

Avaliação da sexualidade, qualidade de vida e capacidade funcional em mulheres sobreviventes do câncer de mama

Evaluation of sexuality, quality of life and functional capacity in breast cancer survivors

Evaluación de la sexualidad, la calidad de vida y la capacidad funcional en mujeres sobrevivientes del cáncer de mama

Thiago Rosendo Santos Miranda¹

Nicole Talitha Rojas Rodriguez²

Vanessa de Souza Ferraz³

Ana Beatriz Gomes de Souza Pergoare⁴

¹ Mestrando em Ciências do Movimento pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS). Fisioterapeuta. E-mail: thiagorsm29@gmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2414-2711>

² Instrutora de Pilates. Fisioterapeuta. E-mail: nicknicole98@gmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8886-027X>

³ Mestre em Ciências do Movimento pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS). Fisioterapeuta. E-mail: ferrazpilates@gmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7468-3156>

⁴ Docente do Instituto Integrado de Saúde da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS). Fisioterapeuta. E-mail: anabegs@hotmail.com, ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-6958-5719>

Resumo: O câncer de mama é uma doença maligna, crônica e degenerativa de alta incidência. A doença e o seu tratamento geram repercussões físicas e emocionais em seus pacientes. O objetivo foi avaliar a sexualidade, a qualidade de vida e a capacidade funcional de mulheres submetidas ao tratamento do câncer de mama, provenientes do Hospital de Câncer Alfredo Abrão (HCAA), com diagnóstico nos últimos dois anos. Estudo de natureza transversal, no qual as mulheres foram submetidas à avaliação composta pelos questionários: Female Sexual Function Index (FSFI) e o Quality of Life Questionnaire Breast Cancer EORTC QLQ-C30; testes para avaliar a capacidade funcional, como Teste de Caminhada de 6 minutos (TC6), Teste Sentar e Alcançar (TSA) e Dinamometria de Membros Superiores. Observou-se que houve impactos na qualidade de vida relacionados à sexualidade e capacidade funcional.

Palavras-chave: sexualidade; qualidade de vida; capacidade funcional; modalidades da fisioterapia.

Abstract: Breast cancer is a malignant, chronic and degenerative disease with a high incidence. The disease and its treatment generate physical and emotional repercussions in the patients. The objective was to evaluate the sexuality, quality of life and functional capacity of women undergone breast cancer treatment, coming from the Alfredo Abrão Cancer Hospital (HCAA), and diagnosed in the last two years. It was a cross-sectional study, in which women were subjected to the evaluation composed by the following questionnaires: Female Sexual Function Index (FSFI) and the Quality of Life Questionnaire Breast Cancer EORTC QLQ-C30; tests to evaluate functional capacity such as the 6-minutes Walk Test (6MWT), Sit and Reach Test (TSA) and Upper Limb Dynamometry. It was observed that there were impacts on the quality of life related to sexuality and functional capacity.

Keywords: sexuality; quality of life; functional capacity; physical therapy modalities.

Resumen: El cáncer de mama es una enfermedad maligna, crónica y degenerativa de alta incidencia. La enfermedad y su tratamiento generan repercusiones físicas y emocionales en sus pacientes. El objetivo fue evaluar la sexualidad, la calidad de vida y la capacidad funcional de mujeres en tratamiento de cáncer de mama, provenientes del Hospital de Oncología Alfredo Abrão (HCAA) diagnosticadas en los últimos dos años. Estudio transversal, en el que las mujeres fueron sometidas a la evaluación que comprende los cuestionarios: Índice de Función Sexual Femenina (FSFI) y el Cuestionario de Calidad de Vida de Cáncer de Mama EORTC QLQ-C30; pruebas para evaluar la capacidad funcional, como la Prueba de Marcha de 6 Minutos (PM6M), Prueba de Sentarse y Estirarse (TSA) y Dinamometría de Miembros Superiores. Se observó que hubo impactos en la calidad de vida relacionados con la sexualidad y la capacidad funcional.

Palabras clave: sexualidad; calidad de vida; capacidad funcional; modalidades de fisioterapia.

1 INTRODUÇÃO

O câncer de mama é uma das patologias de maior incidência e prevalência que assola a população de mulheres em nível mundial, caracterizado por sua natureza maligna, não transmissível e de caráter crônico degenerativo. Sua etiologia multifatorial engloba aspectos da qualidade e do estilo de vida do indivíduo, fatores genéticos e ambientais, além da menopausa tardia, menarca precoce e idade acima de 50 anos.

Os constantes avanços nas áreas das ciências biológicas e da saúde têm permitido a realização de diagnósticos mais precisos para detectar o câncer de mama, que possibilitam intervir de maneira precoce, norteiam o tratamento e aumentam a chance de sobrevivência e cura. Há uma grande ocorrência de efeitos e sequelas associados ao câncer de mama e seu enfrentamento, que surgem progressivamente desde o momento do diagnóstico e se estendem após o tratamento e a abordagem terapêutica (cirurgia ou terapias endócrinas), a depender do procedimento cirúrgico inicial; quantidade de linfonodos removidos; tipo de mastectomia; se houve ou não reconstrução mamária; e terapias adjuvantes.

