

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS DE ADAPTAÇÃO PSICOSSOCIAL ENTRE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA

DEMOGRAPHIC AND CLINICAL CHARACTERISTICS OF PSYCHOSOCIAL ADAPTATION IN WOMEN WITH BREAST CANCER

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS DE ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL ENTRE MUJERES CON CÁNCER DE MAMA

Elenice Dias R. P. Lima¹
Alexandre P. Lima²
Aidê Ferreira Ferraz³

RESUMO

Este estudo examinou correlatos de adaptação psicossocial, demográficos e clínicos entre 120 mulheres em tratamento de câncer de mama. As análises indicaram que a existência de filhos adultos morando em casa, maior escolaridade e melhor renda familiar estavam relacionados a uma melhor adaptação psicossocial das mulheres entrevistadas, enquanto que mudanças no trabalho devido à doença e ao Estádio III C do tumor associaram-se mais a problemas psicológicos e sociais. Os achados oferecem importante fundamentação para o entendimento de variáveis associadas à adaptação ao tratamento do câncer de mama.

Palavras-chave: Neoplasias Mamárias/psicologia; Adaptação

ABSTRACT

This study examines psychosocial, demographic, and clinical adjustment correlates in 120 women treated for breast cancer. Analysis suggests that the presence of grown-up children living at home, higher education, and higher family income was related to increased psychosocial adjustment levels. Changes at work due to the disease and tumor stage IIIC were associated with psychological and social problems. The findings offer an important basis to understand variables associated with adaptation to breast cancer treatment.

Key words: Breast Neoplasm/psychology; Adaptation

RESUMEN

El presente estudio analizó relatos de adaptación psicossocial, demográficos y clínicos entre 120 mujeres en tratamiento de cáncer de mama. Los análisis indicaron que la presencia de hijos adultos viviendo en el hogar, mayor escolaridad y mejor ingreso familiar son factores que se relacionan con una mejor adaptación psicossocial de las mujeres entrevistadas. Por otro lado, las alteraciones laborales a causa de la enfermedad y del estadio III C del tumor se asocian más a problemas psicológicos y sociales. Los hallazgos ofrecen bases importantes para entender las variables asociadas a la adaptación al tratamiento de cáncer de mama.

Palabras clave: Neoplasias de la Mama/psicología; Adaptación

¹ Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela New York University – USA. Professora Adjunto da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EUFMG), Departamento de Enfermagem Básica. Orientadora do Programa de Pós-Graduação – Mestrado – da EEFMG.

² Médico Ginecologista e Obstetra no Memorial Sloan-Ketterin Cancer Center, NY, USA.

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada da Escola de Enfermagem da UFMG, Departamento de Enfermagem Básica. Orientadora do Programa de Pós-Graduação – Mestrado – da EEFMG. Coordenadora do NEPCE – Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Comunicação em Enfermagem.

Endereço para correspondência: Av. Alfredo Balena, n. 190, 3º. andar, Bloco Norte. Bairro Santa Efigênia, Belo Horizonte, Minas Gerais Brasil. CEP: 30130-100

E-mail: elenice_lima@enf.ufmg.br

INTRODUÇÃO

O câncer de mama é o tipo de câncer mais comum entre as mulheres, excluindo os cânceres de pele não melanoma. De acordo com a Organização Mundial de Saúde – OMS¹, mais de 1,2 milhões de pessoas seriam diagnosticadas com câncer de mama em 2006. Estima-se que a chance de uma mulher desenvolver câncer de mama invasivo durante a sua vida é de aproximadamente 1 por 8, cerca de 13%.¹ No Brasil são esperados 48.930 novos casos em 2006, com um risco geral estimado de 52 casos a cada 100 mil mulheres, sendo que para as regiões Sudeste e Sul chega a 71 e 69 por 10.000 mulheres, respectivamente.⁽²⁾

Apesar de as taxas de mortalidade continuarem elevadas no Brasil, melhores taxas de sobrevivência têm sido observadas nas últimas décadas, devido à melhoria da qualidade das intervenções clínicas proporcionada pelos diagnósticos precoces, por novas técnicas de rastreamento e pelos avanços técnico-científicos relacionados ao tratamento do câncer. Com o aumento da sobrevivência, aumentam também as preocupações com a adaptação psicossocial dessa população a longo prazo. O impacto da doença se faz sentir não apenas no paciente, mas na família e seu ambiente social, demandando muitos esforços para adaptação física, social e psicológica.⁽³⁾

Alguns estudos mostram que o estresse pós-tratamento apresenta-se na forma de sintomas de desordem por estresse pós-traumático. Ansiedade, problemas causados por deterioração da imagem corporal, declínio nas funções familiares e sociais, incluindo-se problemas no casamento são verificados em alguns estudos realizados na América do Norte e Europa⁽⁴⁾ e, sabidamente, também ocorrem de modo semelhante, entre a população brasileira.

