



QUALIDADE DE VIDA, ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM MULHERES COM CÂNCER DE MAMA ANTES E APÓS A CIRURGIA¹

QUALITY OF LIFE, ANXIETY AND DEPRESSION IN BREAST CANCER WOMEN BEFORE AND AFTER SURGERY

Anne Melina Ambrósio AVELAR²
Sophie Françoise Mauricette DERCHAIN³
Carolina Patrícia Pinheiro CAMARGO⁴
Leonardo Sene de LOURENÇO⁵
Luís Otávio Zanatta SARIAN⁶
Adriana YOSHIDA⁶

RESUMO

Objetivo

Avaliar a qualidade de vida, a ansiedade e a depressão de mulheres com câncer de mama antes e após a cirurgia.

¹ Este estudo foi parcialmente financiado pela Fundação de Auxílio à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP número 04/08156-0), com bolsa de Iniciação Científica.

² Acadêmica, Bolsista de Iniciação Científica, Curso de Medicina, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

³ Professora, Departamento de Tocoginecologia, Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, Distrito de Barão Geraldo, 13083-970, Campinas, SP, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: S.F.M. DERCHAIN.

⁴ Serviço de Enfermagem, Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, Brasil.

⁵ Área de Estatística, Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Faculdade de Ciências Médicas; Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, Brasil.

⁶ Médicos, Departamento de Tocoginecologia, Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, Brasil.

Métodos

Foram selecionadas 85 mulheres internadas na enfermaria de oncologia do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher com indicação de mastectomia ou quadrantectomia. A escala utilizada foi a *Functional Assessment of Cancer Therapy - General* de Mama e a *Functional Assessment of Cancer Therapy - Breast*, antes da cirurgia e cerca de seis semanas depois. A ansiedade e a depressão foram avaliadas por meio da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão. Para análise estatística foram utilizados os testes de "t"-Student, Wilcoxon, Kruskal-Wallis, qui-quadrado, exato de Fisher, correlação de Pearson e de Spearman.

Resultados

Das 85 mulheres avaliadas antes da cirurgia, 64 também responderam seis semanas depois. Piores escores da *Functional Assessment of Cancer Therapy - Breast* estiveram significativamente associados com ansiedade e depressão e a ansiedade teve uma relação significativa com a depressão. O bem-estar emocional, físico e funcional apresentaram uma relação linear significativa com as preocupações adicionais relacionadas ao câncer de mama, ansiedade e depressão no decorrer da observação. Houve melhora significativa nos escores da *Functional Assessment of Cancer Therapy - Breast*, da ansiedade e da depressão após a cirurgia, em relação ao pré-operatório. Apesar da melhora significativa das taxas de ansiedade e depressão após a cirurgia, esses sintomas se mantiveram numa frequência elevada nessas mulheres (25% ansiosas e 14% deprimidas).

Conclusão

A qualidade de vida tende a melhorar nas primeiras semanas após a cirurgia em mulheres com câncer de mama. Essas mulheres devem permanecer em avaliação durante o tratamento adjuvante para verificar a evolução desses sintomas.

Termos de indexação: cirurgia; depressão; neoplasias mamárias; qualidade de vida.

ABSTRACT

Objective

To assess quality of life, anxiety and depression in women with breast cancer before and after surgery.

Methods

Eighty-five women, inpatients at the gynecologic oncology infirmary of Centro de Atenção à Saúde da Mulher that awaited surgery were selected. Assessment of quality of life was carried out through the Functional Assessment of Cancer Therapy - General and Functional Assessment of Cancer Therapy - Breast questionnaire, before surgery (while the patient awaited surgery) and approximately six weeks after the patient had undergone surgery. Symptoms of anxiety and depression were evaluated with the Hospital Anxiety and Depression scale. Statistical evaluation was performed with the Student's "t" test, Wilcoxon's rank sum test, Kruskal-Wallis' rank sum test, Fisher test, Pearson and Spearman's correlations and the calculation of chi-squares.

Results

Among the 85 women included in the study, 64 also completed the post operative interview. Lower Functional Assessment of Cancer Therapy - Breast scores were significantly related to anxiety and depression, while anxiety was significantly associated with depression. A significant linear relation between emotional, physical and functional well being with additional preoccupations related to

breast cancer, anxiety and depression has been observed. A significant improvement in Functional Assessment of Cancer Therapy - Breast, anxiety and depression scores have been observed in the interview six weeks after surgery. Although anxiety and depression improved significantly after surgery, these symptoms remained relatively common among patients (25% anxious and 14% depressive).

