

# Qualidade de vida de mulheres com câncer de mama

## Quality of life in breast cancer survivors

Délio Marques Conde<sup>1</sup>, Aarão Mendes Pinto-Neto<sup>2</sup>, Ruffo de Freitas Júnior<sup>3</sup>, José Mendes Aldrighi<sup>4</sup>

### RESUMO

O câncer de mama é uma das neoplasias mais comuns entre mulheres. O diagnóstico e a terapia antineoplásica determinam repercussões sociais, econômicas, físicas, emocionais/psicológicas e sexuais. Os principais parâmetros empregados na avaliação dos resultados da terapia antineoplásica são a sobrevida livre de doença e a sobrevida global. Mais recentemente, a qualidade de vida (QV) tem sido considerada mais um desses parâmetros. Não existe consenso quanto à definição de QV. Porém, a maioria das definições contempla os aspectos multidimensional e subjetivo da QV. A identificação dos fatores relacionados à QV e a compreensão da forma como esses fatores contribuem para a percepção da QV são motivos de discussão, uma vez que o conceito de QV está diretamente relacionado ao contexto sociocultural em que o indivíduo está inserido. A idade ao diagnóstico, uso de quimioterapia, tipo de cirurgia, sintomas climatéricos, relacionamento conjugal e sexualidade são alguns fatores associados à QV de mulheres com câncer de mama. A QV associada a diferentes terapias antineoplásicas pode auxiliar pacientes e médicos na escolha da melhor modalidade terapêutica. Nesse sentido, o presente artigo revisa diversos aspectos da QV de mulheres com câncer de mama, apresentando e discutindo o estado atual do conhecimento sobre o tema.

**PALAVRAS-CHAVE:** Neoplasias mamárias; Qualidade de vida; Sintomas climatéricos

### ABSTRACT

Breast cancer is one of the most common malignancies among women. Its diagnosis and treatment have social, economic, physical, emotional/psychological and sexual repercussions. The main parameters used to assess the results of anticancer therapy are disease-free survival and overall survival. More recently, quality of life (QOL) has been considered an additional parameter. No consensus exists about the definition of QOL. However, most definitions take into account multidimensional and subjective aspects of QOL. The identification of factors related to QOL and comprehension of how these factors contribute to the perception of QOL are reasons for debate, since the concept of QOL is directly related to the social and cultural context in which the individual is inserted. Age at diagnosis, chemotherapy, type of surgery, climacteric symptoms, relationship between the couple, and sexuality are several factors associated with QOL in women with breast cancer. QOL associated with different antineoplastic therapies may help patients and physicians choose the best therapeutic modality. Towards this end, the current article addresses various aspects of QOL of breast cancer women, and presents the state-of-the-art knowledge on the topic.

**KEYWORDS:** Breast neoplasms; Quality of life; Climacteric symptoms

### Introdução

O câncer de mama é a segunda neoplasia maligna mais freqüente na população feminina, com uma estimativa de 48.930 casos novos para o ano de 2006 no Brasil<sup>1</sup>. O diagnóstico e o tratamento do câncer de mama associam-se a consideráveis repercussões psicológicas<sup>2</sup>. Foram descritos quadros de

Trabalho realizado no Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Goiás - UFG - Goiânia (GO) - Brasil

1 Doutor em Ginecologia e Obstetrícia, Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Goiás - UFG - Goiânia (GO) - Brasil

2 Professor Associado, Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP - Campinas (SP) - Brasil

3 Professor Adjunto, Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Goiás - UFG - Goiânia (GO) - Brasil

4 Professor Associado, Departamento de Saúde Materno Infantil, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo - USP - São Paulo (SP) - Brasil

Correspondência: Délio Marques Conde

Rua R-16, nº 96, apto. 605 - Setor Oeste - 74140-100 - Goiânia - GO - Telefone: (62) 3945-47-69 - e-mail: condedelio@uol.com.br

Recebido em: 17/1/2006

Aceito com modificações em: 17/3/2006

depressão, ansiedade, ideação suicida<sup>2</sup>, insônia<sup>3,4</sup> e medo, que inclui desde o abandono pela família e amigos até o de recidiva e morte<sup>5</sup>. Esse quadro pode contribuir para uma percepção negativa da qualidade de vida (QV)<sup>2</sup>.

Outros aspectos que podem comprometer a QV de mulheres com câncer de mama relacionam-se à diminuição da mobilidade e linfedema do membro superior<sup>6</sup>, uso de quimioterapia<sup>7</sup>, sintomas vasomotores, secura vaginal, disfunções sexuais<sup>8</sup> e dificuldades econômicas<sup>9,10</sup>. A presença de ondas de calor pode comprometer a qualidade e a duração do sono, com conseqüente piora da fadiga<sup>11</sup> e dos sintomas depressivos<sup>4</sup>.

Historicamente, a sobrevida livre de doença e a sobrevida global são os principais parâmetros empregados na avaliação dos resultados do tratamento oncológico. Porém, tornou-se evidente que eles são insuficientes. Na comparação de diferentes opções terapêuticas, a QV é um importante parâmetro a ser considerado, auxiliando médicos e pacientes a decidir com relação à terapia mais adequada<sup>8</sup>. Nesse sentido, o Food and Drug Administration (FDA) dos Estados Unidos recomendou a inclusão da avaliação da QV nos ensaios clínicos para a aprovação de novos fármacos antineoplásicos<sup>12</sup>.

No Brasil e no mundo cresce o interesse pelo estudo da QV. Em recente revisão da literatura foram identificados 11 trabalhos em língua portuguesa sobre QV, abrangendo diversas áreas<sup>13</sup>. A tradução e a validação de questionários de QV para a língua portuguesa estimularam a realização de pesquisas sobre o tema.

