

MULHERES COM CÂNCER DE MAMA: UM ESTUDO DE MORBIDADE

Women with breast cancer: a study on morbidity

ANA MARIA DE ALMEIDA¹ MARIA ANTONIETA SPINOSO PRADO² LENITA LOPES FREIRE
GUIDORIZZI³ FERNANDA DE PAULA ROSSINI⁴

O câncer de mama atualmente se constitui na primeira causa de morte por câncer entre mulheres, entretanto não se tem estudos sistematizados acerca da morbidade entre as mulheres após o diagnóstico e tratamento. O objetivo deste estudo é identificar a morbidade em mulheres com câncer de mama, que freqüentam um grupo de apoio. Os dados foram coletados nos prontuários e as variáveis independentes do estudo foram: idade, escolaridade, profissão/ocupação, estado civil, procedência, religião, tratamentos realizados, tempo pós diagnóstico e as variáveis dependentes os sinais e sintomas como: linfedema, diminuição da mobilidade dos braços, diminuição da força muscular, parestesias, alterações posturais, fibrose e aderência cicatricial, dor, tosse, obesidade. Os dados foram condensados em banco de dados e analisados com base na estatística descritiva. Os resultados encontrados: 59,6% das mulheres eram obesas; 39,3% apresentaram edema de braço; 38,3% apresentaram linfedema; 34,3% apresentaram diminuição da mobilidade do braço; 32,3% apresentaram dor. Este estudo nos aponta para a necessidade de uma reflexão acerca do cuidado, quando a valorização da qualidade de vida das mulheres tratadas por câncer de mama seria o ponto de partida para a tomada de decisão acerca dos tratamentos preconizados e, principalmente para os procedimentos dos protocolos de seguimentos. Aliado a isso uma maior valorização da reabilitação física e psico-social se faz necessária dando oportunidade a essas mulheres elaborarem seu processo de adoecer e, possibilitando a adoção de práticas que lhes garantam uma melhor qualidade de vida, independente de estágio de evolução da doença.

Unitermos: Câncer de mama. Morbidade. Reabilitação

Keywords: Breast neoplasms. Morbidity. Rehabilitation

Introdução

As Doenças Crônicas Degenerativas caracterizam-se, por longo período de latência, curso assintomático prolongado, envolvimento de múltiplos fatores de risco com participação importante do ambiente, acarretando alterações patológicas irreversíveis com conseqüente incapacidade residual¹.

É difícil estimar seu custo social uma vez que, não implica apenas em custos hospitalares ou aposentadorias precoces por incapacidade ou invalidez, mas reflete-se desde a produtividade do país até o impacto sobre a família.

Nesse grupo de doenças podemos incluir o câncer cujas implicações para o doente, família e sociedade em geral são a dor, o sofrimento, a incapacidade e a morte; representando milhões de anos de vida perdidos, uma vasta quantidade de

Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto /USP-REMA- Núcleo de Ensino Pesquisa e Assistência na Reabilitação de Mastectomizadas

1. Prof. Doutora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP

2. Mestre em Enfermagem - especialista de Laboratório da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto /USP

3. Enfermeira - Bolsita de Apoio Técnico do CNPQ

4. Enfermeira

Endereço para correspondência: Ana Maria de Almeida - Escola de enfermagem de Ribeirão Preto/USP - Av. Bandeirantes 3900 - CEP 14040-902 - Ribeirão Preto-SP - email: amalmeid@cerp.usp.br
Fone/Fax: (16) 633-3271

recursos destinados à detecção, diagnóstico e ao tratamento e, ainda recursos econômicos desperdiçados, pela redução do potencial de trabalho humano².

Além dos problemas apontados devemos considerar ainda a necessidade de acompanhamento por equipe multidisciplinar, que deve ser especializada, com formação e com disponibilidade de tecnologias apropriadas.

Segundo dados do Instituto Nacional do Câncer é difícil depreender a relação direta entre os recursos despendidos e o estágio em que o câncer é diagnosticado, uma vez que quanto mais avançado o estágio da doença maior o número de procedimentos de diagnóstico e terapêuticos aplicáveis bem como torna-se mais freqüentes as recidivas tumorais com a sobrevida progressivamente reduzida³.