Conclusion

Quality of life has a tendency to improve over the first weeks after surgery in women with breast cancer. These women need to be followed during adjuvant therapy in order to evaluate the evolution of these symptoms.

Indexing terms: *surgery; depression; breast neoplasms; quality of live.*

INTRODUÇÃO

A abordagem terapêutica dos pacientes com câncer foi sempre voltada, principalmente, para prolongar a sobrevida. Entretanto, cada vez mais se tem estudado a qualidade de vida (QV) em pacientes com câncer, e há um interesse crescente em incluir formas de sua mensuração em testes ou julgamentos clínicos. Ela foi definida pela primeira vez em 1947, pela Organização Mundial da Saúde, como "um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente como a ausência de doença ou enfermidade". A QV deve ser considerada durante todas as fases do tratamento de um paciente com câncer. De fato, vários sintomas e problemas próprios ao câncer e ao seu tratamento podem afetá-la, tais como limitações na atividade diária, toxicidade advinda da quimioterapia e perda da auto-estima¹. Para a maioria das pessoas, o diagnóstico do câncer representa um evento catastrófico em suas vidas, a partir do qual terão de lidar com um estresse associado a uma doença fatal e aos efeitos colaterais aversivos do seu tratamento. Muitos pacientes ainda acabam experimentando mudanças de *status* no seu emprego, nas relações sociais, na sua capacidade física e no seu papel dentro da família².

Em geral, os achados sugerem que médicos tendem a subestimar a incapacidade funcional, a gravidade dos sintomas, as aflições psicológicas e morbidades psiquiátricas entre seus pacientes³. O uso de questionários que avaliam a QV é uma maneira de mensurar o problema para ajudar profissionais da saúde a conhecerem as necessidades funcionais,

psicológicas e sociais de seus pacientes⁴. Além disso, os escores da QV avaliam de maneira paralela a progressão da doença e a resposta ao tratamento, sendo fundamental na escolha de diferentes tratamentos que permitam sobrevidas similares¹.

O diagnóstico e o tratamento do câncer de mama podem afetar de maneira muito particular vários domínios da QV, envolvendo o bem-estar psicológico, sexual e físico. Assim a mensuração da QV é incluída em muitos estudos como um parâmetro para comparar diferentes tratamentos voltados ao câncer de mama⁵. Com o uso difundido da mamografia, aumentou o número de mulheres cujo câncer da mama é detectado em sua fase inicial, com início precoce do tratamento, levando a melhores taxas de sobrevida. Entretanto, a qualidade dessa sobrevivência pode ser afetada de forma significativa pela doença e seu tratamento⁶. Por outro lado, para pacientes com doença metastática, a terapia atual não é curativa. Nessas circunstâncias, a QV de um paciente deve ser tão importante quanto a duração da sobrevida⁶⁻⁸.

Desde o diagnóstico e o início do tratamento, a QV deve ser valorizada em mulheres com câncer de mama. Uma QV ruim um ano após a cirurgia esteve associada com distúrbio do humor e baixa auto-estima logo após a cirurgia. Considerando-se que certas características iniciais da paciente no pós-operatório podem sinalizar uma QV ruim após um ano, as mulheres de "alto risco" devem ser prontamente identificadas e encaminhadas para intervenções preventivas. Essas intervenções de apoio são desenvolvidas de acordo com os sintomas mais

freqüentes e mais deletérios ao bem-estar global do paciente^{9,10}. Embora as taxas de mortalidade decorrentes do câncer de mama estejam em declínio, muitas mulheres sobreviventes irão experimentar seqüelas físicas e psicológicas que afetam gravemente o seu dia-a-dia¹⁰. Há um consenso generalizado de que intervenções que ajudariam a reduzir o impacto negativo do tratamento na QV devem ser desenvolvidas e integradas na prática clínica de rotina^{9,11}. Esforços para detectar a presença de morbidades psiquiátricas precocemente (conhecendo fatores predisponentes) e para saber lidar com elas adequadamente podem ser extremamente úteis para melhorar a QV nas pacientes com câncer de mama⁸.