Considerando os vários aspectos que podem influenciar a QV de mulheres com história de câncer de mama, o presente artigo revisa a literatura e discute estudos nacionais e internacionais, apresentando o estado atual do conhecimento sobre o tema.

## Qualidade de Vida: conceitos e instrumentos

A Organização Mundial de Saúde<sup>14</sup> define QV como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Porém, outros autores entendem que QV é “a satisfação geral do indivíduo com a vida e sua percepção pessoal de bem-estar”<sup>15</sup>. Depreende-se que o conceito de QV é subjetivo e multidimensional, e que a QV é influenciada por fatores socioculturais.

Os questionários para avaliação da QV podem ser divididos em genéricos e específicos. Os questionários genéricos avaliam de forma global aspectos relacionados à QV (físico, social, psicológico, emocional, sexual). Como exemplos destacam-se o *Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey* (SF-36)<sup>16</sup> e o *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL)<sup>14</sup>. Os instrumentos específicos são capazes de avaliar de forma específica alguns aspectos da QV<sup>17</sup>. Dentre estes instrumentos são freqüentemente aplicados no estudo da QV de mulheres com câncer de mama: *European Organization for Research and Treatment of Cancer Breast Cancer-Specific Quality of Life Questionnaire* (EORTC QLQ-BR23)<sup>18</sup>, *Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast* (FACT-B)<sup>19</sup>, ao passo que no climatério destacam-se o *Menopause Specific Quality of Life Questionnaire* (MENQOL)<sup>20</sup>, *Menopause Rating Scale* (MRS)<sup>21</sup> e o *Women's Health Questionnaire* (WHQ)<sup>22</sup>. Esses questionários apresentam comprovada confiabilidade.

## Idade ao diagnóstico

Fator importante que influencia a QV é a idade ao diagnóstico<sup>7</sup>. Estudos prévios demonstraram diferenças no impacto do câncer de mama segundo a faixa-etária avaliada<sup>7,23,24</sup>. Entretanto, não há uniformidade nos estudos quanto ao conceito de mulheres jovens e idosas, o que dificulta a comparação dos resultados. Enquanto alguns autores referem-se a mulheres jovens como sendo aquelas de idade inferior a 60 anos<sup>7</sup>, outros as definem como sendo as que apresentam idade inferior a 50 anos<sup>24</sup>.

A influência da idade sobre a reação psicológica ao diagnóstico e ao tratamento antineoplásico remete-nos ao conceito de QV, uma vez que essa reação representa, ao menos parcialmente, o grau de amadurecimento em que a mulher se encontra. Além do impacto psicológico, mulheres jovens referem mais dificuldades econômicas<sup>9,10</sup> e maior número de dias perdidos no trabalho<sup>24</sup>. Em recente avaliação de mulheres com média de idade de 43 anos e de tempo de diagnóstico de aproximadamente dois anos, a ausência ao trabalho associou-se negativamente à QV<sup>24</sup>. Nesse estudo, aplicou-se o questionário FACT-B<sup>19</sup>, porém o número de dias perdidos no trabalho foi avaliado retrospectivamente. O resultado desse estudo sugere a importância do trabalho em contribuir para uma melhor QV. Porém, são necessários estudos prospectivos que

investiguem melhor essa associação e as causas dos dias perdidos no trabalho.

Em um dos maiores estudos prospectivos já realizados, com 763 participantes, o impacto do diagnóstico e do tratamento do câncer de mama foi consistentemente maior, no sentido positivo e negativo, na QV de mulheres com idade inferior a 60 anos<sup>7</sup>. Nesse estudo, foram aplicados vários instrumentos de pesquisa, destacando-se o questionário SF-36<sup>16</sup>. Para todas as idades, houve impacto positivo na dieta, com diminuição da ingestão de calorias, gordura e sal, e na atividade física, com a prática regular de exercícios. As participantes também referiram maior envolvimento com a religião. Por outro lado, houve impacto negativo na vida amorosa (considerando-se todas as idades), no trabalho e na situação econômica para as mulheres mais jovens. Nesse estudo, na segunda avaliação (em média, 6,3 anos após o diagnóstico), observou-se declínio significativo no estado geral de saúde, dor, aspectos físicos e capacidade funcional, ao passo que a saúde mental apresentou melhora significativa. Esses dados representam alterações sugestivas do processo de envelhecimento, que pode associar-se a comprometimento do componente físico e a melhora do componente mental.

Outros pesquisadores relataram que mulheres jovens vivenciam maior estresse emocional, mais dificuldade de adotar uma atitude positiva em face do diagnóstico de câncer de mama e menor habilidade de conviver com os efeitos adversos da terapia antineoplásica<sup>23</sup>. Essas mulheres expressam com maior frequência preocupações relativas à auto-imagem, sexualidade, menopausa e com a perda da fertilidade<sup>24</sup>, necessitando, portanto, de maior suporte psicossocial.

## Hormonioterapia

Tanto o tamoxifeno como os inibidores da aromatase estão sendo indicados no tratamento adjuvante e neoadjuvante do câncer de mama<sup>25,26</sup>. Apesar de apresentarem perfil de tolerabilidade melhor que o da quimioterapia, podem apresentar efeitos adversos que não devem ser desconsiderados. O aumento no risco de câncer de endométrio, eventos tromboembólicos, toxicidade ocular e ondas de calor nas usuárias de tamoxifeno, e a intensificação da mialgia, artralgia e diminuição da massa óssea, para as usuárias dos inibidores da aromatase, são alguns desses efeitos<sup>25,27-29</sup>.

O uso de tamoxifeno pode associar-se ao aparecimento ou à piora das ondas de calor<sup>27,28</sup>. Vale ressaltar que outros sintomas como artralgia, ganho de peso, alterações do humor e dificuldades de concentração são mais prováveis de relacionarem-se ao processo de envelhecimento e à menopausa do que ao tamoxifeno<sup>30</sup>. Apesar da relação com sintomas climatéricos e com outros efeitos adversos, não há evidências de que o uso de tamoxifeno associe-se à pior QV<sup>30</sup>.