Diversas variáveis demográficas e clínicas têm sido relacionadas a problemas psicossociais entre mulheres com câncer de mama. Fatores tais como idade, etnia, status socioeconômico, educação, tipo de cirurgia e dissecação de linfonodos restringem o efeito de estratégias de enfrentamento em situações de enfermidade. Alguns estudos indicam que gênero, idade e etnicidade influenciam no enfrentamento de doenças e no resultado dos tratamentos.^(3,5)

É importante que os profissionais da saúde estejam atentos às características pessoais e individuais associadas aos problemas de adaptação psicossocial de seus pacientes. Contudo, a literatura consultada revela que poucos são os estudos que examinam fatores demográficos relacionados ao enfrentamento da doença. A morbidade psicológica, emocional e social pode ser prevenida quando são oferecidas aos pacientes adequadas e precoces intervenções.^(6,7,8)

OBJETIVO

Realizamos este estudo com o objetivo de investigar as associações entre variáveis demográficas e clínicas e da adaptação psicossocial de mulheres em tratamento pós-cirúrgico de câncer de mama, oferecendo assim subsídios para que os profissionais da saúde reconheçam pacientes de risco e intervenham na prevenção dos problemas psicológicos e sociais.

METODOLOGIA

A natureza deste estudo é correlacional e descritiva, o que permite a descrição do relacionamento entre variáveis.⁽⁹⁾ Foi realizado um estudo cross-seccional e correlacional. Os dados foram coletados entre 120 mulheres em tratamento de câncer de mama que concordaram em participar voluntariamente do estudo. Previamente à coleta de dados foi obtida aprovação dos comitês de ética das instituições envolvidas e, rigorosamente seguidas todas as exigências éticas contidas na Resolução N.196/96⁽¹⁰⁾ do Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde do Brasil. Após assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido, as participantes foram entrevistadas individualmente, utilizando-se um formulário para informações demográficas com 13 variáveis, um para informações clínicas com seis variáveis, e a Escala de Adaptação Psicossocial a Enfermidades.⁽¹¹⁾ Este instrumento possui 46 itens que medem adaptação nos seguintes domínios: vocacional, familiar imediato, familiar amplo, sexual, social, psicológico e lazer.

A Escala de Adaptação Psicossocial a Enfermidades foi traduzida para o Português segundo normas de tradução de Escalas Psicométricas e avaliada quanto à consistência interna e validade de conteúdo. Um resultado Cronbach alpha igual a 0,90 revelou ótima confiabilidade e a comparação das respostas da Escala com outro questionário, avaliando os mesmos itens, demonstrou validade de conteúdo. Para a análise dos dados foi computada estatística descritiva e correlação de Pearson. O nível de significância foi estabelecido em 0,05.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Características demográficas

A distribuição da idade das mulheres que constituíram a amostra estudada variou entre 27 a 79 anos, com uma média de 51,5 anos (DP = 11,5), conforme demonstrado na Tabela 1. A maioria das mulheres se encontrava em idade peri-menopáusicas, confirmando os achados da literatura consultada.

TABELA 1. DISTRIBUIÇÃO DAS PARTICIPANTES QUANTO À IDADE (N = 120)

Variável	n	%	Porcentagem Cumulativa
Idade			
27	1	0,8	0,8
28 – 34	6	5,0	5,8
35 – 41	17	14,2	20,0
42 – 48	25	20,8	40,8
49 – 55	34	28,3	69,1
56 – 62	12	10,0	79,1
63 – 69	13	10,9	90,0
70 – 77	11	9,2	99,2
79	1	0,8	100,0

Fonte primária.

Neste estudo 58,3% (n = 70) das mulheres eram casadas e aproximadamente 63% (n = 75) moravam com outras três ou cinco pessoas na mesma casa. Metade das participantes (n = 62) tinham escolaridade mínima de ensino médio e 40 (28%) tinham ensino superior. Contudo, 52 mulheres (43,3%) tinham no máximo o ensino fundamental (TAB. 2).