Em relação ao câncer de mama o progresso da cinética tumoral tem permitido evidenciar que os cânceres de mama existem por diversos anos antes de alcançarem um tamanho detectável clinicamente. Uma ampla oportunidade de metastização, nesse período de crescimento oculto, coloca um limite na sua curabilidade absoluta⁴.

Essa situação se confirma quando analisamos dados de diagnóstico e constatamos que cerca de 50% dos casos de câncer de mama têm sido diagnosticados em estádios III e IV, fato que reduz a sobrevida e aumenta a possibilidade de recidivas bem como outros sinais e sintomas relacionados⁵.

No entanto, essa realidade tem se dispersado, tendo em vista que as estatísticas têm dado ênfase nas taxas de incidência e mortalidade, mas estudos sistematizados acerca da morbidade entre as mulheres após o diagnóstico e tratamento são muito escassos.

Com essa preocupação e partindo da observação de um grupo de mulheres que freqüenta o Núcleo de Ensino, Pesquisa e Assistência na Reabilitação de Mastectomizadas – REMA da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, que freqüentemente apresenta queixas relacionadas ou não à doença e tratamentos, propomos como objetivo deste estudo identificar a morbidade em mulheres com câncer de mama, que freqüentam o grupo de apoio acima referido.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo com abordagem quantitativa, que tem sido caracterizado como aquele cujo objetivo principal é descrever cuidadosamente características de pessoas, situações ou grupos, bem como a freqüência com que certo fenômeno ocorre⁶.

O estudo foi realizado no Núcleo de Ensino, Pesquisa e Assistência na Reabilitação de Mulheres Mastectomizadas - REMA, do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

O REMA tem funcionado nas dependências da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, prestando assistência a mulheres mastectomizadas, nas 2ª, 4ª e 6ª feiras, no horário de 8:00 as 12:00 horas. As mulheres tem sido encaminhadas por profissionais dos serviços de saúde que assistem mulheres com câncer de mama na cidade e região ou mesmo, pelas próprias mulheres que freqüentam o serviço e têm uma preocupação com o apoio a outras mulheres que vivenciam situações comuns. As mulheres têm sido assistidas de forma contínua, sendo que no ano de 2000 o número de atendimentos realizados foi 1899, num total de 135 dias.

Os dados foram coletados do banco de dados e dos prontuários das mulheres que freqüentaram o REMA no ano de 2000. As variáveis independentes do estudo foram: idade, escolaridade, profissão/ ocupação, estado civil, procedência, religião, tratamentos realizados, tempo pós diagnóstico, e as variáveis dependentes os sinais e sintomas como: linfedema, diminuição da mobilidade dos braços, diminuição da força muscular, parestesias, alterações posturais, fibrose e aderência cicatricial, dor, tosse, obesidade. Estas variáveis foram buscadas e identificadas através da leitura das anotações feitas nos prontuários das pacientes.

Os dados foram condensados em banco de dados e analisados com base na estatística descritiva.

O projeto foi submetido e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.

Resultados e discussão

A amostra constou de 99 mulheres que freqüentaram o REMA, no ano de 2000, sendo que a idade delas variou de 27 a 80 anos com uma média de 56,9 anos, com desvio padrão de 12,07, como mostra a tabela 1. A freqüência de mulheres com menos de 50 anos alcança 35,4% da amostra estudada, mostrando que o câncer de mama está aumentando em mulheres com menos de 50 anos, fato que já tem sido tratado como preocupante por estudiosos do assunto.

Esse fato aponta-nos para a necessidade de propostas educativas que problematizem o câncer de mama, entre as mulheres, e, principalmente, para que os serviços de saúde facilitem o acesso e disponibilizem métodos e técnicas para o diagnóstico precoce.

