

Qualidade De Vida, Bem Estar-Psicológico E Autoeficácia Em Mulheres Jovens Com Câncer De Mama

Elisa Kern de Castro¹

Carolina Salvador

Bruna Machado Meneghetti

Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS

São Leopoldo, RS, Brasil

Carolina Chem

Hospital Santa Rita de Porto Alegre, Brasil

Universidad Autónoma de Nuevo León, Mexico

Resumo

Objetivo: Examinar a qualidade de vida, o bem-estar psicológico e a autoeficácia de mulheres jovens com câncer de mama. Participantes: 37 mulheres com câncer de mama (idade média 36,54 anos, DP=2,85). Instrumentos: WHOQOL-bref, questionário de saúde geral de Goldberg-12 e escala de autoeficácia geral percebida. Resultados: Correlação de Pearson mostrou correlações positivas significativas entre qualidade de vida, bem-estar psicológico e autoeficácia. Teste t indicou que mulheres submetidas a mastectomia total apresentaram melhor qualidade de vida ambiental que mulheres submetidas a mastectomia conservadora. Análise de regressão linear evidenciou que as variáveis bem-estar psicológico e autoeficácia foram preditoras significativas da qualidade de vida total, explicando 48,4% da variância. Assim, observa-se a importância das variáveis psicológicas positivas como bem-estar e autoeficácia para a qualidade de vida nessas pacientes.

Palavras-chave: qualidade de vida, bem-estar psicológico, autoeficácia, câncer de mama

Quality of life, psychological well-being and self-efficacy in young women with breast cancer

Abstract

Purpose: To examine quality of life, psychological well-being and self-efficacy in young females with breast cancer. Participants: 37 patients with breast cancer (average age = 36,54; SD=2,85). Measures: WHOQOL-bref, general health questionnaire-12 and general self-efficacy scale. Results: Pearson's correlation showed positive and significantly correlations among quality of life, well-being and self-efficacy. t test revealed that female who had undergone a total mastectomy had better environment quality of life than female submitted to a partial mastectomy. Linear regression analysis indicated that well-being and self-efficacy were significant predictors of total quality of life, explaining 48.4% of the variance. Thus, it was observed the importance of positive psychological variables like well-being and self-efficacy to quality of life in these patients.

Keywords: quality of life, psychological well-being, self-efficacy, breast cancer

O câncer de mama é considerado uma doença complexa, que necessita tratamentos dolorosos e gera incertezas sobre sua cura, causando impacto na vida da mulher. Esse tipo de câncer é o mais comum entre

as mulheres e atinge frequentemente pessoas com mais de quarenta anos de idade, embora se tenha observado um aumento de sua incidência em faixas etárias mais jovens (Instituto Nacional do Câncer, INCA, 2009). Mulheres abaixo dessa faixa etária não fazem exames preventivos de forma regular, pois a mamografia, exame que detecta nódulos nos seios, é recomendada que seja feita a cada dois anos apenas para mulheres acima dos cinquenta anos. Assim, quando a doença é detectada na mulher jovem, a gravidade da doença e o impacto na sua vida podem ser ainda maiores que em mulheres de meia-idade ou idosas.

¹ Centro de Ciências da Saúde, Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS

Av. Unisinos 950, Bairro Cristo Rei, São Leopoldo, RS, Brasil; E-mail: elisa.kerndecastro@gmail.com. Agradecimentos: Os autores agradecem a Clarissa Franco Ponciano e Débora Wagner Pinto pelo auxílio na coleta de dados. Agradecem ao CNPq pelo auxílio financeiro.

A mama é constituída por lóbulos (estrutura responsável pela produção do leite), ductos (pequenos canais que ligam os lóbulos ao mamilo), gordura, tecido conjuntivo, vasos sanguíneos e vasos linfáticos (INCA, 2009). Geralmente a doença começa nos ductos (carcinomas ductais), nos lóbulos (carcinoma lobular) ou em outros tecidos. Embora raro, o câncer de mama em homens representa 1% do total de casos. No Brasil, cerca 22% de casos de câncer por ano em mulheres são de mama. A sobrevida após cinco anos do diagnóstico é de 61%.