TABELA 2. DISTRIBUIÇÃO DAS PARTICIPANTES QUANTO À ESCOLARIDADE E ESTADO CIVIL (N = 120)

Variável	n	%
Escolaridade		
Ensino Fundamental ou menos	52	43,3
Ensino Médio incompleto	6	5,0
Ensino Médio completo	22	18,3
Ensino Superior incompleto	5	4,2
Ensino Superior completo	31	25,8
Mestrado	2	1,7
Doutorado	2	1,7
Estado Civil		
Casada	70	58,3
Solteira	18	15,0
Amasiada	5	4,2
Divorciada/Separada	13	10,9
Viúva	14	11,7

Fonte primária.

A renda familiar mensal era baixa na maioria dos casos. Mais da metade (55%, n = 66) indicaram uma renda familiar de no máximo dois salários mínimos. Este quadro econômico-financeiro se agrava ainda mais quando atentamos para o fato de que 80% (n = 96) das participantes moravam em casas com duas ou mais pessoas.

Metade das participantes deste estudo (n = 61; 50,8%) se encontravam em licença médica (TAB. 3). Apenas 21 (17,5%) estavam trabalhando. Aproximadamente 76% (n = 91) mencionaram alguma mudança no trabalho por causa da doença, incluindo diminuição da carga horária, mudança de atividades, aposentadoria ou perda do serviço/emprego.

TABELA 3. DISTRIBUIÇÃO DAS PARTICIPANTES QUANTO À SITUAÇÃO NO EMPREGO E MUDANÇAS OCORRIDAS NO TRABALHO EM DECORRÊNCIA DA DOENÇA (N = 120)

Variável	n	%
Situação no emprego		
Desempregada	4	3,3
Até 20 semanais	10	8,3
Tempo integral	11	9,2
Aposentada	24	20,0
Licença médica	61	50,8
Outra	10	8,3
Mudanças ocorridas no trabalho		
Nenhuma	29	24,2
redução na jornada	22	18,3
interrupção do serviço	68	56,7
mudança de atividade	1	0,8

Fonte primária.

A nuliparidade, que é considerada como fator de risco para câncer de mama, foi encontrada apenas entre 19,2% (n = 23) das participantes. A maioria (n = 97, 80,8%) tinha filhos e, dentre estas, mais da metade tinha filhos ainda na idade escolar (TAB. 4).

TABELA 4. DISTRIBUIÇÃO DAS PARTICIPANTES QUANTO À MATERNIDADE (N = 120)

Variável	n	%
Maternidade		
Tinha filhos	97	80,8
1 – 3 filhos	87	89,7
4 filhos ou mais	10	10,3
Idade dos filhos		
Abaixo de 5 anos	8	8,2
6 – 12 anos	23	23,7
13 – 19 anos	34	35,1
20 – 29 anos	58	59,8
30 anos ou mais	25	25,8
Filhos em idade escolar em casa	51	52,6
Filhos adultos morando em casa	46	47,4
Nulíparas	23	19,2

Fonte primária.

Ao informarem como descobriram o nódulo na mama, quase metade ($n = 51$, 42,5%) mencionou que percebeu por acaso. Apenas 20% ($n = 24$) encontraram a lesão por meio da realização de auto-exame da mama rotineiro (TAB. 5), o que sugere a falta dessa prática entre mulheres brasileiras, problema já referido em estudos anteriores.^{12,13} Aproximadamente 31% ($n = 37$) descobriram a anormalidade na mama por meio de exames como mamografia ou ultrassom, e alguns desses exames foram realizados com propósitos diagnósticos, e não como rastreamento de rotina. O número relativamente pequeno de casos encontrados por mamografia rastreadora provavelmente explica o baixo índice de casos em estágio 0 ($n = 10$) encontrado nesta amostra (TAB. 10). Uma mamografia para diagnóstico é útil no esclarecimento de uma área anormal à palpação, mas é a rastreadora em uma mulher assintomática que detecta um carcinoma de mama clinicamente oculto. A mamografia é considerada como o componente mais significativo de rastreamento de câncer de mama em qualquer país.¹⁴

TABELA 5. DISTRIBUIÇÃO DAS PARTICIPANTES SEGUNDO O MODO DE IDENTIFICAÇÃO DA LESÃO MAMÁRIA (N = 120)

Variável	n	%
Modo de identificação da lesão mamária		
Por acaso	51	42,5
Autoexame de mama rotineiro	24	20,0
Exame físico pelo médico	8	6,7
Mamografia	37	30,8

Fonte primária.

A maioria das mulheres (62,5%, $n = 75$) não tinha história familiar de câncer de mama. Apesar deste ser um dos determinantes de risco mais consistentes, vários estudos mostram que, em geral, fatores hereditários estão implicados no desenvolvimento de apenas 25% de todos os cânceres mamários.¹⁴ Alguns estudos também mostram que aproximadamente 13% das mulheres com câncer de mama têm história familiar da doença entre mãe, irmã ou filha.¹⁵ No presente estudo, 14,2% ($n = 17$) das participantes mencionaram casos de câncer de mama entre mães e irmãs.