Os inibidores da aromatase representam outra classe de fármacos indicados no tratamento hormonal da neoplasia de mama. Têm mostrado bons resultados em termos de sobrevida livre de doença e de incidência de câncer na mama contralateral. Mais recentemente, foram publicados os resultados de dois anos de seguimento do estudo ATAC (Arimidex, Tamoxifen Alone or in Combination), quanto à QV e à ocorrência de sintomas<sup>31</sup>. Os autores observaram que o tamoxifeno e o anastrozol apresentaram impacto similar na QV, avaliada com o questionário FACT-B<sup>19</sup>. Em relação aos sintomas, a comparação entre os dois fármacos mostrou vantagens do tamoxifeno (menos secreção vaginal, dispareunia e alteração da libido), ao passo que os benefícios do anastrozol relacionaram-se à menor prevalência de sangramento uterino e corrimento vaginal<sup>31</sup>.

Em outro estudo (MA-17)<sup>32</sup>, a QV foi avaliada por meio de um questionário genérico (SF-36)<sup>16</sup> e um específico (MENQOL)<sup>20</sup>, aplicando-se os mesmos a dois grupos de mulheres que haviam feito uso de tamoxifeno por aproximadamente cinco anos. Um grupo foi composto por usuárias de um inibidor da aromatase (letrozol) e o outro constituiu o grupo placebo. Observou-se que o inibidor da aromatase não apresentou impacto adverso na QV, porém associou-se à maior ocorrência de sintomas vasomotores.

## Cirurgia

O diagnóstico precoce e a melhor compreensão do comportamento biológico da neoplasia maligna de mama proporcionaram abordagens cirúrgicas menos mutiladoras. A cirurgia conservadora de mama, a biópsia do linfonodo sentinela e a radioterapia intra-operatória associada à cirurgia conservadora<sup>33</sup> são avanços que podem contribuir para uma melhor percepção da QV. Intuitivamente, acredita-se que essas abordagens relacionem-se à melhor QV. Porém, algumas considerações são necessárias.

A relação entre o tipo de cirurgia e aspectos associados à QV de mulheres com câncer de mama apresenta resultados conflitantes. Alguns autores relataram que mulheres submetidas à cirurgia conservadora referiram melhor auto-imagem<sup>34,35</sup>, ao passo que outros descreveram melhor adaptação psicológica entre as submetidas à mastectomia<sup>36,37</sup>, a despeito de observarem resultados similares de QV<sup>7,34,37</sup>.

Em estudo de corte transversal realizado na Alemanha, além do questionário *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Core* (EORTC QLQ-30)<sup>38</sup>, aspectos relacionados ao tratamento cirúrgico foram avaliados por meio de questões específicas<sup>34</sup>. A comparação da QV não mostrou diferenças significativas entre mulheres submetidas à mastectomia ou à cirurgia conservadora, após mediana de 3,8 anos desde a cirurgia. Porém, as respostas às questões específicas mostraram que mulheres submetidas à mastectomia relataram mais insatisfação com o resultado estético e estresse emocional associado à aparência física. Proporção significativamente maior de mulheres mastectomizadas tomaria uma decisão diferente em relação à cirurgia inicial<sup>34</sup>. Os resultados desse estudo foram confirmados em estudo prospectivo, com cinco anos de seguimento<sup>35</sup>. Questões específicas relacionadas ao tratamento cirúrgico mostraram que mulheres submetidas à mastectomia relataram estar menos atraentes e ativas sexualmente, e menos satisfeitas com a cicatriz cirúrgica. Independentemente da idade, a mastectomia associou-se negativamente à percepção da auto-imagem.

Em estudo de corte transversal, com amostra de 75 mulheres brasileiras, com média de idade de 53 anos, foram investigados os fatores associados à QV<sup>39</sup>, avaliada por meio do questionário SF-36<sup>16</sup>. Após análise multivariada, em que foram incluídas variáveis sociodemográficas e do tratamento oncológico, a cirurgia conservadora associou-se negativamente aos aspectos físicos da QV<sup>39</sup>. Possível explicação para esse resultado é o fato de mulheres submetidas ao tratamento conservador referirem freqüentemente dor, alterando a percepção do seu bem estar e limitando os benefícios da cirurgia conservadora<sup>40</sup>. Não houve impacto negativo do tipo de cirurgia na saúde mental, porém questões específicas não foram aplicadas.

O questionário SF-36<sup>16</sup> é utilizado como um indicador global de QV, identificando mais freqüentemente alterações do componente físico do que do componente mental<sup>41</sup>. Apesar de estudos ante-

riores relatarem repercussões psicológicas negativas em mulheres submetidas à mastectomia<sup>34,35</sup>, vale ressaltar que as questões utilizadas não são validadas, dificultando a reprodutibilidade dos seus resultados<sup>34</sup>. Esse fato não invalida os resultados obtidos, porém essa consideração é necessária para que a interpretação dos mesmos seja feita com cautela.

A utilização de diferentes questionários, validados ou não, dificulta a comparação dos estudos. Outro aspecto que dever ser lembrado é que mesmo a utilização de questionários específicos e validados pode não identificar diferenças na QV de mulheres submetidas à quadrantectomia ou à mastectomia. Apenas com a aplicação de questões complementares algumas diferenças foram identificadas. Esse quadro sugere que os instrumentos disponíveis não contemplam todos os aspectos da QV, particularmente aqueles relacionados ao tratamento cirúrgico<sup>34</sup>.