Os tipos de câncer de mama existentes são: 1) Carcinoma *in situ*: é o câncer em estágio inicial, limitado ao local onde iniciou - lóbulo ou ducto; 2) Carcinoma *ductal in situ* ou intraductal: é o tipo mais comum da doença não-invasiva, atinge somente os ductos; 3) Carcinoma lobular *in situ*, quando a doença atinge somente os lóbulos; 4) Carcinoma ductal infiltrante (invasivo): começa nos ductos, podendo se espalhar para outras partes do corpo; 5) Carcinoma lobular infiltrante (invasivo): inicia nos lóbulos podendo se espalhar para outras partes do corpo (Boff, Visintainer & Amorim, 2008). Os tipos de câncer de mama são avaliados conforme seus estágios, que variam de I a IV. A fase I significa câncer inicial e a fase IV indica que o câncer se espalhou para outros órgãos do corpo, mais freqüentemente, os ossos, pulmões, fígado, ou cérebro (NCI, 2008). Porém, se a doença é detectada e tratada precocemente, seu prognóstico é bom (Bish, Ramirez, Burgess & Hunter, 2005).

Existem alguns fatores de risco bem estabelecidos para o aparecimento de câncer de mama em mulheres, tais como idade ao redor dos 50 anos, doença benigna de mama anterior, não ter engravidado ou ter engravidado após os 30 anos, pouca atividade física, obesidade, uso de hormônios como o anticoncepcional e reposição hormonal, menarca precoce e menopausa tardia (Forones, Jesus García, Tadokoro & Freire, 2005; INCA, 2009). Entretanto, algumas mulheres desenvolvem câncer de mama e não apresentam nenhum desses fatores de risco.

Uma vez diagnosticado o câncer de mama, a mastectomia parcial ou conservadora (cirurgia em que é retirado apenas o tumor e regiões adjacentes da mama) ou total (retirada de toda a mama) é necessária, além de tratamentos adjuvantes como a quimioterapia e a radioterapia (Boff, Visintainer & Amorim, 2008). O tratamento clássico é a retirada da mama doente e dos gânglios linfáticos da axila, linfonodos regionais, próximos à mama afetada. Já a radioterapia é um tipo de tratamento capaz de matar células tumorais, utilizando um alto nível de radiação, evitando o crescimento dessas células e tentando preservar as células saudáveis. Normalmente esse tratamento é realizado após a

cirurgia e diminui o risco de recorrência do câncer de mama. A quimioterapia tem o objetivo de matar as células cancerígenas e/ou diminuir a capacidade e velocidade de sua multiplicação. Esse tratamento pode ser administrado por via intravenosa ou por via oral (comprimidos) e ser realizado antes ou depois do tratamento cirúrgico. A hormonioterapia ou terapia hormonal refere-se ao uso de drogas que bloqueiam a ação do estrogênio (hormônios sexuais femininos que promovem o crescimento das células cancerosas em algumas mulheres) e é administrada via oral. Por fim, a imunoterapia ou terapia biológica é um processo que consiste em tratar o organismo com medicamentos que resgatem a natural eficiência do sistema imunológico para tentar deter a multiplicação das células malignas. Esses tratamentos podem ser administrados de forma isolada ou combinada (NCI, 2008); (Forones et al, 2005). Portanto, quando uma pessoa se depara com uma doença grave como o câncer de mama, é importante que o tratamento seja realizado visando não só a cura, mas também a qualidade de vida dessas mulheres quando o tratamento for para controle ou paliativo.

Estudos sobre a qualidade de vida em mulheres com câncer de mama têm encontrado resultados diferenciados para pacientes que se encontram em diferentes faixas etárias. A revisão de literatura realizada por Baucom, Porter, Kirby, Greemore e Keefe (2006) mostrou que mulheres jovens (abaixo dos 40 anos) com câncer de mama apresentavam pior qualidade de vida que mulheres acima dessa idade. Essa baixa qualidade de vida pode ser explicada em parte pelos efeitos do tratamento médico, pois a retirada do seio resulta em sentimentos negativos especialmente na mulher jovem. Os sintomas de menopausa precoce como a sensação de calor, a falta de desejo sexual e falta de lubrificação vaginal também têm maior impacto na mulher jovem. Desde um ponto de vista psicossocial, a doença afeta também seus parceiros, que podem experimentar sentimentos de ansiedade e tristeza, ao mesmo tempo em que precisam ser fonte de apoio para a mulher.

Kroenke et al (2004) numa pesquisa populacional sobre câncer de mama realizada nos Estados Unidos, observaram que mulheres jovens apresentaram uma taxa de qualidade de vida duas vezes menor quando comparadas a mulheres de meia-idade ou idosas, especialmente no que se refere às limitações físicas, dores, saúde mental e relações sociais. A baixa qualidade de vida dessas mulheres, entretanto, não se mostrou associada à gravidade da doença ou ao tipo de tratamento realizado, o que indica a necessidade de examinar com mais detalhes a etapa do ciclo vital dessas pacientes.