Quinze mulheres (12,5%) indicaram ter sido diagnosticadas com depressão no ano anterior ao diagnóstico de câncer de mama, e quase metade (40%, $n = 48$) reportaram outros tratamentos médicos prévios. Dentre estas, uma teve câncer na mama contra-lateral, outra teve câncer de útero, outra câncer de tireóide, e ainda outra relatou infarto de miocárdio.

Características clínicas

A maioria das participantes recebeu tratamento cirúrgico conservador da mama ($n = 78$, 63%). Apenas duas mulheres não fizeram linfadenectomia axilar ou de linfonodo sentinela, e dentre as que fizeram, 67 (56,8%) não apresentaram metástase nos linfonodos.

Aproximadamente 60% das participantes apresentaram uma extensão anatômica do tumor com estadiamento 0, I ou II A (TAB. 6). Estes estágios se referem a tumores operáveis, não mais do que 5 cm em sua maior extensão, sem evidências de metástases distantes e, no caso de metástases em linfonodos, não mais do que três linfonodos axilares comprometidos.¹⁴

TABELA 6. DISTRIBUIÇÃO DAS PARTICIPANTES QUANTO AO TIPO DE CIRURGIA, ESTADO DOS LINFONODOS E ESTADIAMENTO (N = 120)

Variável	n	%
Tipo de cirurgia		
Conservadora	78	65,0
Não conservadora	42	35,0
Linfonodos		
Sem dissecação	2	1,7
Dissecados	118	98,3
Negativo	67	56,8
Positivo	51	43,5
Estadiamento		
Estádio 0	10	8,3
Estádio I	33	27,5
Estádio II A	30	25,0
Estádio II B	18	15,0
Estádio III A	14	11,7
Estádio III B	3	2,5
Estádio III C	12	10,0

Fonte primária.

A distribuição da amostra conforme o tipo de tratamento está demonstrada na tabela 7. Oitenta e quatro pacientes (70%) estavam em quimioterapia ou haviam passado por este tipo de tratamento.

TABELA 7. DISTRIBUIÇÃO DAS PARTICIPANTES QUANTO AO TIPO DE TRATAMENTO (N = 120)

Variável	n	%
Tratamento atual		
Radioterapia	38	31,7
Quimioterapia	20	16,6
Hormonioterapia	38	31,7
Radiação e Quimioterapia	5	4,2
Radiação e Hormonioterapia	19	15,8
Tratamento já completo		
Nenhum	47	39,2
Radioterapia	14	11,7
Quimioterapia	31	25,8
Radio e Quimioterapia	28	23,3

Fonte primária.

Correlação entre as características demográficas e clínicas e da adaptação psicossocial

Dentre as 13 variáveis demográficas investigadas, quatro foram significativamente correlacionadas com Adaptação Psicossocial ($p < 0,05$). Essas variáveis foram “filhos adultos morando em casa” ($r = -0,35$), “nível de escolaridade” ($r = -0,28$), “renda familiar” ($r = 0,28$) e “mudanças no trabalho devidas à doença” ($r = -0,29$). A presença de filhos adultos morando em casa, maior nível de escolaridade e melhor renda familiar foram relacionados a uma melhor adaptação psicossocial, enquanto que mudanças no trabalho devido à doença teve mais associação com problemas psicológicos e sociais. A variável “adaptação psicossocial” compartilhou uma variância de 12,3% com “filhos adultos morando em casa”, e aproximadamente 8% com “nível de escolaridade” e “renda familiar”.

A variável clínica que foi significativamente correlacionada à adaptação foi o estágio III C do tumor ($r = 0,18$), responsável por 3,2% da variância da adaptação psicossocial. Este estágio é caracterizado pelo tumor localmente avançado com metástases em 10 ou mais linfonodos axilares, ou metástases em linfonodos supraclaviculares ou infraclaviculares (Moore, 2002). Esta extensão da doença está relacionada a maiores taxas de recorrência e mortalidade, o que pode gerar maior estresse psicossocial na mulher.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As pontuações sobre os dados apresentados neste estudo têm grande relevância e podem contribuir para a compreensão do processo de adaptação psicossocial entre mulheres com câncer de mama e para o estabelecimento de estratégias eficazes de intervenção, pelos profissionais de saúde, no tratamento das mesmas, proporcionando-lhes melhores condições de convivência com a doença e seus desdobramentos, assim como maiores oportunidades de interações sociais em diferentes contextos.