As complicações mais relatadas na literatura envolvem: dor crônica, limitação da amplitude articular durante os movimentos, mobilidade e força muscular diminuídas, fadiga, linfedema e *deficit* da capacidade aeróbica. Há uma alta prevalência de disfunções sexuais acarretadas pós-cirurgia, independentemente da técnica escolhida. Além do mais, a perda de cabelo, cicatrizes, perda total (ou parcial) da mama e a ação de fármacos interferem no desejo e na função sexual. A junção desses eventos culmina na fragilização da mulher em toda sua esfera biopsicossocial, o que gera um impacto negativo em sua sexualidade, funcionalidade e qualidade de vida.

Tais habilidades são primordiais na execução de atividades de vida diária (AVD) e atividades instrumentais de forma autônoma, como vestir-se, lavar-se, prender os cabelos, que correspondem ao conceito de capacidade funcional, descrito na Classificação de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Consiste, assim, em um influente preditor do nível de independência, sendo essencial para implementar intervenções de acordo com as necessidades apresentadas.

Tangentes à sexualidade, vários aspectos estão inseridos neste conceito que ultrapassa o funcionamento sexual: é produto de um conjunto complexo que não envolve apenas a anatomia e fisiologia, mas também a psique, a autoimagem e autoestima, a satisfação com o “eu” que acrescenta positiva ou negativamente na vida da mulher. Dentre esses aspectos, estão o sexo, a identidade de gênero, a orientação sexual, o prazer, o erotismo, a intimidade e a reprodução.

Quanto à qualidade de vida, podemos descrevê-la como a percepção do próprio indivíduo acerca do ambiente do qual faz parte, onde há sistemas de valores e culturas definidos, relacionados a suas expectativas e anseios, seus objetivos pessoais, preocupações do cotidiano e a associação de todos esses fatores.

Apesar de já existirem na literatura maneiras de quantificar e qualificar essas variáveis, ainda é necessário atentar-se aos impactos do câncer de mama sobre a vida das mulheres e mensurá-los, pois, por meio de uma avaliação criteriosa, fidedigna e humanizada, a compreensão de como essa patologia afeta diferentes aspectos em suas vidas poderia ser otimizada e fornecer um instrumento que guie os profissionais de saúde durante suas intervenções, para encorajá-las diante da cronicidade da doença. Diante do exposto, o presente estudo teve por objetivo avaliar e mensurar a sexualidade, a qualidade de vida e a capacidade funcional em mulheres sobreviventes do câncer de mama.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Para alcançar o objetivo proposto, conduziu-se um estudo transversal com a subsequente captação das voluntárias, provenientes do Hospital de Câncer Alfredo Abrão (HCAA) localizado em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil. A captação aconteceu entre o período de novembro de 2019 e março de 2020. Participaram do estudo 17 voluntárias.

Os critérios de inclusão foram: idade ≥ 18 anos, fase de tratamento concluída, estar no pós-operatório de mastectomia radical, realização ou não de hormonioterapia, estar sedentária e ter ou não vida sexual ativa no último mês, com ou sem parceiro(a). Foram excluídas do estudo: aquelas

que tiveram outras comorbidades neurológicas associadas, deficiência limitante e recidiva do câncer.

Majoritariamente aos critérios de inclusão, as participantes foram orientadas acerca dos objetivos do estudo, quais instrumentos seriam utilizados, seus benefícios e riscos à saúde. Aquelas que se sentiram aptas a participar leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), do qual também receberam uma cópia. O respaldo ético foi obtido em comitê de ética institucional (Parecer 3.678.364).

2.1 Instrumentos de avaliação

Por meio de um questionário estruturado, foram coletadas as seguintes variáveis descritivas sociodemográficas: nome, endereço, escolaridade, estado civil, religião, ocupação atual e as variáveis clínicas: idade, peso e altura para o cálculo do Índice de Massa Corpórea (IMC), menopausa, vida sexual ativa, tempo de cirurgia entre 6 e 12 meses da realização de mastectomia radical modificada, tratamentos realizados (hormonioterapia), tabagismo, etilismo, presença de doenças concomitantes, recidiva do câncer ou metástase. O IMC foi calculado de acordo com a divisão da massa corporal, em quilogramas, pela estatura em metros elevada ao quadrado (kg/m^2).

A avaliação consistiu no preenchimento da Ficha de Avaliação e de dois questionários: o *Female Sexual Function Index* (FSFI) e o *European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Breast Cancer* (EORTC QLQ-C30), e seu instrumento, o *Supplementary Questionnaire Breast Cancer Module 36* (QLQ BR-23); e na realização de testes para avaliar a capacidade funcional: Teste de Caminhada de 6 Minutos (TC6), Teste Sentar e Alcançar (TSA) e Dinamometria de Membros Superiores.

O FSFI é um instrumento muito utilizado, traduzido e validado para a língua portuguesa, permite realizar uma análise acerca da função sexual, é autoaplicável e de curta duração (THIEL *et al.*, 2008). É composto por 19 questões, agrupadas em 6 domínios: excitação e desejo sexual, lubrificação vaginal, orgasmo, satisfação sexual e dor. A pontuação das respostas pode variar entre 0 e 5, de forma crescente em relação à presença da função que é examinada. A obtenção do escore é feita por meio da soma dos valores

de todas as questões, multiplicadas pelo fator de correção, para homogeneizar a influência de cada domínio no valor final obtido. O escore é de 2 a 36, e quanto menor o valor, pior é considerada a função sexual da paciente (ROSEN *et al.*, 2000).