A Tabela 1 apresenta o grau de instrução das mulheres em estudo sendo que a maioria (51,5%) possui menos de quatro anos de estudo o que mostra uma coerência com a baixa escolaridade das mulheres, no país, em décadas anteriores uma vez que 64,6% da amostra tem mais de 50 anos de idade. Essa característica pode ser devido a maioria das mulheres estudadas terem feito o tratamento em um hospital universitário, com convênio SUS.

Quanto ao estado civil a maioria (57,6%) das mulheres era casada, 17,2% eram viúvas e 13,1% solteiras conforme apresentado na Tabela 1.

Concordante com a baixa escolaridade e idade das mulheres estudadas a Tabela 1 mostra que 60,6% das mulheres tinham como ocupação atividades domésticas sendo aqui consideradas aquelas realizadas dentro e fora do lar, tais como faxineira, arrumadeira, passadeira, cozinheira e costureira.

A maioria das mulheres atendidas no REMA é procedente de Ribeirão Preto (62,6%), as demais são provenientes da região circunvizinha de Ribeirão Preto, cidades do Estado de São Paulo e ainda 6 mulheres do Estado de Minas Gerais. Essa distribuição geográfica é decorrente do fato de Ribeirão Preto ser polo de referência secundária e terciária para o DIR XVIII e ser polo regional importante na área da saúde responsabilizando-se pelo diagnóstico, pelo tratamento e reabilitação de pacientes de outros estados.

Quanto a crença religiosa a maioria é católica (60,6%), 14,1% são evangélicas conforme apresentado na Tabela 1.

O tempo de freqüência no REMA variou de um mês a 11 anos e nove meses, sendo que a média foi de 3,7 (três anos e sete meses) com um desvio padrão de 2,9 (dois anos e nove meses), tempo prolongado no serviço pelo fato do mesmo ser fonte importante de suporte psicossocial, além da reabilitação física. (Tabela 2)

A idade das mulheres quando foi diagnosticado o câncer de mama variou de 24 a 74 anos, sendo a média de idade 51,3 anos com desvio padrão de 12,4. Entre as mulheres diagnosticadas com menos de 50 anos (35%), ressalta-se novamente a freqüência de mulheres diagnosticada com menos de 40 anos (15,2%), como mostra a Tabela 2.

A Tabela 3 apresenta as modalidades de tratamento para o câncer de mama a que foram submetidas as mulheres incluindo tratamento cirúrgico, radioterapia e quimioterapia. O tratamento cirúrgico foi realizado em 99% das mulheres, destas 44% foram submetidas a cirurgias radicais (Halted, Patey e Madden), e 47% a cirurgias conservadoras (quadrantectomia e nodulectomia). A quimioterapia foi realizada em 70 mulheres, 80 realizaram radioterapia e 37 hormonioterapia.

Entre os sinais e sintomas relatados e anotados nos prontuários das mulheres estudadas o edema do braço (39,3%) e o linfedema (38,3%) (Tabela 4) foram os sintomas mais encontrados o que vem de encontro com a literatura, quando aponta que a incidência do linfedema após tratamento por câncer de mama está entre 6 a 38%, dependendo da extensão da cirurgia⁷.

Sabendo-se que o edema é o acúmulo de líquido nos espaços intersticiais, o linfedema diferencia-se pelo fato do fluido acumulado ser rico em proteínas e o edema causado por uma deficiência na circulação do fluxo linfático combinada com uma insuficiente proteólise extralinfática das proteínas plasmáticas⁸.

O linfedema tem sido apontado por vários autores como uma das complicações mais frequentes do tratamento da câncer de mama^{7,9-12}.

O diagnóstico de edema pode ser estabelecido quando a

Tabela 1. Distribuição das mulheres que freqüentaram o REMA/2000, segundo a idade, escolaridade, estado civil, ocupação, procedência e religião. Ribeirão Preto/2001.