A escala de Avaliação Funcional da Terapia do Câncer-Geral - *Functional Assessment of Cancer Therapy-General* (FACT-G) é um instrumento de auto-aplicação que avalia múltiplos fatores como dor, medo da recorrência da doença, fadiga, e outras preocupações comuns a uma vasta variedade de tipos de câncer. Porém, pacientes com câncer de mama apresentam ainda "preocupações adicionais", por exemplo, um senso alterado de sua feminilidade, sentimentos de estar menos atraente, e problemas associados com o tratamento, tais como o inchaço do braço. Por isso, foi elaborada a escala de avaliação funcional da terapia do câncer de mama (*Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast*), que é formada pela FACT-G, adicionada a mais uma subescala relacionada ao câncer de mama, a qual vem tratar dessas preocupações adicionais⁶.

Paralelamente, uma proporção substancial dos pacientes com câncer de mama experimenta ansiedade e depressão, desordens que podem aumentar a gravidade dos sintomas físicos associados à quimioterapia, podendo afetar a aderência ao tratamento, e, ainda, gerar um aumento do uso dos recursos voltados aos cuidados da saúde¹².

A depressão é o efeito colateral psicológico mais comumente relatado durante o tratamento do câncer, podendo atingir mais de um terço das pacientes, e está relacionada a aumento da dor e dos efeitos colaterais do tratamento¹³⁻¹⁵. Pacientes que sofrem de depressão e perda da esperança

acabam tendo sobrevivência mais curta em relação aos pacientes mais bem ajustados psicologicamente¹⁶.

O impacto da doença e do seu tratamento na QV difere de acordo com a idade, nível de escolaridade e estado civil¹⁷. Apesar de ocorrerem melhoras na QV com o tempo, as mulheres mais jovens, as solteiras, e as que têm menor grau de instrução acabam tendo uma QV pior, e o impacto negativo da mastectomia na auto-estima é maior entre mulheres casadas, especialmente nas mais jovens. Portanto, informações detalhadas sobre características psicológicas e sociais da paciente, além dos dados clínicos, são de suma importância na hora de aconselhar uma paciente sobre as diferentes opções de tratamento e serviços de apoio, de acordo com o seu perfil¹⁷.

Variáveis em relação à doença e ao tratamento também podem influenciar a QV de maneira significativa. Pacientes que realizam cirurgia conservadora (quadrantectomia) acabam apresentando melhor bem-estar físico e social, melhor auto-estima, mais satisfação com o tratamento cirúrgico, mas têm mais medo da recorrência da doença¹⁸. Por outro lado, apesar de a cirurgia conservadora ter um melhor impacto na auto-estima pós-operatória, o efeito na QV é similar àquele observado depois da mastectomia¹⁹.

Assim, o objetivo deste estudo é avaliar a qualidade de vida, a ansiedade e a depressão em mulheres com câncer de mama antes e após a cirurgia, através do FACT-B e da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD). É importante conhecer a prevalência de morbidades psicológicas e dos efeitos deletérios na QV tanto depois do diagnóstico quanto no pós-operatório e as diferenças ocorridas entre esses dois tempos para definir em que momento a paciente se beneficiaria de mais de um programa de apoio oferecido pela entidade, a fim de reduzir esses sintomas. Além disso, é relevante saber se a prevalência está associada com algum dado sociodemográfico ou aspectos clínicos e da doença.

MÉTODOS

Para este estudo observacional prospectivo, foram selecionadas 85 mulheres com câncer de mama, no dia anterior à cirurgia, sendo que 33 (38,82%) foram submetidas à quadrantectomia, 33 (38,82%) à mastectomia e 19 (22,36%) à mastectomia com reconstrução imediata. Todas as pacientes estiveram internadas na enfermaria de oncologia ginecológica e doença mamária do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM), de agosto de 2004 a abril de 2005.

As mulheres foram consultadas sobre o seu interesse em participar da pesquisa e, após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, no primeiro momento foram aplicados os três questionários: 1) referente às características sociodemográficas, 2) escala FACT-B e 3) escala HAD.

Das 85 pacientes selecionadas, todas responderam aos questionários realizados no pré-operatório e 64 compareceram também após a cirurgia. Na avaliação do pós-operatório, a entrevista era realizada após a consulta médica, com a paciente já consciente do resultado histológico da mastectomia ou quadrantectomia com axilectomia, e do tratamento complementar programado. Nesse dia foram aplicados a FACT e a HAD. A seguir, foram avaliados os dados relativos à doença e os dados clínicos de cada paciente.