Um dos questionários sobre qualidade de vida mais utilizados para pacientes com câncer é o EORTC QLQ-C30, e o instrumento específico para avaliar qualidade de vida no câncer de mama é o módulo QLQ-BR23. Formulado com 30 questões, que são divididas em: escalas funcionais (física, desempenho de papéis, funcional, cognitiva e função social), escalas sintomáticas (fadiga, dor, náuseas e vômitos, dispneia, insônia, perda de apetite, constipação, diarreia, dificuldades financeiras) e as escalas de qualidade de vida e saúde em geral (AARONSON *et al.*, 1993).

O módulo BR23 investiga a qualidade de vida específica no câncer de mama. É constituído de 23 questões incorporadas em escalas para mensurar efeitos colaterais da quimioterapia, sintomas relacionados ao membro superior e à mama, imagem corporal e função sexual (WINTERS *et al.*, 2017), bem como itens simples para expor a satisfação sexual, distúrbio pela perda de cabelos e perspectivas do futuro da vida da mulher. Pelo fato de o item de satisfação sexual estar condicionado à mulher ser sexualmente ativa, e o item do aborrecimento pela perda de cabelo estar condicionado à ocorrência deste acontecimento, ambos são respondidos apenas por uma parcela das pacientes e, portanto, tratados individualmente.

O manual de escores da EORTC norteia o cálculo dos domínios, tanto para o QLQ-C30 como o QLQ-BR23, e confere médias que posteriormente são transformadas em uma escala de pontuação. Essa escala varia de 0 a 100, em que podemos interpretar 0 representando o pior estado de saúde e 100 o melhor estado de saúde. A única exceção a essas regras são as escalas de sintomas, em que pontuações mais altas evidenciam pior qualidade de vida. A organização EORTC foi a responsável pela tradução dos instrumentos do inglês para outros idiomas, por meio de um processo de tradução e retrotradução, incluindo o português (CULL *et al.*, 1998).

O TC6 consiste em caminhar durante seis minutos em terreno plano, percorrendo uma distância de trinta metros mediados por dois cones ou marcação retilínea no solo, em uma velocidade determinada pelo próprio

paciente, enquanto o aplicador é o responsável por avaliar as contraindicações, monitorar os dados de pressão arterial, oximetria de pulso (saturação e frequência cardíaca em batimentos por minuto), contar o número de voltas realizadas, nível de dispneia (por meio da Escala de Borg) e frequência respiratória, antes e depois do teste (BRITTO; SOUSA, 2006).

O TSA, um teste simples e de alta confiabilidade, avalia a flexibilidade da parte posterior do tronco e de membros inferiores. É realizado no banco de Wells: uma caixa medindo 30,5 cm x 30,5 cm x 30,5 cm, com uma escala horizontal de 26 cm em seu prolongamento. Na posição inicial, o paciente estará sentado no solo, com os pés em contato com a caixa e os joelhos em extensão. Com os ombros flexionados, cotovelos estendidos e mãos sobrepostas no marco inicial da régua, ao sinal do avaliador, deve-se realizar uma flexão máxima do tronco à frente. São solicitadas três tentativas, e a de maior valor será considerada (RIBEIRO *et al.*, 2010).

A dinamometria mensura a força da preensão das mãos e classifica a capacidade funcional por meio da utilização do dinamômetro. Para execução do teste, o paciente permanece sentado com cotovelos em flexão a 90º e apoiados no “braço” da cadeira; ao sinal do avaliador, realiza preensão palmar máxima contra a resistência do dinamômetro. O processo é repetido três vezes, com intervalos de um minuto entre as tentativas, e o maior valor obtido será considerado (MILLROOD; CHUA; DOUTHITT, 2012).

2.2 Análise estatística

A análise estatística foi realizada inicialmente pelo teste de Shapiro-Wilk, para verificar o caráter paramétrico ou não dos dados. O referido teste apontou padrão não paramétrico de algumas variáveis, por isso foram realizados os seguintes procedimentos estatísticos: estatística descritiva (mediana, intervalo interquartil e análise percentual) e estatística inferencial (teste de correlação de Spearman).

3 RESULTADOS

Foram avaliadas 17 mulheres, sedentárias, que apresentaram uma média de idade de 59,7±9,53 anos (com variação entre 46 e 77 anos), 47,05% eram casadas e 35,29% solteiras, 41,17% diplomadas do ensino médio e 29,41% com ensino fundamental ou ensino superior. As ocupações mais assinaladas foram dona de casa (35,29%) e aposentadas (29,41%), a religião evangélica foi a predominante (58,82%), e todas residiam na área urbana de Campo Grande (100%), como pode ser observado na Tabela 1.