Variáveis	Categorias	nº	%
<i>Idade/ anos</i>	27 — 40	08	8,1
	40 — 50	27	27,3
	50 — 60	22	22,2
	60 — 70	26	26,2
	70 — 80	16	16,2
<i>Escolaridade</i>	Analfabeta	10	10,1
	1º grau incompleto	41	41,4
	1º grau completo	10	10,1
	2º grau incompleto	7	7,1
	2º grau completo	14	14,1
	3º grau incompleto	2	2,0
	3º grau completo	15	15,2
<i>Est. Civil</i>	Solteira	13	13,1
	Casada	57	57,6
	Viúva Separada	17	17,2
	Separada	12	12,1
<i>Ocupação</i>	Trabalhos Domésticos	60	60,6
	Área de Ensino	11	11,1
	Área Comercial	10	10,1
	Área da Saúde	9	9,1
	Serviço Público	5	5,1
	Área Rural	1	1,0
	Área Rural Outros	3	3,0
<i>Procedência</i>	Ribeirão Preto	62	62,6
	Região de Ribeirão Preto	28	28,3
	Outras cidades do Estado SP	3	3,0
	Cidades do Estado de MG	6	6,1
<i>Religião</i>	Católica	60	60,6
	Evangélica	14	14,1
	Espírita	5	5,1
	Outras	5	5,1
	Ateu	1	1,0
	Não Consta	14	14,1
TOTAL		99	100

diferença entre as medidas dos braços é de 1 a 1,5 cm, a diferença até 3 centímetros é considerado linfedema leve, a diferença de 3 a 5 centímetros linfedema moderado e acima de 5 centímetros linfedema severo¹⁰.

Neste estudo consideramos edema quando a diferença entre as medidas dos braços foi inferior a 3cm e linfedema quando a diferença foi maior ou igual a 3 cm, conforme

protocolo estabelecido no serviço, com base em vários estudos^{9,12-13}.

Outra importante complicação do tratamento do câncer de mama foi a diminuição da mobilidade do braço. O tipo de cirurgia é um dos fatores mais importantes para tal complicação¹⁴. Nos nossos achados o número de mulheres que persistiam com tal

Tabela 2. Distribuição das mulheres segundo o tempo de frequência no REMA/2000 e idade no diagnóstico. Ribeirão Preto/2001.

Variáveis	Categorias	nº	%
<i>Tempo REMA/ anos</i>	0 — 2	45	45,5
	2 — 4	17	17,1
	4 — 6	15	16,2
	6 — 12	21	21,2
<i>Idade no diagnóstico</i>	24 — 40	15	15,2
	40 — 50	35	35,3
	50 — 60	27	27,3
	60 — 74	22	22,2
TOTAL		99	100

complicação foi de 34 (34,3%) mulheres. A Tabela 5 mostra o número de mulheres que apresenta a diminuição do movimento em relação com o tempo de cirurgia e observa-se que 12 mulheres que apresentaram tinham de 3 meses a 1 ano de cirurgia e chama atenção que 9 mulheres com 2 a 5 anos de cirurgia ainda persistiam com esta limitação.

Ainda em relação aos sinais e sintomas relatados nos prontuários das mulheres estudadas a dor foi um importante sintoma, visto que 32 (32,3%) mulheres referiram dor e é uma queixa que deve ser considerada pela equipe de saúde, pois interfere na qualidade de vida.

A obesidade é um fator de risco para várias doenças crônico degenerativas e, em especial, para a mulher com câncer de mama, pois colocam-nas em risco aumentado para a possibilidade do aparecimento do câncer na mama¹⁵.

No levantamento realizado neste estudo foi encontrado um grande número de mulheres consideradas obesas, 59 mulheres (59,6%). Para classificar as mulheres como obesas foi utilizado o Índice de Massa Corpórea (Índice de Quetelet), que utiliza relação peso/altura² e caracteriza a obesidade em três graus: Grau I (25 a 29,9), Grau II (30 a 40) e Grau III (40 +). A Tabela 6 revela a distribuição das mulheres estudadas segundo o grau de obesidade¹⁶.

Os dados relativos ao fator obesidade se mostram como um fator a ser considerado na assistência a essas mulheres, uma vez que estudos tem mostrado uma associação entre esse fator e um mau prognóstico no câncer de mama¹⁷⁻¹⁸. Acresce-se ainda estudos que mostram que a obesidade quando acompanhada de um aumento do panículo adiposo no abdome predispõe a outras doenças crônico degenerativas como hipertensão arterial e diabetes.