Baseada na escala *Functional Assessment of Cancer Therapy - Breast* (FACT-B), o FACT-B (questionário disponível no site <http://www.facit.org/qview/qlist.aspx>; acesso em 13/11/03) é a associação da *Functional Assessment of Cancer Therapy - General* (FACT-G) para avaliação global da QV dos pacientes com câncer, com uma subescala para avaliação de mulheres com câncer de mama, exclusivamente. Essa subescala trata de preocupações adicionais. Todos os instrumentos que foram concebidos para serem preenchidos pelo próprio entrevistado, neste estudo, foram lidos pelo entrevistador (pesquisador) para todos os participantes, a fim de contornar problemas de analfabetismo e baixa

escolaridade. O FACT-G pode ser dividido em vários escores: Escore de Bem-Estar Físico (SBEF) composto de 7 itens, Escore de Bem-Estar Social/Familiar (SBESF) composto de 7 itens, Escore de Bem-Estar Emocional (SBEE) composto de 6 itens, e Escore de Bem-Estar Funcional (SBEFunc) composto de 7 itens. Além disso, ao se associar os FACT-B, pode-se avaliar o escore das preocupações adicionais (PA) composto por 10 itens, relacionados especificamente ao câncer de mama.

O Grupo Internacional de Consenso sobre Depressão e Ansiedade, no seu último encontro, recomendou o uso da escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD) como "um instrumento capaz de medir a ansiedade e a depressão separadamente, tendo sido usada com sucesso para avaliar sintomas psicológicos em pacientes com câncer"²⁰. A HAD é uma escala amplamente utilizada que possibilita avaliar a depressão e a ansiedade em pacientes com doenças orgânicas, as quais normalmente provocam sintomas físicos que podem ser confundidos com o diagnóstico de depressão (por exemplo, insônia, fadiga, anorexia, perda de peso, etc.), como também em pessoas sem doenças clínicas. Na HAD, esses sintomas não foram incluídos entre as questões. O questionário mostrou-se de fácil compreensão para a população brasileira²¹. A escala HAD é formada por 14 questões, 7 relacionadas à ansiedade (HAD-A) e 7 à depressão (HAD-D)^{21,22}. O entrevistado atribui uma nota de zero a três para cada uma das perguntas, perfazendo totais que podem variar de zero a 21 em cada subescala. Uma pontuação de oito ou mais tanto na subescala de ansiedade quanto na de depressão é sugestiva de transtorno de ansiedade e de depressão, respectivamente^{21,22}, não tendo a HAD o objetivo de quantificar a gravidade do sintoma.

Para comparar as médias e medianas, ou para comparar as respostas para FACT-B e FACT-G, e as variáveis sociodemográficas, foram utilizados os testes de "t" *Student*, teste de Wilcoxon e teste de Kruskal-Wallis, tanto na primeira quanto na segunda entrevista. Para verificar a associação entre ansiedade e depressão e as variáveis sociodemográficas,

Tabela 1. Comparação entre o grau de satisfação de vida das 64 pacientes no pré-operatório e depois da cirurgia.

Momentos	Escore	(Grau de satisfação)		Desvio-padrão	IC95%	p
		n	%			
Pré-operatório	FACT-G	73	68	9,9	(71 - 76)	
Pós-operatório	FACT-G	77	71	12,0	(74 - 80)	0,0043*
Pré-operatório	FACT-B	93	65	15,5	(91 - 97)	
Pós-operatório	FACT-B	100	69	10,5	(96 - 104)	<0,001**

* Teste "t" Student; ** teste de Wilcoxon.

foram utilizados o teste exato de Fisher e calculado o qui-quadrado. Com os dados obtidos na segunda entrevista, foram relacionados os escores do FACT-G e FACT-B com dados clínicos, da doença e da cirurgia. Para comparar as médias e as medianas de escores do FACT-G e FACT-B das pacientes nos momentos de pré-operatório e pós-operatório foram utilizados o teste "t" Student pareado e teste de Wilcoxon pareado, respectivamente. Para correlação múltipla dos escores de FACT-B e de ansiedade e depressão, foram utilizadas as correlações de Pearson e de Spearman. Para verificar se houve melhora significativa das taxas de depressão e ansiedade nos dois tempos, foi utilizado o teste de qui-quadrado. Para análise estatística foi utilizado o programa SAS. Considerou-se na aplicação dos testes de hipótese um nível de confiança de 95%.

RESULTADOS

Observa-se que na aplicação dos questionários no pré-operatório, o FACT-G teve um escore médio de satisfação de 74, o que corresponde a 68% do total possível. O escore médio do FACT-B foi de 94, correspondente a 65% do maior escore possível. Já no dia do retorno após a cirurgia, o FACT-G teve um escore médio de 77, o que corresponde a 74% do total possível. O escore médio do FACT-B foi de 100, correspondente a 69% do maior escore possível. Observamos uma melhora significativa nos escores, tanto do FACT-G quanto do FACT-B, no retorno após a cirurgia, em relação ao pré-operatório, mostrando uma tendência de melhora da satisfação de vida das pacientes após a cirurgia (Tabela 1).