Tabela 1 – Resultado das características sociodemográficas das participantes, incluindo as variáveis: idade, estado civil, escolaridade, ocupação, religião e origem da residência, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2019-2020

Variáveis	(n)	%	Média (DP)	Mediana (IQR)
Idade			59,7±9,53	58,0 (16,5)
40 - 50	4	23,52		
51 - 60	6	35,29		
> 60	7	41,17		
Estado civil				
Casada	8	47,05%		
Solteira	6	35,29%		
Divorciada	3	17,64%		
Escolaridade				
Ensino fundamental	5	29,41%		
Ensino médio	7	41,17%		
Ensino superior	5	29,41%		
Não escolarizada	0	0		
Ocupação				
Trabalhadora formal	4	23,52%		
Desempregada	1	5,88%		
Dona de casa	6	35,29%		
Trabalhadora informal	0	0		
Aposentada	5	29,41%		
Religião				
Evangélica	10	58,82%		
Católica	1	5,88%		

Variáveis	(n)	%	Média (DP)	Mediana (IQR)
Cristã	4	23,52%		
Presbiteriana	1	5,88%		
Agnóstica	1	5,88%		
Origem de residência				
Capital	17	100%		
Interior	0	0		

DP, desvio-padrão.

IQR, intervalo interquartil.

Fonte: Autoria própria.

Na Tabela 2, onde são descritas as características clínicas das participantes, a maioria encontrava-se no período de pós-menopausa (88,23%), e a média do IMC para o grupo foi de 26,98±4,96. Todas as participantes foram submetidas ao procedimento de mastectomia radical, 52,94% realizaram hormonioterapia, 94,11% não praticavam etilismo ou tabagismo. Quanto à manifestação de outras comorbidades, 52,94% das participantes indicaram ter patologias concomitantes ao câncer, enquanto 88,23% não desenvolveram metástase ou recidiva neoplásica após o período de tratamento.

Tabela 2 – Aspectos clínicos das participantes, incluindo: período pós-menopausa, IMC, mastectomia radical, hábitos de etilismo e tabagismo, existência de outras comorbidades e se houve desenvolvimento de metástase ou recidiva neoplásica, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2019-2020

Variáveis	(n)	%	Média (DP)	Mediana (IQR)
Período Pós-menopausa				
Sim	15	88,23%		
Não	2	11,76%		
IMC			26,98±4,96	26,4 (6,3)
Baixo peso < 18,5	0	0		
Peso adequado ≥ 18,5 a < 25	7	41,17%		
Sobrepeso ≥ 25 a 30	6	35,29%		
Obesidade ≥ 30	4	23,52%		

Variáveis	(n)	%	Média (DP)	Mediana (IQR)
Mastectomia radical				
Sim	17	100%		
Não	0	0		
Etilismo				
Sim	1	5,88%		
Não	16	94,11%		
Tabagismo				
Sim	1	5,88%		
Não	16	94,11%		
Hormonioterapia				
Realizou	10	59,83%		
Não realizou	7	41,17%		
Outras comorbidades				
Sim	9	52,94%		
Não	5	47,05%		
Desenvolveu metástase ou recidiva neoplásica				
Sim	2	11,76%		
Não	15	88,23%		

DP, desvio-padrão.

IQR, intervalo interquartil.

Fonte: Autoria própria.

Na Tabela 3, verifica-se a distribuição média dos escores do questionário QLQ-C30 para as escalas analisadas. É possível perceber que os itens mais afetados correspondem aos domínios de função emocional ($57,84 \pm 29,23$) e função cognitiva ($63,72 \pm 29,01$) da escala funcional ($72,29 \pm 14,98$), 74,0 (18,0), enquanto da escala de sintomas ($23,17 \pm 7,86$), 15,4 (19,4), os domínios mais pontuados foram a dor ($31,37 \pm 30,55$), a insônia ($31,37 \pm 36,26$) e a constipação ($31,37 \pm 39,91$). Além do mais, o escore da saúde global e qualidade de vida pontuou em $61,75 \pm 20,84$, 66,7 (25,0).

Tabela 3 – Distribuição das médias dos escores do questionário QLQ-C30 referente às escalas funcional, de sintomas, de saúde global e de qualidade de vida (MG/QV), Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2019-2020

Variáveis	x ± dp	Mediana (IQR)	Mín.	Máx.
Escala funcional	72,29 ± 14,98	74,0 (18,0)	45,0	98,0
Função física	79,21 ± 18,39	86,66	40,0	100,0
Desempenho de papéis	75,48 ± 25,76	83,33	0	100,0
Função emocional	57,84 ± 9,23	58,33	0	91,66
Função cognitiva	63,72 ± 2 9,01	50,0	16,66	100,0
Função social	85,29 ± 26,92	100,0	0	100,0
Escala de sintomas	23,17 ± 7,86	15,4 (19,4)	5,0	66,66
Fadiga	21,48 ± 19,42	22,0	0	66,66
Náusea e vômito	2,94 ± 8,8	0	0	33,33
Dor	31,37 ± 30,55	33,33	0	100,0
Dispneia	13,72 ± 26,5	0	0	100,0
Insônia	31,37 ± 36,26	33,33	0	100,0
Perda do apetite	7,84 ± 14,57	0	0	33,33
Constipação	31,37 ± 39,91	0	0	100,0
Diarreia	7,84 ± 22,13	0	0	66,66
Dificuldades financeiras	27,44 ± 39,5	0	0	100,0
MG/QV	61,75 ± 20,84	66,7 (25,0)	16,66	91,66

DP, desvio-padrão.

IQR, intervalo interquartil.

Fonte: Autoria própria.