Ressaltamos, no entanto, que as conclusões desta pesquisa devem ser vistas com cautela à luz das limitações do estudo. Foi realizado um estudo cross-seccional e correlacional. Outras abordagens metodológicas poderão ser úteis para a compreensão desse problema, contemplando aspectos situados no seu entorno, não menos importantes.

Os resultados deste estudo indicaram que a presença de filhos adultos morando em casa, um melhor nível de escolaridade, uma renda familiar mais alta, mudanças ocorridas no trabalho devido à doença e estágio III C do tumor dificultavam a adaptação psicossocial das mulheres participantes da pesquisa. Entretanto, a direção oposta da correlação é igualmente plausível. Contudo, apesar das interações causais não terem sido discernidas neste estudo, os achados representam uma importante contribuição ao atendimento de mulheres em tratamento de câncer de mama. Os resultados podem ainda servir de guia para estudos prospectivos subsequentes, que avaliem preditores de adaptação entre pacientes com câncer de mama. Considera-se que o presente estudo oferece informações fundamentais que podem subsidiar o planejamento de intervenções interdisciplinares no tratamento

dessas pessoas a fim de promover a qualidade de vida de mulheres que tiveram um diagnóstico de câncer de mama. Os resultados indicam alguns fatores pessoais de risco para uma adequada adaptação psicossocial. A melhor compreensão desses fatores contribuirá para um suporte clínico efetivo que previna problemas psicológicos e sociais entre essas mulheres.

A adaptação psicossocial e o convívio social são fatores determinantes da qualidade de vida. Esses se tornam ainda mais relevantes no caso de pessoas portadoras de doenças estigmatizantes que tendem ao isolamento e têm se revelado como uma forma de fortalecimento das redes de interações sociais e de suporte social no enfrentamento dessas doenças, contribuindo para a adaptação psicossocial e a restauração da estima e da sociabilidade desses doentes.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. General Information on Breast Cancer. Geneva: WHO; 2006. [Cited em 10 ago. 2006]. Available from: www.who.int/cancer.
2. Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2006 - Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2006. [Citado em 10 ago. 2006]. Disponível em: www.inca.gov.br
3. List MAJ, Lee Rutherford J, Stracks D, Haraf MS, Kies M, Vokes EE. An exploration of the pretreatment coping strategies of patients with carcinoma of the head and neck. *Cancer* 2002; 95(1): 98-104.
4. Sears SR, Stanton AL, Danoff-Burg, S. The yellow brick road and the emerald city: Benefit finding, positive reappraisal coping, and posttraumatic growth in women with early-stage breast cancer. *Health Psychol* 2003; 22 (5), 487-97.
5. Steffen PR, Hinderliter AL, Blumenthal JA, Sherwood A. Religious coping, ethnicity, and ambulatory blood pressure. *Psychosomatic Med* 2001; 63(4): 656-74.
6. Baider L, Andritsch E, Uziely B, Ever-Hadani P, Goldzweig G, Hofmann G, et al. Do different cultural settings affect the psychological distress of women with breast cancer? A randomized study. *Eur J Cancer Care* 2003; 12(3), 263-73.
7. Pasacrete JV. Depressive phenomena, physical symptom distress, and functional status among women with breast cancer. *Nurs Res* 1997; 46(4): 214-21.
8. Lickley L. Primary breast cancer in the elderly. *Can J Surg* 1997; 40: 341-51.
9. Frankfort-Nachmias C, Nachmias, D. *Research Methods in the Social Sciences*. New York: Worth; 2000.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96. Brasília: Ministério da Saúde; 1996. [Citado em 10 out. 2006]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/Reso196.doc>
11. Derogatis LR. *The Psychosocial Adjustment to Illness Scale: Administration, scoring and procedures manual*. Riderwood, MD: Clinical Psychometric Research; 1983.
12. Tenório IM. Representações sociais de mulheres (usuárias e profissionais de saúde) sobre a prevenção do câncer ginecológico [dissertação]. João Pessoa: Federal University of Paraíba; 1996.
13. Yoshioka MR, Souza M. Auto-exame de mamas: identificação de alguns fatores que influenciam sua prática. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 1994; 28(2): 215-26.
14. Borgen PI, Hill ADK. *Breast diseases*. Texas: Landies Bioscience-Vademecum; 2000
15. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Familial breast cancer: collaborative reanalysis of individual data from 52 epidemiological studies including 58,209 women with breast cancer and 101,986 women without the disease. *Lancet* 2001; 358(9291): 1389-99.

Recebido em: 10/07/2006

Aprovado em: 16/10/2006