## Quimioterapia

A quimioterapia proporciona aumento da sobrevida livre de doença e da sobrevida global de mulheres com câncer de mama<sup>42</sup>. Pode, porém, apresentar efeitos adversos como náuseas, vômitos, fadiga e disfunção cognitiva<sup>11</sup>. Além desses efeitos, ela pode induzir à falência ovariana, com diminuição do número de folículos, associando-se ou agravando os sintomas de deficiência estrogênica<sup>11,43</sup>.

A relação entre quimioterapia e QV apresenta resultados controversos. Em estudo de corte transversal conduzido nos Estados Unidos, a QV de mulheres com câncer de mama e antecedente de quimioterapia foi comparada à de mulheres sem neoplasia<sup>44</sup>. Após média de dois anos do diagnóstico, os autores observaram que mulheres com câncer de mama apresentaram piores escores de QV em várias escalas, particularmente aquelas relacionadas ao componente físico (dor e capacidade funcional) do questionário SF-36<sup>16</sup>. Porém, não identificaram diferenças na saúde mental. Nesse estudo, a aplicação da Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D)<sup>45</sup> permitiu observar que mulheres submetidas à quimioterapia apresentaram maior prevalência de sintomas depressivos<sup>44</sup>.

Contrariamente, em estudo conduzido na França, que incluiu dois grupos de mulheres com câncer de mama (apenas um grupo havia sido tratado com quimioterapia), não se observaram dife-

renças na QV<sup>46</sup>. A avaliação da QV foi realizada com os questionários EORTC QLQ-30<sup>38</sup> e BR-23<sup>18</sup>, após média de 9,6 anos do diagnóstico. Consistente com esse resultado, o uso de quimioterapia não se associou à pior QV de mulheres brasileiras, em média, cinco anos após o diagnóstico de câncer de mama. Porém, a QV foi avaliada apenas com um questionário genérico<sup>39</sup>.

Outro aspecto que pode gerar dúvidas é se existem diferenças na QV de mulheres submetidas a diferentes regimes quimioterápicos. Os autores do *National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project* (NSABP) B-23 compararam a prevalência de sintomas e a QV de mulheres com axila negativa, submetidas à terapia com ciclofosfamida, metotrexato, 5-fluoruracil (CMF) ou adriamicina e ciclofosfamida (AC). Durante a terapia, o esquema com AC associou-se a menores escores de vitalidade (disposição, energia), ao passo que mulheres submetidas à quimioterapia com CMF apresentaram mais queixas de sintomas vesicais e de diarreia. Ao final de um ano de seguimento, não foram identificadas diferenças significativas na QV<sup>47</sup>.

Os resultados conflitantes dos estudos podem ser explicados por algumas diferenças metodológicas. Diferem quanto à amostra estudada, delimitação, instrumentos de pesquisa e grupos de comparação. Além de diferenças culturais, os autores aplicaram questionários genérico (SF-36)<sup>16</sup> e específico (EORTC QLQ-30)<sup>38</sup>, ao passo que outros autores acrescentaram um instrumento específico para o estudo dos sintomas depressivos (CES-D)<sup>45</sup>, possibilitando a identificação desses sintomas. Os estudos transversais permitiram estabelecer associações, ao passo que os prospectivos possibilitaram identificar relações de causalidade.

Idealmente, a investigação das repercussões específicas da quimioterapia sobre a QV deveria incluir três grupos. Um grupo de mulheres tratadas com quimioterapia, outro de mulheres com câncer de mama e sem antecedente de quimioterapia, e um terceiro grupo, composto por mulheres sem neoplasia de mama. O intervalo entre o diagnóstico e a avaliação difere entre os estudos. Os dados de literatura sugerem que o impacto da quimioterapia na QV tende a diminuir ao longo dos anos<sup>48,11</sup>, podendo explicar as diferenças entre os resultados.

## Síndrome climatérica

Os sintomas climatéricos em mulheres com câncer de mama relacionam-se a três possíveis

situações: a menopausa induzida pela quimioterapia, a interrupção da terapia hormonal (TH) e a fase natural do climatério. Nesse período são comuns as queixas de ondas de calor, sudorese, alterações do humor, secura vaginal, insônia e incontinência urinária, que podem comprometer a QV<sup>28,39</sup>.

Dentre os sintomas climatéricos, as ondas de calor são os mais estudados. Em mulheres norte-americanas com câncer de mama sua prevalência é de 65%<sup>28,29</sup> e, em mulheres brasileiras, de 53,6%<sup>49</sup>. Poucos estudos abordaram a síndrome climatérica nessas mulheres. No Brasil, mulheres com câncer de mama apresentaram prevalência de 70,1% de nervosismo, 43,3% de depressão, 37,1% sudorese e 30% de dispareunia. Ao se comparar a prevalência desses sintomas em mulheres brasileiras com e sem câncer de mama, não houve diferença significativa<sup>49</sup>. A ocorrência de sintomas foi investigada com uma lista de verificação, sendo as respostas categorizadas em sim e não. Não foi utilizado instrumento validado. A pesquisa da prevalência e da intensidade dos sintomas climatéricos requer a utilização de questionários validados, porém poucos estudos aplicaram tais instrumentos.

Os sintomas climatéricos podem comprometer a QV de mulheres com câncer de mama<sup>50</sup>. Porém, existem terapias que podem minimizar o impacto desses sintomas. A TH é o tratamento de primeira escolha para o alívio dos sintomas de deficiência estrogênica, tendo demonstrado controle efetivo dos mesmos<sup>51</sup>. Embora a TH promova melhora dos sintomas climatéricos, sua relação com a QV permanece controversa. Alguns autores observaram melhora dos sintomas de deficiência estrogênica com correspondente melhora da QV<sup>51</sup>, porém outros não verificaram melhora da QV<sup>52</sup>.