Já no QLQ-BR23, referido na Tabela 4, os domínios sobre perspectivas futuras (58,82±34,41) e satisfação sexual (35,29±34,29) da escala funcional (32,35±17,89), 33,3(14,6), sintomas do braço (26,05±22,19) e efeitos adversos (24,19±16,08) da escala sintomática (22,72±15,2), 17,8 (25,5), foram os piores.

Tabela 4 – Distribuição das médias dos escores do questionário QLQ-BR-23 das escalas funcionais e de sintomas, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2019-2020

Variáveis	$x \pm dp(n)$	Med (IQR)	Mín.	Máx.
Escalas funcionais	32,35 \pm 17,89	33,3 (14,6)	0	66,66
Imagem corporal	27,44 \pm 27,91	16,66	0	91,66
Função sexual	27,44 \pm 25,64	33,33	0	83,33
Prazer sexual	35,29 \pm 34,29	33,33	0	100,0
Futuras perspectivas	58,82 \pm 34,41	66,66	0	100,0
Escalas de sintomas	22,72 \pm 15,2	17,8 (25,5)	4,44	57,77
Efeitos colaterais da terapia sistêmica	24,19 \pm 16,08	19,0	9,33	61,66
Sintomas da mama	19,6 \pm 22,99	8,33	0	75,0
Sintomas do braço	26,05 \pm 22,19	22,0	0	66,66
Queda de cabelo	13,72 \pm 29	0	0	100,0

DP, desvio-padrão.

IQR, intervalo interquartil.

Fonte: Autoria própria.

Na Tabela 5, constam as médias dos escores dos domínios do questionário *Female Sexual Function Index* (FSFI); desses, o domínio orgasmo obteve menor média (2,3 \pm 2,28), significando pior resultado, seguido do domínio lubrificação (2,47 \pm 2,09) e excitação (2,48 \pm 1,92). A média do escore total foi de 16,42 \pm 10,9 e mediana de 17,4 (22,9).

Tabela 5 – Distribuição média dos scores do questionário *Female Sexual Function Index* (FSFI), com os respectivos domínios: desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação, dor ou desconforto, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2019-2020

Variáveis	$x \pm dp$	Mediana (IQR)
Desejo e estimulação subjetiva	2,78 \pm 1,39	3
Excitação	2,48 \pm 1,92	3
Lubrificação	2,47 \pm 2,09	3,6
Orgasmo	2,3 \pm 2,28	2,4
Satisfação	3,45 \pm 1,84	3,2

Variáveis	$x \pm dp$	Mediana (IQR)
Dor ou desconforto	2,91 \pm 2,66	3,6
Score total	16,42 \pm 10,9	17,4 (22,9)

IQR, intervalo interquartil.

Fonte: Autoria própria.

Em relação às variáveis da capacidade funcional, descritas na Tabela 6, o Teste de Caminhada obteve média de 194,3 \pm 82,85, enquanto o Teste Sentar e Alcançar foi de 21,91 \pm 6,81, e a dinamometria do lado direito obteve melhor resultado (18,52 \pm 3,99) comparado com o esquerdo (16,94 \pm 5,65).

Tabela 6 – Distribuição da média, desvio-padrão ($x \pm dp$), mediana e intervalo interquartil das variáveis de capacidade funcional: Teste de Caminhada, Teste Sentar e Alcançar e Dinamometria Bilateral, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2019-2020

Variáveis	$x \pm dp$	Med (IQR)
Teste de Caminhada	194,3 \pm 82,85	216,0 (135,5)
Teste Sentar e Alcançar	21,91 \pm 6,81	22,0 (8,0)
Dinamometria	Mão direita	18,52 \pm 3,99
	Mão esquerda	16,94 \pm 5,65

IQR, intervalo interquartil.

Fonte: Autoria própria.

Abaixo, na Tabela 7, encontra-se o teste de correlação de Spearman. Foi observada diferença estatística significativa entre dinamometria direita e esquerda, TSA e qualidade de vida da escala funcional do QLQ-C30, bem como algumas correlações pontuais entre qualidade de vida do QLQ-BR23 e idade.

Tabela 7 – Teste de correlação de Spearman, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2019-2020

Idade	IMC	TC	TSA	Din. D	Din. E	QVC30 SF	QVC30 SS	MG/ QV	QVBR23 SF	QVBR 23 SS	FSFI total	
Idade	1,000	0,236	-0,130	0,360	-0,233	-0,200	-0,731	0,111	0,303	-0,226	0,582	-0,368
IMC		1,000	-0,329	-0,124	0,048	0,014	-0,222	0,331	-0,064	0,336	0,398	-0,056

Idade	IMC	TC	TSA	Din. D	Din. E	QVC30 SF	QVC30 SS	MG/QV	QVBR23 SF	QVBR23 SS	FSFI total
TC		1,000	-0,283	-0,210	0,070	0,26	-0,197	0,118	-0,014	-0,436	0,163
TSA			1,000	-0,162	-0,147	-0,531	0,082	0,025	-0,287	0,272	-0,313
Din D				1,000	0,836	0,383	-0,355	-0,080	-0,024	-0,499	-0,464
Din E					1,000	0,358	-0,231	-0,272	0,029	-0,596	-0,383
QVC30 SF						1,000	-0,436	-0,051	-0,224	-0,802	0,216
QVC30 SS							1,000	-0,413	0,255	0,592	0,031
MG/QV								1,000	-0,297	0,070	0,197
QVBR23 SF									1,000	0,221	0,257
QVBR23 SS										1,000	0,079
FSFI total											1,000