Tabela 2. Presença de ansiedade e depressão antes e depois da cirurgia.

Momentos Sintomas	Pré-operatório		Pós-operatório		p
	n	%	n	%	
Com ansiedade	16	25	16	25	0,11*
Com depressão	8	14	8	14	<0,01*

* Teste Qui-Quadrado.

No pré-operatório, a taxa geral de ansiedade foi de 40% e a de depressão de 27%. Já após a cirurgia, a taxa geral de ansiedade foi de 25% e a de depressão de 14%. Houve melhora significativa da depressão entre os dois momentos, embora essa diferença não tenha sido significativa para ansiedade (Tabela 2).

Foi avaliada, a relação entre os subescores do FACT-G, do FACT-B e ansiedade e depressão, no pré-operatório (Tabela 3). Nas celas identificadas em negrito, estão evidenciadas as variáveis que apresentaram relação linear positiva e significativa entre si. Quanto mais próximo de 1 maior é a correlação observada. Verificou-se que o bem-estar emocional esteve significativamente relacionado às questões adicionais relacionadas ao câncer de mama. A ansiedade, por sua vez, manteve-se linearmente associada com bem-estar emocional e a essas preocupações adicionais. Observou-se também que a depressão teve relação positiva e significativa com a ansiedade e com o bem-estar físico. Ou seja, mulheres com maior grau de ansiedade estavam também mais deprimidas (Tabela 3).

Foi avaliada, também, a relação entre os subescores do FACT-G, do FACT-B, ansiedade e depressão, no pós-operatório (Tabela 4). Verificou-se que a ansiedade, mais uma vez, manteve-se linearmente associada com bem-estar emocional e as preocupações adicionais relacionadas ao câncer de mama. Observou-se também, novamente, que a depressão teve relação positiva e significativa com a ansiedade e com o bem-estar físico. Ou seja, mulheres com maior grau de ansiedade estão também mais deprimidas.

Por outro lado, nessa fase verificou-se uma associação linear entre depressão e bem-estar funcional e com as preocupações adicionais. Ou seja, mulheres com pior desempenho funcional e menor

bem-estar físico apresentam-se mais deprimidas. Já as mulheres menos ajustadas emocionalmente apresentam-se mais ansiosas. E as que apresentam pior desempenho nas questões relacionadas ao câncer de mama estão mais deprimidas e ansiosas.

Ao avaliar a relação linear entre as variáveis do FACT-G, do FACT-B, ansiedade e depressão nos dois momentos estudados, verificou-se que estar menos ajustada emocionalmente e ter pior desempenho nas questões adicionais relacionadas ao câncer de mama tiveram uma relação positiva muito forte nos dois momentos (Tabela 5). Observou-se também que a ansiedade e a depressão tendem a se manter após a cirurgia.

Tabela 3. Correlação múltipla dos escores do FACT-G e FACT-B no pré-operatório (85 mulheres).

	SBEF	SBESF	SBEE	SBEFunc	PA	Ansiedade	Depressão
SBEF	1	0,25**	0,21**	0,36*	0,30**	0,36**	0,51**
SBESF		1	0,21**	0,30*	0,14*	0,19**	0,37**
SBEE			1	0,09**	0,55**	0,58**	0,43**
SBEFunc				1	0,18**	0,17**	0,42**
PA					1	0,57**	0,32**
Ansiedade						1	0,58**
Depressão							1

*Correlação de Pearson; **Correlação de Spearman; SBEF: escore de bem-estar físico; SBESF: escore de bem-estar social/familiar; SBEE: escore de bem-estar emocional; SBEFunc: escore de bem-estar funcional; PA: escore das preocupações adicionais relacionadas especificamente ao câncer de mama; FACT-G: *Functional Assessment of Cancer Therapy-General*; FACT-B: *Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast*.

Tabela 4. Correlação múltipla dos escores do FACT-G e FACT-B no pós-operatório (64 mulheres).