A TH tem sido contra-indicada para mulheres com história de câncer de mama. Esse fato estimulou a investigação de terapias alternativas para o alívio dos sintomas climatéricos. Dentre as terapias não hormonais destacam-se os inibidores seletivos da recaptção de serotonina (paroxetina, venlafaxina, fluoxetina), agonistas  $\alpha$ -adrenérgicos (clonidina) e a gabapentina, que demonstraram efeito benéfico no controle dos sintomas vasomotores<sup>53</sup>. Vale ressaltar a importância de mudanças no estilo de vida como a prática regular de atividade física<sup>54</sup>, dieta, controle de peso e o abandono do tabagismo como medidas auxiliares no controle dos sintomas vasomotores e psicológicos<sup>55</sup>.

Alternativa considerada tanto para o tratamento dos sintomas climatéricos quanto para a perda de massa óssea são os fitoestrogênios. Até o momento, não existem dados que suportem seu

uso na prática clínica<sup>56</sup>. Com a finalidade de avaliar o impacto dos fitoestrogênios na QV e nos sintomas climatéricos de mulheres com câncer de mama, realizou-se estudo aleatorizado, duplo-cego, controlado com placebo. Após 12 semanas de tratamento, não houve diferença significativa nos escores de QV e dos sintomas climatéricos<sup>57</sup>. De fato, a maioria dos ensaios clínicos aleatorizados relatou redução de 20 a 30% dos sintomas climatéricos no grupo placebo<sup>57</sup>.

O uso de lubrificantes vaginais deve ser considerado o tratamento de primeira escolha para os sintomas urogenitais em mulheres com neoplasia de mama. O uso tópico de hormônio pode apresentar efeito sistêmico<sup>58</sup>, permanecendo incerto o quanto isto poderia afetar o risco de recidiva ou de um novo câncer de mama<sup>59</sup>. Apesar da controvérsia da ação sistêmica dos esteróides tópicos, sugere-se que eles sejam evitados em mulheres com história de câncer de mama.

## Sexualidade

Aproximadamente 20 a 30% das mulheres com câncer de mama desenvolvem disfunções sexuais<sup>5</sup>. Essas disfunções podem ocorrer em mulheres tratadas recentemente ou naquelas cujo tratamento terminou há vários anos<sup>46,48,60</sup>. A etiologia dessas disfunções não está totalmente compreendida, porém há evidências de que as reações psicológicas ao câncer servem de base para as disfunções sexuais em algumas mulheres<sup>61</sup>. Além das reações psicológicas, outras variáveis podem correlacionar-se às disfunções sexuais, destacando-se o antecedente de quimioterapia<sup>7,62</sup>, secura vaginal<sup>50,60</sup>, idade e estado menopausal<sup>8</sup>. O estudo do impacto de cada uma dessas variáveis sobre o funcionamento sexual é difícil, uma vez que a maioria das pacientes é submetida a duas ou mais modalidades terapêuticas<sup>8</sup>.

A diminuição do desejo sexual é referida como uma das principais disfunções sexuais nessas mulheres<sup>60,62</sup>. Todavia, dispareunia, dificuldade ou incapacidade de excitação e de orgasmo podem ocorrer<sup>8,60</sup>. Objetivando investigar os aspectos do funcionamento sexual de mulheres com câncer de mama, conduziu-se estudo de corte transversal, incluindo 55 mulheres norte-americanas, com média de idade de 53 anos<sup>8</sup>. Nesse estudo, aplicou-se a Escala de Depressão de Hamilton<sup>63</sup> e o Índice de Funcionamento Sexual Feminino (IFSF)<sup>64</sup>. O IFSF é um questionário para avaliação dos níveis de desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satis-

fação e dispareunia. Escores maiores representam melhor funcionamento sexual. Os autores observaram que o funcionamento sexual foi pior em todas as subescalas para mulheres com história de câncer de mama quando comparado ao de mulheres sem essa neoplasia. A depressão associou-se aos menores escores de desejo sexual. Essa relação deve ser lembrada no planejamento de intervenções que minimizem o impacto do tratamento do câncer de mama sobre o funcionamento sexual.

A associação entre secura vaginal e pior vida sexual foi descrita em alguns estudos<sup>50,60</sup>. No Brasil realizou-se estudo de corte transversal com 97 mulheres com câncer de mama e 85 sem câncer. Nesse estudo, a prevalência de secura vaginal foi igual a 39,2% e de 37,6% para mulheres com e sem câncer de mama, respectivamente<sup>49</sup>. Não houve diferença significativa na prevalência desse sintoma, mesmo após análise ajustada por importantes covariáveis (idade, estado menopausal, estado marital, índice de massa corpórea). Atividade sexual foi referida por 51,5% das mulheres com câncer e 62,4% das mulheres sem câncer, diferença estatisticamente significativa<sup>49</sup>. Nesse estudo, a presença de satisfação, prazer e orgasmo não foi avaliada. Esses aspectos associam-se ao funcionamento sexual e devem ser alvo de futuras investigações, que possibilitem identificar sua relação com a vida sexual de mulheres brasileiras com história de câncer de mama.

## Relacionamento conjugal

O câncer de mama determina mobilização no contexto familiar, objetivando proporcionar suporte emocional adequado à mulher. Assim, é possível que fique sob a responsabilidade do cônjuge prover a maior parte do suporte emocional de que a mulher necessita para uma atitude positiva em face do diagnóstico e do tratamento antineoplásico. Porém, o câncer de mama associa-se a estresse psicológico não apenas na mulher, mas também em seu parceiro<sup>65</sup>.

Os cônjuges de mulheres com câncer de mama podem referir depressão, alterações do sono, disfunções sexuais e dificuldades no ambiente de trabalho<sup>65</sup>. O parceiro pode ser fonte de suporte ou de estresse, dependendo da qualidade do relacionamento do casal. O estresse emocional associado ao relacionamento conjugal pode comprometer a QV<sup>24</sup>. Mulheres satisfeitas com seus parceiros referem estar bem psicologicamente<sup>66</sup>. Apesar das possíveis repercussões negativas do câncer de

mama, mulheres com essa neoplasia não parecem vivenciar mais separações ou crises conjugais do que aquelas que não confrontaram a doença. Dificuldades no relacionamento conjugal ocorrem principalmente com mulheres que provavelmente já apresentavam essas dificuldades quando do diagnóstico<sup>67</sup>.