IMC: Índice de Massa Corpórea; TC: Teste de Caminhada; TSA: Teste de Sentar e Alcançar; Din. D: Dinamometria Direita; Din. E: Dinamometria Esquerda; QVC30 SF: Score Funcional do Teste de Qualidade de Vida QVC30; QVC30_SS: Score Sintomas do Teste de Qualidade de Vida QVC30; MG/QV: Relação MG/QV do Teste de Qualidade de Vida QVC30; QVBR23 SF: Score Funcional do Teste de Qualidade de Vida QVBR23; QVBR23 SS: Score Sintomas do Teste de Qualidade de Vida QVBR23; FSFI total: Score total do teste FSFI. Correlações significativas ($p < 0,05$) estão destacadas em negrito.

Fonte: Autoria própria.

4 DISCUSSÃO

Estima-se que, para o Brasil, haverá 66.280 novos casos de câncer de mama durante os anos do triênio 2020-2022, e que, mesmo ao considerar a condição socioeconômica do país, esse câncer continua a se estabelecer entre as posições primárias de doenças de natureza crônica e maligna que afetam as mulheres (BRASIL, 2019).

Desde o momento do diagnóstico até o tratamento, esta doença influencia expressivamente nos aspectos emocionais da mulher, uma vez que o câncer é tido como um tabu relacionado à letalidade. Após a mastectomia, a mulher sente a perda da sua feminilidade simbolicamente representada pelas mamas, com alteração da autoimagem ocasionando sentimentos negativos

de fragilização que trazem constante angústia e podem estar relacionados ao surgimento de incertezas acerca do futuro (OLIVEIRA *et al.*, 2019).

Em torno de 60% das vítimas do câncer de mama desenvolvem declínios na cognição, que devem ser identificados para compreender o que provoca esse evento, especificamente os prejuízos cognitivos que estão associados ao uso do tamoxifeno e também expressam importante influência sobre o surgimento de aspectos depressivos (BEDILLION; ANSELL; THOMAS, 2019).

Os principais domínios cognitivos a sofrerem desordens induzidas pela intervenção invasiva para o câncer de mama e sua citotoxicidade são: memória, funções executivas, concentração e velocidade de processamento de informações, além de questões não resolvidas cientificamente que englobam o impacto da neoplasia em si sobre o organismo, fatores do envelhecimento (menopausa, por exemplo), comorbidades preexistentes e a associação das diversas abordagens terapêuticas a que as mulheres são submetidas (JOLY *et al.*, 2015).

O surgimento da insônia entre pacientes com câncer de mama é comumente relatado, está intrinsecamente enraizado a outros fatores aos quais a mulher é exposta durante o enfrentamento da neoplasia: desconforto pós-realização do procedimento cirúrgico, efeitos colaterais do tratamento (observa-se uma correlação significativa, principalmente quanto a terapias endócrinas) e aflição emocional (KWAK *et al.*, 2020). Autores de outro estudo relataram que, em virtude da variação de quadro clínico apresentada por esse grupo de pacientes, não se deve analisar a presença da insônia e a qualidade do sono isoladamente, já que outros sintomas também exercem interferência, como a dor e a fadiga, que refletem na qualidade de vida (AMORIM; SILVA; SHIMIZU, 2017).

É importante ressaltar que o domínio cognição apareceu entre os aspectos mais prejudicados e pode ter ligação com a insônia, visto que ambos fazem parte de uma complexa rede de respostas neurofisiológicas ligadas ao aprendizado e a espectros psicocomportamentais.

Um estudo realizado recentemente corrobora os dados registrados em nossa investigação e aponta uma prevalência de insônia em mais de 50% das mulheres de sua amostra, além de associação significativa entre

esse sintoma e o comprometimento cognitivo, identificado em 80% das pacientes avaliadas, apresentando uma maior associação com a insônia do que com outros sintomas (LIOU *et al.*, 2019).

No presente estudo, a maioria das participantes fez uso de hormonioterapia (tamoxifeno), que, como citado anteriormente, é uma terapia adjuvante eficaz, mas com uma gama variada de efeitos colaterais já catalogados, os quais são influentes sobre as funções fisiológicas do organismo. Isso pode explicar a alta prevalência da constipação e não exclui sua relação com o aparecimento de outras sequelas, dentre elas, os sintomas musculoesqueléticos, como dor, que contribuem ainda mais para o descondiçãoamento físico (BROWN *et al.*, 2014).

O procedimento de retirada total ou parcial da mama, chamado de mastectomia, é uma das condutas mais utilizadas para lidar com o câncer de mama e, inicialmente, mostra-se uma alternativa rápida para solucionar o problema, mas, após as chances de morte serem afastadas, o câncer passa a assumir seu caráter crônico, que desperta na mulher preocupações que concernem a mutilação decorrente do tratamento (OLIVEIRA *et al.*, 2019). A mama é um órgão glandular que também está vinculado a aspectos estigmatizados socialmente em relação à aparência e ao papel da mulher: a feminilidade, a sexualidade, o aleitamento e a maternidade.