	SBEF	SBESF	SBEE	SBEFunc	PA	Ansiedade	Depressão
SBEF	1	0,27**	0,38**	0,44*	0,42**	0,38**	0,59**
SBESF		1	0,3**	0,41*	0,17*	0,23**	0,40**
SBEE			1	0,31**	0,48**	0,55**	0,44**
SBEFunc				1	0,40**	0,36**	0,59**
PA					1	0,50**	0,57**
Ansiedade						1	0,60**
Depressão							1

*Correlação de Pearson; **Correlação de Spearman; SBEF: escore de bem-estar físico; SBESF: escore de bem-estar social/familiar; SBEE: escore de bem-estar emocional; SBEFunc: escore de bem-estar funcional; PA: escore das preocupações adicionais relacionadas especificamente ao câncer de mama; FACT-G: *Functional Assessment of Cancer Therapy-General*; FACT-B: *Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast*.

Tabela 5. Correlação múltipla dos escores do FACT-G e FACT-B no pré- e pós-operatório (64 mulheres).

Pré-operatório	Pós-operatório						
	SBEF2	SBESF2	SBEE2	SBEFunc2	PA2	Ansiedade	Depressão
SBEF	0,18**	0,16**	0,09**	0,34**	0,26**	0,25**	0,45**
SBESF	0,25**	0,40*	0,26**	0,14*	0,10**	0,15**	0,28**
SBEE	0,24**	0,00**	0,57**	0,07**	0,40**	0,48**	0,39**
SBEFunc	0,10**	0,22**	0,09**	0,42**	0,04**	0,16**	0,38**
PA	0,20**	0,10*	0,41**	0,27*	0,54**	0,48**	0,40**
Ansiedade	0,20**	0,03**	0,31**	0,13**	0,46**	0,58**	0,44**
Depressão	0,31**	0,08**	0,29**	0,26**	0,41**	0,47**	0,65**

*Correlação de Pearson; **Correlação de Spearman; SBEF: escore de bem-estar físico; SBESF: escore de bem-estar social/familiar; SBEE: escore de bem-estar emocional; SBEFunc: escore de bem-estar funcional; PA: escore das preocupações adicionais relacionadas especificamente ao câncer de mama; FACT-G: *Functional Assessment of Cancer Therapy-General*; FACT-B: *Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast*.

Nenhuma das variáveis sociodemográficas estudadas esteve associada com o escore do FACT-G ou do FACT-B, ou com maior ansiedade ou depressão, nos dois momentos estudados. Além disso, a associação de outras doenças, o tipo de cirurgia realizada e o estadiamento patológico também não estiveram relacionados de maneira significativa com os escores dos FACT-G ou FACT-B, nem com ansiedade ou depressão ($p > 0,05$) (dados não apresentados em tabela).

DISCUSSÃO

Verificamos com este estudo que os escores do FACT-G e FACT-B mudaram entre os dois momentos estudados, havendo tendência de aumento do grau de satisfação de vida das pacientes um tempo após a cirurgia, em relação ao pré-operatório. O FACT-G avalia a qualidade de vida da paciente de uma maneira geral, e o FACT-B é uma subescala que trata das “preocupações adicionais” enfrentadas especificamente por pacientes com câncer de mama, como, por exemplo, um senso alterado de sua feminilidade, sentimentos de estar menos atraente, e problemas associados com o tratamento, tais como edema do braço⁶. As taxas de depressão e ansiedade também melhoraram após a cirurgia. Esses resultados parecem demonstrar que o momento imediatamente anterior à cirurgia, após o diagnóstico da doença, é o momento de maior estresse.

Considerado isoladamente o FACT-B, os fatores avaliados por ele parecem ter importante impacto na qualidade de vida, pois os escores obtidos estiveram diretamente relacionados com a ansiedade nos dois momentos estudados, com o bem-estar emocional da paciente antes da cirurgia e com a depressão depois da cirurgia. Ou seja, as mulheres que apresentam pior desempenho nas questões relacionadas ao câncer de mama estão mais deprimidas, ansiosas e provavelmente menos ajustadas emocionalmente. Isso demonstra que os problemas específicos enfrentados por mulheres com esse tipo de câncer devem ser valorizados pelo grande impacto que produzem na saúde mental dessas pacientes.

Em relação às subescalas do FACT-G, o bem-estar emocional esteve fortemente associado à ansiedade, e o bem-estar físico com a depressão, tanto no pré quanto no pós-operatório.