Tabela 3. Distribuição das mulheres que freqüentaram o REMA/2000, segundo o tratamento realizado. Ribeirão Preto/2001

Tratamento	Sim	Não	Não Consta	TOTAL
<i>Cirurgia</i>		1	—	1
<i>Mastectomia (Halsted)</i>	4			33
<i>Mastectomia radical/modificada</i>	40			40
<i>Quadrantectomia</i>	33			33
<i>Nodulectomia</i>	14			14
<i>Bilateral</i>	7			7
<i>QTX</i>	70	27	2	99
<i>Radioterapia</i>	80	14	5	99
<i>Hormonioterapia</i>	37	33	29	99

Tabela 4. Distribuição das mulheres que freqüentaram o REMA/2000, de acordo com os sinais e sintomas. Ribeirão Preto/2001.

Sinais e sintomas	nº	%
Edema de braço (< 3cm)	39	39,30
Linfedema	38	38,30
Diminuição da mobilidade do braço	34	34,30
Dor	32	32,30
Aderência Cicatricial	17	17,10
Obesidade	59	59,60
Fibrose	6	6,06
Parestesia	4	4,04
Tosse	4	4,04
Fadiga	6	6,06
Diminuição da força muscular	4	4,04
Alteração postural	1	1,01

Tabela 5. Distribuição das mulheres que freqüentaram o REMA/2000, segundo o tempo de cirurgia e diminuição da mobilidade do braço. Ribeirão Preto/2001.

Tempo de cirurgia (meses)	Diminuição da mobilidade do braço nº
03 — 06	2
06 — 12	10
12 — 24	4
24 — 60	9
60 — 96	5
96 — 170	3
Não realizou	1
Total	34

Tabela 6. Distribuição das mulheres que freqüentaram o REMA/2000, segundo o grau de obesidade. Ribeirão Preto/2001.

Grau de obesidade	nº	%
Baixo peso	1	1,0
Peso ideal	18	18,2
Grau I	24	24,2
Grau II	31	31,3
Grau III	3	3,0
Não consta	19	19,2
Total	99	100,0

Considerações Finais

Os resultados do presente estudo nos aponta um quadro de morbidade que tem sido pouco

valorizado, uma vez que nem sempre está relacionado a possíveis sítios de metástases, mas compromete, fundamentalmente a qualidade de vida das mulheres.

Ressalta-se ainda na nossa experiência que pouca ênfase tem sido dada a esses sinais e sintomas e poucas mulheres são orientadas sobre possíveis complicações na tomada de decisões acerca dos tratamentos propostos e, principalmente, na orientação para a reabilitação no momento adequado e com tecnologia apropriada para a prevenção de incapacidades.

É importante enfatizar que os novos conceitos de reabilitação apontam para a promoção da saúde e prevenção de incapacidades aliado ao tratamento de sintomas visando assim uma melhor qualidade de vida.

Nesse sentido este estudo nos aponta para a necessidade de uma reflexão acerca do cuidado, quando a valorização da qualidade de vida das mulheres tratadas por câncer de mama seria o ponto de partida para a tomada de decisão acerca dos tratamentos preconizados e, principalmente para os procedimentos dos protocolos de seguimentos.

Aliado a isso uma maior valorização da reabilitação física e psicossocial se faz necessária dando oportunidade a essas mulheres elaborarem seu processo de adoecer e, possibilitando a adoção de práticas que lhes garantam uma melhor qualidade de vida, independente de estágio de evolução da doença.