As modificações na percepção da imagem corporal surgem como reflexo de mudanças que acontecem externamente e são visíveis, decorrentes da retirada do tecido mamário e da cicatriz que é deixada, da perda de cabelo que é comum durante a realização de terapias endócrinas, de alterações no tegumento e no peso corporal, além de degenerações que não são tão óbvias a olho nu: perda de sensibilidade da mama, mamilos e pele (HUNGR; VARELA; BOBER, 2017). Todas as voluntárias submetidas a nossa avaliação foram mastectomizadas, fator primordial para que surjam problemas de autoimagem acompanhados de distúrbios na sexualidade, também identificados no presente estudo.

Uma revisão de literatura realizada apontou que portadoras do câncer de mama, comparadas a populações de mulheres saudáveis, apresentaram uma prevalência de 32% a 93% de disfunções sexuais, 27% a 88% tiveram preocupações com sua imagem corporal, e 75% viram sua atividade sexual di-

minuída após o surgimento dessa patologia (MALE; FERGUS; CULLEN, 2016).

Um estudo realizado sobre as vivências emocionais e perspectivas de futuro em mulheres com câncer de mama salientou que a incerteza e o medo que permeiam o desfecho do tratamento podem impossibilitar a paciente de enxergar uma vida que vai além da doença e suas consequências, de permitir-se planejar diante de uma situação tão avassaladora, e que as vivências emocionais e perspectivas futuras das pacientes têm uma forte relação com o modo como recebem informações acerca do câncer de mama, como a notícia do diagnóstico (FERREIRA; SALAZAR; PERUCHI, 2015).

No presente estudo, o valor médio da distância percorrida no TC6 ficou bem abaixo em comparação ao valor médio verificado para mulheres em tratamento, 523 m (IC 95%, 499 a 548), como para mulheres fora do tratamento, 500 m (IC 95%, 476 a 524) (NEIL-SZTRAMKO *et al.*, 2014). A falta de condicionamento durante o tratamento adjuvante, seja a quimioterapia, seja a radioterapia ou a hormonioterapia, também contribui para o declínio da força dos membros superiores.

As médias obtidas da dinamometria para mão direita e mão esquerda foram novamente inferiores tanto em relação a outras sobreviventes com câncer de mama em tratamento, 24,6 kg (IC de 95%, 23,7 a 25,5), como mulheres fora do tratamento, 22,8 kg (IC de 95%, 20,6 a 25,1), e também em relação a adultos saudáveis com idade entre 50 e 59 anos, cujo valor mediano relatado foi de 27,7 kg (PETERS *et al.*, 2011).

O resultado obtido no Teste de Sentar e Alcançar ficou abaixo da população normal de mesma idade e sedentária, segundo o *Canadian Standardized Test of Fitness* (CSTF) (RIBEIRO *et al.*, 2010). Sendo assim, traduz a capacidade funcional correlacionando-se com o QLQ-C30, mais especificamente, a escala funcional, a qual avalia a mesma variável.

4.1 Limitações

Embora o estudo tenha apresentado muitas oportunidades de aprendizado, houve limitação quanto ao número limitado da amostra, composta por apenas dezessete mulheres, devido aos eventos atípicos no início de

2020: a pandemia do SARS-CoV-2 (COVID-19). É importante lembrar que as pacientes fazem parte de um grupo considerado de risco para o novo vírus, portanto não seria prudente infringir as recomendações de isolamento emitidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para realizar as avaliações e, conseqüentemente, contribuir para a circulação dessa ameaça.

As limitações do estudo correspondem ao número de participantes reduzido devido à inviabilidade de conduzir as avaliações presencialmente, em decorrência do cenário atípico da pandemia de covid-19.

5 CONCLUSÃO

O estudo evidenciou que, entre mulheres com câncer de mama, disfunções sexuais são muito comuns, e as queixas que mais se destacaram foram a habilidade de alcançar o orgasmo, a lubrificação vaginal e o grau de excitação quanto a relações sexuais. A qualidade de vida das pacientes sofre influência negativa por parte desse aspecto, aliado a sintomas que incluem dor, insônia e constipação, e foi possível apurar *deficits* na esfera emocional e nas habilidades cognitivas. O TSA se mostrou um importante preditor para a capacidade funcional, ratificado pela escala funcional do QLQ-C30, pois tiveram correlação significativa. Além disso, houve um desempenho abaixo da média tanto no Teste de Caminhada de 6 minutos como na Dinamometria.

REFERÊNCIAS

AARONSON, N. K *et al.* The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of The National Cancer Institute*, Oxford, v. 85, n. 5, p. 365-76, mar. 1993. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/jnci/85.5.365>

AMORIM, J. R.; SILVA, I. A.; SHIMIZU, I. S. Avaliação da qualidade de sono em pacientes com câncer de mama em quimioterapia. *Revista Brasileira de Mastologia*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 3-7, jan./mar. 2017. DOI: 10.5327/Z201700010002RBM

BEDILLION, M. F; ANSELL, E. B; THOMAS, G. A. Cancer treatment effects on cognition and depression: the moderating role of physical activity. *The Breast*, Amsterdam, v. 44, p. 73-80, apr. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.breast.2019.01.004>

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. *Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA, 2019.

