunção do sistema nervoso). Esta última, por sua vez, pode ser subdividida em quatro subtipos: dor da mama fantasma; neuralgia do intercostobraquial (a exemplo, a síndrome dolorosa pós-mastectomia); dor decorrente da presença de neuroma e a dor por lesão de outros nervos.

A maior frequência da dor não está associada ao tipo de cirurgia e sim à abordagem da axila, devido à proximidade do nervo intercostobraquial, que pode ser lesado<sup>19</sup>. É interessante observar que, apesar de queixarem que a dor física as impedem de realizar o que precisam, 19(51,4%) citam que estão satisfeitas com sua capacidade para desempenhar as atividades do dia a dia e 18(48,6%) com sua capacidade para o trabalho.

Com relação à dependência de tratamento médico, 13(35,1%) entrevistadas responderam que precisam medianamente dele. Percebeu-se que isto se deve, principalmente, à hormonioterapia, que deve ser mantida por 5 anos.

Em relação ao domínio ambiental, têm-se oito questões que abordam: segurança física, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde, informação, recreação e lazer, ambiente físico e transporte<sup>13</sup>. A maior parte das mulheres sente-se medianamente segura em sua vida diária e considera que o ambiente físico é saudável. A principal queixa quanto ao ambiente físico foi relacionada ao barulho da vizinhança.

Quando indagadas sobre o dinheiro, destaca-se que 45,9% relatam não ter nada, ou muito pouco, para satisfazer suas vontades. Condizente com outra questão, na qual 51,3% dizem não ter nenhuma, ou muito poucas oportunidades de lazer. A dificuldade financeira é citada como motivo de grandes preocupações, levando-as a abandonar o tratamento em detrimento de outras necessidades, a não usar determinados medicamentos, a não realizar alguns exames de controle e até mesmo a não comparecer aos retornos por falta de dinheiro para o transporte.

Recorda-se que das 25 mulheres que trabalhavam anteriormente à cirurgia, somente 11(44%) haviam retornado ao trabalho até a entrevista. Assim, as mulheres passam a assumir o papel de dona de casa, sem renda fixa e própria. Inúmeras clientes perguntaram quanto ao direito aos benefícios do auxílio-doença e da aposentadoria por invalidez; algumas delas chegaram a recorrer ao processo litigioso exigindo tal direito, mas na maioria dos casos este foi negado.

O auxílio-doença é um benefício de curta duração e renovável, pago devido à incapacidade temporária do trabalhador. Este auxílio cessa quando há a recuperação da capacidade para o trabalho ou devido sua transformação em aposentadoria por invalidez. De acordo com o artigo 24 da Lei nº 3.807/60, a aposentadoria por invalidez é garantida após 12 contribuições mensais, estando ou não o segurado no gozo de auxílio-doença. Normalmente, ao incapacitar-se para o trabalho, o segurado passa a gozar do auxílio-doença e, posteriormente, constatando em perícia médica que ele não tem condições de recuperar-se nem para o trabalho que exercia nem para qualquer outro tipo de atividade laboral, passa a gozar da aposentadoria por invalidez<sup>20</sup>.

Vale ressaltar que 21(56,75%) mulheres disseram que o acesso às informações de que precisam é mediano, confrontando com a assertiva em que referem estar satisfeitas com o acesso aos serviços de saúde. Esperar-se-ia que a garantia de acesso a tais serviços fosse também garantia de acesso às informações, por representarem o local ideal para as mulheres sanarem suas dúvidas, mas não é o que ocorre.

## CONCLUSÕES

A análise da QV das mulheres investigadas indicou que o domínio ambiental foi o mais afetado, havendo correlação entre domínio social e renda fixa e entre domínio ambiental e idade.

Pôde-se entender que mesmo decorrido um longo período do procedimento cirúrgico, as mulheres ainda possuem necessidades físicas, psicológicas, sociais, econômicas e espirituais a serem atendidas com vistas à melhoria de sua QV. Apesar de cada mulher ter suas particularidades, há certos traços em comum que permitem identificar aquelas que terão maior dificuldade para o enfrentamento do câncer. Assim, é fundamental um cuidado humanizado e participativo de toda a equipe envolvida, desde o recebimento do diagnóstico até o pós-operatório tardio.