A vivência clínica mostra que habitualmente as mulheres recebem o diagnóstico do câncer de mama sem seus parceiros. Esse quadro se mantém ao longo do tratamento, perpetuando uma condição em que o esposo é colocado à margem de todas as fases, do diagnóstico ao término do tratamento. Esse fato dificulta que ele, talvez o principal suporte emocional para a esposa, colabore no processo de adaptação psicológica ao câncer de mama. A participação do cônjuge em todas as etapas, opinando nas decisões relativas ao tratamento, é fundamental. Essa participação levará à compreensão do processo, possibilitando que o parceiro contribua com um *feedback* positivo, minimizando as repercussões negativas do câncer de mama nas esferas sexuais, psicológicas e sociais.

## Considerações e Perspectivas

Apesar da divisão por tópicos dos fatores que influenciam a QV de mulheres com câncer de mama, cabe esclarecer que essa divisão é didática e que todos esses fatores estão continuamente interagindo e contribuindo, em maior ou menor grau, para a autopercepção da QV.

O estudo dos fatores associados à QV requer a utilização de instrumentos com confiabilidade comprovada e que estejam traduzidos e validados em português. Preferencialmente devem ser aplicados questionários genéricos e específicos. Os questionários específicos devem incluir a avaliação da sintomatologia climatérica, sintomas depressivos, renda, co-morbidades e suporte social. Por isso, é necessário que, ao se planejar um estudo, os objetivos estejam bem claros. Isto vai orientar a escolha dos questionários a serem aplicados, buscando contemplar a multidimensionalidade e subjetividade da QV.

A análise dos diversos fatores que contribuem para a QV sugere que a sua influência é mais intensa nos primeiros anos que se seguem ao diagnóstico e ao tratamento antineoplásico. Não é incomum a QV ser referida como “boa” ou “excelente” cinco anos após o diagnóstico. Observação importante nesse sentido é a necessidade de maior suporte emocional durante os primeiros anos após

o diagnóstico. Esse suporte não pode estar limitado ao período de tratamento.

Maior experiência e familiaridade com terapias alternativas para o alívio dos sintomas climatéricos e para a prevenção e tratamento da perda de massa óssea são objetivos a serem alcançados por aqueles envolvidos com a assistência de mulheres com câncer de mama. Dessa forma, estaremos mais próximos do conceito de assistência integral à saúde da mulher e contribuindo para melhor qualidade de vida dessas mulheres.

## Referências

1. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer [sítio da Internet]. Estimativa 2006. Incidência de câncer no Brasil. 2006 [citado 2006 Fev 6]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2006/versaofinal.pdf>
2. Ell K, Sanchez K, Vourlekis B, Lee PJ, Dwight-Johnson M, Lagomasino I, et al. Depression, correlates of depression, and receipt of depression care among low-income women with breast or gynecologic cancer. *J Clin Oncol*. 2005;23(13):3052-60.
3. Carpenter JS, Elam JL, Ridner SH, Carney PH, Cherry GJ, Cucullu HL. Sleep, fatigue, and depressive symptoms in breast cancer survivors and matched healthy women experiencing hot flashes. *Oncol Nurs Forum*. 2004;31(3):591-8.
4. Savard J, Davidson JR, Ivers H, Quesnel C, Rioux D, Dupere V, et al. The association between nocturnal hot flashes and sleep in breast cancer survivors. *J Pain Symptom Manage*. 2004;27(6):513-22.
5. Kornblith AB, Ligibel J. Psychosocial and sexual functioning of survivors of breast cancer. *Semin Oncol*. 2003;30(6):799-813.
6. Ridner SH. Quality of life and a symptom cluster associated with breast cancer treatment-related lymphedema. *Support Care Cancer*. 2005;13(11):904-11.
7. Ganz PA, Desmond KA, Leedham B, Rowland JH, Meyerowitz BE, Belin TR. Quality of life in long-term, disease-free survivors of breast cancer: a follow-up study. *J Natl Cancer Inst*. 2002;94 (1):39-49.
8. Speer JJ, Hillenberg B, Sugrue DP, Blacker C, Kresge CL, Decker VB, et al. Study of sexual functioning determinants in breast cancer survivors. *Breast J*. 2005;11(6):440-7.
9. Arndt V, Merx H, Sturmer T, Stegmaier C, Ziegler H, Brenner H. Age-specific detriments to quality of life among breast cancer patients one year after diagnosis. *Eur J Cancer*. 2004;40(5):673-80.