BRITTO, R. R.; SOUSA, L. A. P. Teste de caminhada de seis minutos: uma normatização brasileira. *Fisioterapia em Movimento*, Curitiba, v. 19, n. 4, p. 49-54, out./dez. 2006.

BROWN, J. C.; MAO, J. J.; STRICKER, C.; HWANG, W. T.; TAN, K. S.; SCHMITZ, K. H. Aromatase inhibitor associated musculoskeletal symptoms are associated with reduced physical activity among breast cancer survivors. *The Breast Journal*, London, v. 20, n. 1, p. 22-28, 2014.

CULL, A.; SPRANGERS, M.; BJORDAL, K.; AARONSON, N.; WEST, K.; BOTTOMLEY, A. *Quality of Life Study Group Translation Procedure*. Brussels: EORTC, 1998.

FERREIRA, V. S.; SALAZAR, V.; PERUCHI, R. C. Vivências emocionais e perspectivas de futuro em mulheres com câncer de mama. *Psicologia Hospitalar*, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 42-63, 2015.

HUNGR, C.; VARELA, V. S.; BOBER, S. L. Self-image and sexuality issues among young women with breast cancer: practical recommendations. *Revista de Investigación Clínica*, Ciudad de México, v. 69, n. 2, p. 114-22, mar./abr. 2017.

JOLY, F. *et al.* Impact of cancer and its treatment on cognitive function: advances in research from the Paris International Cognition and Cancer Task Force Symposium and update since 2012. *Journal of Pain and Symptom Management*, Amsterdam, v. 50, n. 6, p. 830-41, dec. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.06.019>

KWAK, A.; JACOBS, J.; HAGGETT, D.; JIMENEZ, R.; PEPPERCORN, J. Evaluation and management of insomnia in women with breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment*, London, v. 181, p. 269-77, apr. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10549-020-05635-0>

LIOU, K. T. L.; AHLES, T. A.; GARLAND, S. N.; LI, Q. S.; BAO, T.; LI, Y.; ROOT, J. C.; MAO, J. J. The relationship between insomnia and cognitive impairment in breast cancer survivors. *JNCI Cancer Spectrum*, Oxford, v. 3, n. 3, p. 1-8, sep. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1093/jncics/pkz041>

MALE, D. A.; FERGUS, K. D.; CULLEN, K. Sexual identity after breast cancer: sexuality, body image, and relationship repercussions. *Current Opinion in Supportive Palliative Care*, London, v. 10, n. 1, p. 66-74, mar. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1097/SPC.0000000000000184>

MILLROOD, D.; CHUA, C.; DOUTHITT, L. *Adult fitness examination: a physical therapy approach*. Alexandria: American Physical Therapy Association, 2012.

NEIL-SZTRAMKO, S.; KIRKHAM, A. A.; HUNG, S. H.; NIKSIRAT, N.; NISHIKAWA, K.; CAMPBELL, K. L. Aerobic capacity and upper limb strength are reduced in women diagnosed with breast cancer: a systematic review. *Journal of Physiotherapy*, [s.l.], v. 60, n. 4, p. 189-200, dez. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jphys.2014.09.005>.

OLIVEIRA, T. R.; CORRÊA, C. S. L.; WEISS, V. F.; BAQUIÃO, A. P. S. S.; CARVALHO, L. L.; GRINCENKOV, F. R. S.; CARVALHO, S. M. Câncer de mama e imagem corporal: impacto dos tratamentos no olhar de mulheres mastectomizadas. *Saúde e Pesquisa*, Maringá, v. 12, n. 3, p. 451-62, set./dez. 2019. DOI: <https://doi.org/10.17765/2176-9206.2019v12n3p451-462>

PETERS, M. J.; NES, S. I.; VANHOUTTE, E. K.; BAKKERS, M.; DOORN, P. A.; MERKIES, I. S.; FABER, C.. Revised normative values for grip strength with the Jamar dynamometer. *Journal of the Peripheral Nervous System*, [s.l.], v. 16, p. 47-50, 2011.

RIBEIRO, C. C. A.; ABAD, C. C. C.; BARROS, R. V.; BARROS NETO, T. L. Nível de flexibilidade obtida pelo teste de sentar e alcançar a partir de estudo realizado na Grande São Paulo. *Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano*, Florianópolis, v. 12, n. 6, p. 415-21, 2010. DOI: <http://dx.doi.org/10.5007/1980-0037.2010v12n6p415>

ROSEN, R.; BROWN, C.; HEIMAN, J.; LEIBLUM, S.; MESTON, C.; SHABSIGH, R.; FERGUSON, D.; D'AGOSTINO, R. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, London, v. 26, n. 2, p. 191-208, abr. 2000. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/009262300278597>

THIEL, R. R. C.; DAMBROS, M.; PALA, P. C. R.; THIEL, M.; RICCETTO, C. L. Z.; RAMOS, M. R. Tradução para português, adaptação cultural e validação do Female Sexual Function Index. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, São Paulo, v. 30, n. 10, p. 504-10, nov. 2008.

WINTERS, Z. E. *et al.* International validation of the European Organisation for Research and Treatment of Cancer QLQ-BRECON23 quality-of-life questionnaire for women undergoing breast reconstruction. *British Journal of Surgery*, [s.l.], v. 105, n. 3, p. 209-22, nov. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/bjs.10656>