Abstracts

Breast cancer is currently the primary cause of deaths due to cancer among women; however, there are not systematized studies concerning morbidity among women following diagnosis and treatment. This study aimed at identifying morbidity in women with breast cancer who participated in a support group. Data were collected from medical records and the independent variables used in the study were: age, education, profession/occupation, marital status, origin, religion, treatment carried out and post-diagnosis time. Dependent variables were signals and symptoms, such as: lymphedema, reduction in arm mobility, decrease in muscle strength, paresthesias, postural alterations, fibrosis and scar adherence, pain, coughing and obesity. Data were condensed in a database and analyzed on basis of descriptive statistics. The findings were: 59.6% of the women were obese; 39.3% presented arm edema; 38.3% presented lymphedema; 34.3% presented arm mobility reduction; 32.3% showed pain. This study points out the need for a reflection concerning care, when the valorization of the quality of life of women treated for breast cancer would be the starting point for decision-making regarding the preconized treatments and particularly for follow-up protocol procedure. In addition, a greater valorization of the physical and psychosocial rehabilitation is necessary, which would provide these women with the opportunity of elaborating their process of becoming ill and enable the adoption of practices that would ensure a better quality of life regardless of the level of development of the disease.

Referências bibliográficas

1. Lessa I. Doenças crônico-degenerativas. In: Rouquayrol MZ, editor. Epidemiologia & saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 1987. p.331-42.
2. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer- INCA, Coordenadoria de programas de controle do câncer- Pro-Onco. O problema do câncer no Brasil. 4. ed. Rio de Janeiro: INCA/Pro-Onco; 1997.
3. Ministério da Saúde, Secretária Nacional de Assistência à Saúde, Instituto Nacional do Câncer. Controle do câncer: uma proposta de integração ensino/serviço. 3. ed. Rio de Janeiro: INCA; 1999.
4. Donegan WL. Introduction to the history of breast cancer. In: Donegan WL, Spratt JS, editors. Cancer of the breast. 4th ed. Philadelphia: W. B. Saunders; 1995. p.1-15.
5. Ministério da Saúde, Secretária Nacional de Assistência à Saúde, Instituto Nacional do Câncer. Estimativa da incidência e mortalidade por câncer no Brasil 2000. Rio de Janeiro: INCA; 2000.
6. Polit DF, Hungler BB. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995. p.108-40.
7. Andersen L, Hojris I, Erlandsen M, Andersen J. Treatment of breast cancer: related lymphedema with or without manual lymphatic drainage. Acta Oncol 2000; 39:399-405.
8. Vogelfang D. Linfologia básica. São Paulo: Ícone; 1995.
9. Mamede MV. Reabilitação de mastectomizadas: um novo enfoque assistencial. Ribeirão Preto; 1991. [Tese Livre-docência - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP].
10. Humble CA. Lymphedema: incidence, pathophysiology, management, and nursing care. Oncol Nurs Forum 1995; 22:1503-9.
11. Price J, Purtell JR. Prevention and treatment of lymphedema after breast cancer. Am J Nurs 1997; 97:34-7.
12. Panobianco MS. Acompanhamento dos três primeiros meses pós tratamento cirúrgico do câncer de mama: estudo das complicações e intercorrências associadas ao edema de braço. Ribeirão Preto; 1998. [Dissertação de mestrado - Escola de Enfermagem Ribeirão Preto da USP].
13. Meirelles MCCC. Linfedema pós cirurgia por câncer de mama: avaliação de um protocolo de tratamento. Ribeirão Preto. 1998. [Dissertação de mestrado - Escola de Enfermagem Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo].
14. Sugden EM, Rezvam M, Harrison JM, Hughes LK. Shoulder movement after the treatment of early stage breast cancer. Clin Oncol 1998; 10:173-81.
15. Huang Z, Hankinson S, Colditz GA, et al. Dual Effects of Weight and gain on breast cancer risk. JAMA 1997; 278:1407-11.
16. Mahan LK, Arlin MT. Alimentos, nutrição e dietoterapia. 8. ed. São Paulo: Roca; 1995.
17. Nahás EAP, Pontes A, Nahás Neto J, De Lucca LA. A relação entre obesidade, menopausa e terapia de reposição hormonal. Repro Clin 1998; 13:28-31.
18. Atalah SE, Urteaga R, Rebollo Acevedo A, Medina Lois E, Csendes Juhasz A. Factores de riesgo del cancer de mama en mujeres de Santiago. Rev Med Chile 2000; 128:137-43.