O bem-estar físico pode ser afetado pela quantidade de energia, presença de náusea, problemas em suprir as necessidades da família, dor, efeitos colaterais, sentir-se doente e ficar acamado. No bem-estar emocional é importante a ausência de tristeza, a forma de lidar com a doença, a esperança, a tranquilidade e não ter medo de morrer²³. Depois da cirurgia, o bem-estar funcional também esteve fortemente relacionado com a depressão. Em relação ao bem-estar funcional deve ser levado em conta se a paciente está conseguindo trabalhar, se o trabalho é recompensador, se existe aceitação da doença, capacidade de aproveitar a vida naquele momento, atividades de lazer, qualidade de vida e se a paciente está dormindo bem²³.

Observou-se também que a depressão teve relação positiva e significativa com a ansiedade, antes e depois da cirurgia. Ou seja, mulheres com maior grau de ansiedade estão também mais deprimidas. Além disso, apesar da melhora significativa das taxas de depressão mostrada neste estudo, a ansiedade e a depressão tendem a se manter após a cirurgia. E as que apresentam pior desempenho nas questões relacionadas ao câncer de mama e pior bem-estar emocional também tendem a se manter dessa maneira.

As relações sistemáticas entre bem-estar físico e funcional e depressão e entre bem-estar emocional e ansiedade levam a pensar que a correção dos sintomas decorrentes dos efeitos colaterais do diagnóstico, tratamento cirúrgico e estado psicológico da paciente deva ser realizada de maneira eficiente.

Em geral, os achados sugerem que médicos tendem a subestimar a incapacidade funcional, a severidade dos sintomas, as aflições psicológicas e morbidades psiquiátricas entre seus pacientes³. Uma proporção substancial dos pacientes com câncer de mama experimenta morbidades psicológicas após o diagnóstico e a cirurgia, principalmente ansiedade e depressão, desordens que podem aumentar a

severidade dos sintomas físicos associados à quimioterapia, afetar a aderência ao tratamento e ainda gerar um aumento do uso dos recursos voltados aos cuidados da saúde¹². Na maioria das vezes a depressão está associada a outros efeitos colaterais que exercem influência negativa sobre a QV, como ansiedade, dor, náusea, fadiga entre outros¹⁵. Há um consenso generalizado de que intervenções que ajudariam a reduzir o impacto negativo do tratamento na QV devam ser desenvolvidas e integradas na prática clínica de rotina^{9,11}.

É interessante notar que na subescala FACT-B, ansiedade e depressão não se correlacionaram significativamente com o bem-estar social e familiar da paciente. Ou seja, o bem-estar social e familiar - relacionado com sentir-se próximo dos amigos, ter apoio emocional da família, ter apoio dos amigos e vizinhos, aceitação da doença pela família, boa comunicação com a família sobre a doença, sentir-se próximo do parceiro e estar satisfeita com a vida sexual²³. não parecem tão valorizados pela mulher com câncer da mama nessa fase do tratamento.

CONCLUSÃO

Com conseqüências deletérias na qualidade de vida, a ansiedade e a depressão são eventos frequentes em mulheres com câncer da mama antes e depois do tratamento cirúrgico e não podem ser desvalorizados. Porém, este estudo mostra uma melhora no grau de satisfação de vida das pacientes depois da cirurgia, em relação ao pré-operatório. Observa-se melhora também nas taxas de depressão em média de seis a oito semanas após a cirurgia. O escore que corresponde às preocupações adicionais (FACT-B) e a ansiedade e a depressão correlacionaram-se significativamente entre si nas diversas fases do tratamento e com o bem-estar físico, emocional e funcional. A atuação da equipe de saúde no controle desse bem-estar, por meio do tratamento dos sintomas clínicos, de preferência antes mesmo da cirurgia, parece ser de fundamental importância para diminuir a ansiedade e a depressão e melhorar

indiretamente a QV, levando em conta as questões adicionais específicas da doença em mulheres com câncer da mama que realizam cirurgia como parte do tratamento. Após a cirurgia, muitas mulheres são submetidas a tratamento adjuvante.

As mulheres incluídas neste estudo serão novamente avaliadas durante essas novas fases do tratamento. Assim, poderemos verificar a evolução desses sintomas de maneira mais completa para indicar intervenções adequadamente planejadas.