Este estudo apresenta limitações por não ter analisado as co-morbidades, o estadiamento do tumor no momento do diagnóstico e do tipo de tumor, além de ter sido estudada uma população reduzida. Sugere-se que em pesquisas futuras tais dados sejam verificados, a fim de determinar sua possível influência na QV de mulheres portadoras de CA de mama.

**REFERÊNCIAS**

1. Ministério da Saúde (Br). Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2015.
2. Vieira CP, Lopes MHB, Shimo AKK. Sentimentos e experiências na vida das mulheres com câncer de mama. *Rev esc enferm USP*. 2007; 41(2):311-6.
3. García-Viniegras CRV, Blanco MG. Bienestar psicológico y cáncer de mama. *Av Psicol Latino-Am*. 2007; 25(1):72-80.
4. Gomes NS, Silva SR. Avaliação da autoestima de mulheres submetidas à cirurgia oncológica mamária. *Texto contexto-enferm*. 2013; 22(2): 509-16.
5. Salci MA, Marcon SS. A convivência com o fantasma do câncer. *Rev Gaúcha de Enferm*. 2010; 31(1):18-25.
6. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. 2ª ed. Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde; 2013.
7. Nascimento KTS, Fonsêca LCT, Andrade SSC, Leite KNS, Costa TF, Oliveira SHS. Sentimentos e fontes de apoio emocional de mulheres em pré-operatório de mastectomia em um hospital-escola. *Rev enferm UERJ*. 2015; 23(1):108-14.
8. Gomes NS, Soares MBO, Silva SR. Autoestima e qualidade de vida de mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama. *Rev Min Enferm*. 2015; 19(2):120-6.
9. Kluthcovsky ACGC, Urbanetz AAL. Qualidade de vida em sobreviventes de câncer de mama comparada à de mulheres saudáveis. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2012; 34(10):453-8.
10. Huguet PR, Morais SS, Osis MJD, Pinto-Neto AM, Gurgel MSC. Qualidade de vida e sexualidade de mulheres tratadas de câncer de mama. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2009; 31(2):61-7.
11. The Whoqol Group. Development of the WHOQOL: rationale and current status. *Int J Ment Health*. 1994; 23(3):24-56.
12. Paredes T, Simões MR, Canavarro MC, Serra AV, Pereira M, Quartilho MJ, et al. Impacto da doença crônica na qualidade de vida: comparação entre indivíduos da população geral e doentes com tumor do aparelho locomotor. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 2008; 9(1):73-87.
13. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina de Porto Alegre. Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL) 1998. Porto Alegre (RS): UFRGS; 2010. [citado em 12 jul 2016]. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/psiquiatria/psiq/whoqol1.html>
14. Silva TBC, Fernandes AFC, Santos MCL, Almeida AM. Percepção dos cônjuges de mulheres mastectomizadas com relação à convivência pós-cirurgia. *Rev esc enferm USP*. 2010; 44(1):113-9.
15. Silva G, Santos MA. Stressors in breast cancer post-treatment: a qualitative approach. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2010; 18(4):688-95.
16. Veiga DF, Campos FSM, Ribeiro LM, Archangelo Junior I, Veiga Filho J, Juliano Y, et al. Mastectomy versus conservative surgical treatment: the impact on the quality of life of women with breast cancer. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2010; 10(1):51-7.
17. Sánchez RB. Imagen corporal femenina y sexualidad en mujeres con cáncer de mama. *Index Enferm*. 2010; 19(1):24-8.
18. Majewski JM, Lopes ADF, Davoglio T, Leite JCC. Qualidade de vida de mulheres submetidas à mastectomia comparada com aquelas que se submeteram à cirurgia conservadora: uma revisão de literatura. *Ciênc saúde coletiva*. 2012; 17(3):707-16.
19. Couceiro TCM, Menezes TC, Valença MM. Síndrome dolorosa pós-mastectomia. A magnitude do problema. *Rev Bras Anestesiol*. 2009; 59(3):358-65.
20. Senado Federal (Br). Lei 3.087 - dispõe sobre a Lei Orgânica da Previdência Social. 26 ago 1960. [citado em 12 jul 2016]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/1950-1969/L3807.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/L3807.htm)