10. Fehlauser F, Tribius S, Mehnert A, Rades D. Health-related quality of life in long term breast cancer survivors treated with breast conserving therapy: impact of age at therapy. *Breast Cancer Res Treat.* 2005;92(3):217-22.
11. Fan HG, Houede-Tchen N, Yi QL, Chemerynsky I, Downie FP, Sabate K, et al. Fatigue, menopausal symptoms, and cognitive function in women after adjuvant chemotherapy for breast cancer: 1- and 2-year follow-up of a prospective controlled study. *J Clin Oncol.* 2005;23(31):8025-32.
12. Johnson JR, Temple R. Food and Drug Administration requirements for approval of new anticancer drugs. *Cancer Treat Rep.* 1985;69(10):1155-9.
13. Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad Saúde Pública.* 2004;20(2):580-8.
14. Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Qual Life Res.* 1993;2(2):153-9.
15. Schumacher M, Olschewski M, Schulgen G. Assessment of quality of life in clinical trials. *Stat Med.* 1991;10(12):1915-30.
16. Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care.* 1992;30(6):473-83.
17. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quesesma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol.* 1999;39(3):143-50.
18. Sprangers MA, Groenvold M, Arraras JI, Franklin J, te Velde A, Muller M, et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer breast cancer-specific quality-of-life questionnaire module: first results from a three-country field study. *J Clin Oncol.* 1996;14(10):2756-68.
19. Brady MJ, Cella DF, Mo F, Bonomi AE, Tulskey DS, Lloyd SR, et al. Reliability and validity of the Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast quality of life instrument. *J Clin Oncol.* 1997;15(3):974-86.
20. Hilditch JR, Lewis J, Peter A, van Maris B, Ross A, Franssen E, et al. A menopause-specific quality of life questionnaire: development and psychometric properties. *Maturitas.* 1996;24(3):161-75.
21. Hauser GA, Huber IC, Keller PJ, Lauritzen C, Schneider HP. Evaluation of climacteric symptoms (Menopause Rating Scale). *Zentralbl Gynakol.* 1994; 116(1):16-23.
22. Hunter M. The Women's Health Questionnaire: a measure of mid-aged women's perceptions of their emotional and physical health. *Psychol Health.* 1992;7(1):45-54.
23. Baider L, Andritsch E, Uziely B, Goldzweig G, Ever-Hadani P, Hofman G, et al. Effects of age on coping and psychological distress in women diagnosed with breast cancer: review of literature and analysis of two different geographical settings. *Crit Rev Oncol Hematol.* 2003;46(1):5-16.
24. Avis NE, Crawford S, Manuel J. Quality of life among younger women with breast cancer. *J Clin Oncol.* 2005;23(15):3322-30.
25. Baum M, Budzar AU, Cuzick J, Forbes J, Houghton JH, Klijn JG, et al. Anastrozole alone or in combination with tamoxifen versus tamoxifen alone for adjuvant treatment of postmenopausal women with early breast cancer: first results of the ATAC randomised trial. *Lancet.* 2002;359(9324):2131-9.
26. Smith IE, Dowsett M, Ebbs SR, Dixon JM, Skene A, Blohmer JU, et al. Neoadjuvant treatment of postmenopausal breast cancer with anastrozole, tamoxifen, or both in combination: the Immediate Preoperative Anastrozole, Tamoxifen, or Combined with Tamoxifen (IMPACT) multicenter double-blind randomized trial. *J Clin Oncol.* 2005;23(22):5108-16.
27. Love RR, Cameron L, Connell BL, Leventhal H. Symptoms associated with tamoxifen treatment in postmenopausal women. *Arch Intern Med.* 1991;151(9):1842-7.
28. Couzi RJ, Helzlsouer KJ, Fetting JH. Prevalence of menopausal symptoms among women with a history of breast cancer and attitudes toward estrogen replacement therapy. *J Clin Oncol.* 1995;13(11):2737-44.
29. Carpenter JS, Andrykowski MA, Cordova M, Cunningham L, Studts J, McGrath P, et al. Hot flashes in postmenopausal women treated for breast carcinoma: prevalence, severity, correlates, management, and relation to quality of life. *Cancer.* 1998;82(9):1682-91.
30. Ganz PA. Impact of tamoxifen adjuvant therapy on symptoms, functioning, and quality of life. *J Natl Cancer Inst Monogr.* 2001;(30):130-4.
31. Fallowfield L, Cella D, Cuzick J, Francis S, Locker G, Howell A. Quality of life of postmenopausal women in the Arimidex, Tamoxifen, Alone or in Combination (ATAC) Adjuvant Breast Cancer Trial. *J Clin Oncol.* 2004;22(21):4261-71.
32. Whelan TJ, Goss PE, Ingle JN, Pater JL, Tu D, Pritchard K, et al. Assessment of quality of life in MA.17: a randomized, placebo-controlled trial of letrozole after 5 years of tamoxifen in postmenopausal women. *J Clin Oncol.* 2005;23(28):6931-40.
33. Luini A, Orecchia R, Gatti G, Intra M, Ciocca M, Galimberti V, et al. The pilot trial on intraoperative radiotherapy with electrons (ELIOT): update on the results. *Breast Cancer Res Treat.* 2005;93(1):55-9.