REFERÊNCIAS

1. Pignata S, Ballatori E, Favalli G, Scambia G. Quality of life: gynaecological cancers. *Ann Oncol.* 2001; 12(3):37-42.
2. Pascoe S, Edelman S, Kidman A. Prevalence of psychological distress and use of support services by cancer patients at Sydney hospitals. *Aust N Z J Psychiatry.* 2000; 34(5):785-91.
3. Passik SD, Dugan W, McDonald MV. Oncologists' recognition of depression in their patients with cancer. *J Clin Oncol.* 1998; 16(4):1594-600.
4. Velikova G, Wright P, Smith AB, Stark D, Perren T, Brown J, et al. Self Reported quality of life of individual cancer patients: concordance of results with disease course and medical records. *J Clin Oncol.* 2001; 19(7): 2064-73.
5. Fallowfield LJ. Assessment of quality of life in breast cancer. *Acta Oncol.* 1995; 34(5):689-94.
6. Brady MJ, Cella DF, Mo F, Bonomi AE, Tulskey DS, Lloyd SR, et al. Reability and validity of the Functional Assessment of Cancer Therapy- Breast quality of life instrument. *J Clin Oncol.* 1997; 15(3):974-86.
7. Pandey M, Thomas BC, Ramdas K, Eremenco S, Nair MK. Quality of life in breast cancer patients: validation of a FACT-B Malayalam version. *Qual Life Res.* 2002; 11(2):87-90.
8. Akech T, Okuyama T, Imoto S, Yamawaki S, Uchitomi Y. Biomedical and psychosocial determinants of psychiatric morbidity among postoperative ambulatory breast cancer patients. *Breast Cancer Res Treat.* 2001; 65(3):195-202.
9. Arora NK, Gustafson DH, Hawkins RP, McTavish F, Cella DF, Pingree S, et al. Impact of surgery and chemotherapy on the quality of life of younger women with breast carcinoma: a prospective study. *Cancer.* 2001; 92(5):1288-98.
10. Shimosuma K, Ganz PA, Petersen L, Hirji K. Quality of life in the first year after breast cancer surgery:

- rehabilitation needs and patterns of recovery. *Breast Cancer Res Treat.* 1999; 56(1):45-57.
11. Bodurka-Bevers D, Basen-Engquist K, Carmack CL, Fitzgerald MA, Wolf JK, Moor C, et al. Depression, anxiety, and quality of life in patients with epithelial ovarian cancer. *Gynecol Oncol.* 2000; 78(3 Pt 1):302-8.
 12. Clarke DM. Psychological factors in illness and recovery. *New Zealand Med J.* 1998; 111:410-2.
 13. Maunsell E, Brisson J, Deschenes L. Psychological distress after initial treatment of breast cancer. *Cancer.* 1992; 70(1):120-5.
 14. Payne DK, Hoffman RG, Theodoulou M, Dosik M, Massie MJ. Screening for anxiety and depression in women with breast cancer: psychiatry and medical oncology gear up for managed care. *Psychosomatics.* 1999; 40:64-69.
 15. Badger TA, Braden CJ, Mishel MM. Depression burden, self-help interventions, and side effects experience in women receiving treatment for breast cancer. *Oncol Nurs Forum.* 2001; 28(3):567-74.
 16. Faller H, Bulzebruck H, Drings P. Coping distress and survival among patients with lung cancer. *Arch Gen Psychiat.* 1999; 56(8):756-62.
 17. King MT, Kenny P, Shiell A, Hall J, Boyages J. Quality of life three months and one year after first treatment for early stage breast cancer: influence of treatment and patient characteristics. *Qual Life Res.* 2000; 9(7):789-800.
 18. Hartl K, Janni W, Kastner R, Sommer H, Strobl B, Rack B, et al. Impact of medical and demographic factors on long-term quality of life and body image of breast cancer patients. *Ann Oncol.* 2003; 14(7):1064-71.
 19. Amichetti M, Caffo O. Pain after quadrantectomy and radiotherapy for early-stage breast cancer: incidence, characteristics and influence on quality of life. Results from a retrospective study. *Oncology.* 2003; 65(1):23-8.
 20. Ballenger CJ, Davidson JR, Lecrubier Y, Nutt DJ, Jones RD, Berard RM. Consensus statement on depression, anxiety and oncology. *J Clin Psychiatry.* 2001; 62(8):64-7.
 21. Botega NJ, Pondé MP, Medeiros P, Lima MG, Guerreiro CA. Validação da escala hospitalar de ansiedade e depressão (HAD) em pacientes epiléticos ambulatoriais. *J Bras Psiq.* 1998; 47 (6):285-9.
 22. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiat Scand.* 1983; 67(6):361-70.
 23. Cella D, Peterman A, Passik S, Jacobsen P, Breithart W. Progress toward guide: lines for the management of fatigue. *Oncology (Huntigt).* 1998; 12(11 A): 369-77.
- Recebido em: 1/9/2005
Versão final reapresentada em: 23/11/2005
Aprovado em: 9/3/2006