34. Janni W, Rjosk D, Dimpfl TH, Haertl K, Strobl B, Hepp F, et al. Quality of life influenced by primary surgical treatment for stage I-III breast cancer-long-term follow-up of a matched-pair analysis. *Ann Surg Oncol*. 2001;8(6):542-8.
35. Engel J, Kerr J, Schlesinger-Raab A, Sauer H, Holzel D. Quality of life following breast-conserving therapy or mastectomy: results of a 5-year prospective study. *Breast J*. 2004;10(3):223-31.
36. Levy SM, Herberman RB, Lee JK, Lippman ME, d'Angelo T. Breast conservation versus mastectomy: distress sequelae as a function of choice. *J Clin Oncol*. 1989;7(3):367-75.
37. Cohen L, Hack TF, de Moor C, Katz J, Goss PE. The effects of type of surgery and time on psychological adjustment in women after breast cancer treatment. *Ann Surg Oncol*. 2000;7(6):427-34.
38. Groenvold M, Klee MC, Sprangers MA, Aaronson NK. Validation of the EORTC QLQ-C30 quality of life questionnaire through combined qualitative and quantitative assessment of patient-observer agreement. *J Clin Epidemiol*. 1997;50(4):441-50.
39. Conde DM, Pinto-Neto AM, Cabello C, Santos-Sa D, Costa-Paiva L, Martinez EZ. Quality of life in Brazilian breast cancer survivors age 45-65 years: associated factors. *Breast J*. 2005;11(6):425-32.
40. Amichetti M, Caffo O. Pain after quadrantectomy and radiotherapy for early-stage breast cancer: incidence, characteristic and influence on quality of life. Results from a retrospective study. *Oncology*. 2003;65(1):23-8.
41. Krause NM, Jay GM. What do global self-rated health items measure? *Med Care*. 1994;32(9):930-42.
42. Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group (EBCTCG). Effects of chemotherapy and hormonal therapy for early breast cancer on recurrence and 15-year survival: an overview of the randomised trials. *Lancet*. 2005;365(9472):1687-717.
43. Shapiro CL, Recht A. Side effects of adjuvant treatment of breast cancer. *N Engl J Med*. 2001;344(26):1997-2008.
44. Broeckel JA, Jacobsen PB, Balducci L, Horton J, Lyman GH. Quality of life after adjuvant chemotherapy for breast cancer. *Breast Cancer Res Treat*. 2000;62(2):141-50.
45. da Silveira DX, Jorge MR. Reliability and factor structure of the Brazilian version of the Center for Epidemiologic Studies-Depression. *Psychol Rep*. 2002;91(3 Pt 1):865-74.
46. Joly F, Espie M, Marty M, Heron JF, Henry-Amar M. Long-term quality of life in premenopausal women with node-negative localized breast cancer treated with or without adjuvant chemotherapy. *Br J Cancer*. 2000;83(5):577-82.
47. Land SR, Kopec JA, Yothers G, Anderson S, Day R, Tang G, et al. Health-related quality of life in axillary node-negative, estrogen receptor-negative breast cancer patients undergoing AC versus CMF chemotherapy: findings from the National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project B-23. *Breast Cancer Res Treat*. 2004;86(2):153-64.
48. Kornblith AB, Herndon JE 2<sup>nd</sup>, Weiss RB, Zhang C, Zuckerman EL, Rosenberg S, et al. Long-term adjustment of survivors of early-stage breast carcinoma, 20 years after adjuvant chemotherapy. *Cancer*. 2003;98(4):679-89.
49. Conde DM, Pinto-Neto AM, Cabello C, Sa DS, Costa-Paiva L, Martinez EZ. Menopause symptoms and quality of life in women aged between 45 and 65 years with and without breast cancer. *Menopause*. 2005;12(4):436-43.
50. Gupta P, Sturdee DW, Palin SL, Majumder K, Fear R, Marshall T, et al. Menopausal symptoms in women treated for breast cancer: the prevalence and severity of symptoms and their perceived effects on quality of life. *Climacteric*. 2006;9(1):49-58.
51. Gelfand MM, Moreau M, Ayotte NJ, Hilditch JR, Wong BA, Lau CY. Clinical assessment and quality of life of postmenopausal women treated with a new intermittent progestogen combination hormone replacement therapy: a placebo-controlled study. *Menopause*. 2003;10(1):29-36.
52. Hays J, Ockene JK, Brunner RL, Kotchen JM, Manson JE, Patterson RE, et al. Effects of estrogen plus progestin on health-related quality of life. *N Engl J Med*. 2003;348(19):1839-54.
53. Sicut BL, Brokaw DK. Nonhormonal alternatives for the treatment of hot flashes. *Pharmacotherapy*. 2004;24(1):79-93.
54. Ueda M. A 12-week structured education and exercise program improved climacteric symptoms in middle-aged women. *J Physiol Anthropol Appl Human Sci*. 2004;23(5):143-8.
55. Greendale GA, Gold EB. Lifestyle factors: are they related to vasomotor symptoms and do they modify the effectiveness or side effects of hormone therapy? *Am J Med*. 2005;118(12 Suppl 2):148-54.
56. Verhoeven MO, van der Mooren MJ, van de Weijer PH, Verdegem PJ, van der Burgt LM, Kenemans P. Effect of a combination of isoflavones and *Actaea racemosa* Linnaeus on climacteric symptoms in healthy symptomatic perimenopausal women: a 12-week randomized, placebo-controlled, double-blind study. *Menopause*. 2005;12(4):412-20.
57. MacGregor CA, Canney PA, Patterson G, McDonald R, Paul J. A randomised double-blind controlled trial of oral soy supplements versus placebo for treatment of menopausal symptoms in patients with early breast cancer. *Eur J Cancer*. 2005;41(5):708-14.

58. Naessen T, Rodriguez-Macias K, Lithell H. Serum lipid profile improved by ultra-low doses of 17 beta-estradiol in elderly women. *J Clin Endocrinol Metab.* 2001;86(6):2757-62.
59. Chlebowski RT, Kim JA, Col NF. Estrogen deficiency symptom management in breast cancer survivors in the changing context of menopausal hormone therapy. *Semin Oncol.* 2003;30(6):776-88.
60. Broeckel JA, Thors CL, Jacobsen PB, Small M, Cox CE. Sexual functioning in long-term breast cancer survivors treated with adjuvant chemotherapy. *Breast Cancer Res Treat.* 2002;75(3):241-8.
61. Schultz WCM, van de Wiel HBM, Hahn DE, van Driel MF. Sexuality and cancer in women. *Annu Rev Sex Res.* 1992;3:151-200.
62. Avis NE, Crawford S, Manuel J. Psychosocial problems among younger women with breast cancer. *Psychooncology.* 2004;13(5):295-308.
63. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand.* 1983;67(6):361-70.
64. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther.* 2000;26(2):191-208.
65. Woloski-Wruble A, Kadmon I. Breast cancer: reactions of Israeli men to their wives' diagnosis. *Eur J Oncol Nurs.* 2002;6(2):93-9.
66. Pistrang N, Barker C. The partner relationship in psychological response to breast cancer. *Soc Sci Med.* 1995;40(6):789-97.
67. Dorval M, Maunsell E, Taylor-Brown J, Kilpatrick M. Marital stability after breast cancer. *J Natl Cancer Inst.* 1999;91(1):54-9.