Ainda com relação à idade, pesquisas têm mostrado resultados interessantes e que se complementam sobre aspectos psicossociais e bem-estar psicológico de

mulheres jovens e câncer de mama. Bish et al. (2005), num artigo de revisão sobre os motivos pelos quais algumas mulheres demoram em buscar ajuda médica para as primeiros sinais do câncer de mama, referem que mulheres mais jovens possuem mais conhecimento sobre a doença e são mais atentas aos seus sinais. Assim, elas buscam ajuda médica com mais facilidade que as mulheres mais velhas, o que em teoria faz com que o câncer seja diagnosticado em estágio menos avançado. Por outro lado, quando existe o diagnóstico da doença, a revisão realizada por Caplette-Gingras e Savard (2008) mostrou que as mulheres jovens sentem-se mais impactadas pelo diagnóstico e apresentam mais depressão que mulheres de meia-idade. A presença de um companheiro e de um apoio social efetivo são fatores de proteção para a depressão nessas mulheres. Seguindo a mesma idéia, Bardwell et al. (2006) constataram, num estudo epidemiológico com mulheres com câncer de mama norte-americanas, que o aparecimento de sintomas depressivos nessas mulheres estavam mais relacionados a aspectos subjetivos de percepção da doença do que a indicadores médicos objetivos. Mulheres jovens, sem apoio do companheiro, que levavam vida sedentária e possuíam mais sintomas gastrointestinais foram consideradas um grupo de risco para o aparecimento de sintomas depressivos.

Com respeito à percepção de autoeficácia, estudos têm demonstrado que essa é uma variável importante em situações de doença crônica como o câncer, pois está relacionada ao uso de estratégias de enfrentamento capazes de promoverem o bem-estar do paciente (Bandura, 1997; Schwarzer, Bohemer, Luszczynska, Mohamed & Knoll, 2005). O estudo de Manne et al (2006) investigou o papel da autoeficácia para a adaptação psicossocial de 95 mulheres com câncer de mama em estágio inicial. Os autores verificaram que o sentido de autoeficácia frente ao câncer mostrou-se relativamente estável um ano após o diagnóstico. Além disso, a autoeficácia esteve associada à satisfação conjugal, capacidade de realizar atividades e auto-estima.

Considerando a importância do assunto e a escassez de pesquisas com amostras brasileiras sobre o assunto, o objetivo do presente estudo foi examinar a qualidade de vida, o bem-estar psicológico e a autoeficácia de mulheres jovens com câncer de mama, comparando-as com mulheres com outros tipos de câncer. Além disso, buscou-se identificar possíveis diferenças na qualidade de vida, bem-estar psicológico e autoeficácia entre mulheres com câncer de mama que passaram por mastectomia total ou conservadora e que estavam em diferentes estágios da doença. Por fim, verificou-se o poder preditivo do bem-estar psicológico e da autoeficácia para a qualidade de vida de mulheres com câncer de mama.

Método

Participantes

Participaram desse estudo 37 mulheres jovens com câncer de mama (Grupo 1), em tratamento em um hospital especializado em câncer na cidade de Porto Alegre, Brasil. Todas elas eram portadoras do câncer de mama do tipo carcinoma ductal infiltrante - considerado o mais invasivo -, e 14 pacientes apresentavam metástases (gânglios da axila, ossos e pulmão). A fim de comparação, foi incluído no estudo o grupo 2, com 52 mulheres com diagnóstico de câncer de tipos variados (linfoma de Hodgkin, linfoma não Hodgkin, leucemia, colorretal, melanoma, carcinoma de útero, carcinoma de estômago e carcinoma de rim) com características biossociodemográficas similares (ver Tabela 1). Todas as pacientes tinham entre 20 e 40 anos. O recrutamento das participantes foi realizado por conveniência.

A Tabela 1 mostra as principais características das participantes dos dois grupos. A idade média das mulheres com câncer de mama foi superior à idade média das mulheres com outro tipo de câncer, assim como a idade média no diagnóstico. A média de filhos em ambos os grupos foi inferior a dois, e quanto ao trabalho, apenas 32,5% das mulheres com câncer de mama e 44,2% das mulheres com outros tipos de câncer conseguiram manter-se ativas. Com respeito ao estado civil, a maioria das mulheres eram casadas ou viviam com companheiro (75,7% para o grupo 1 e 53,9% para o grupo 2), e tinha história de câncer na família (62,2% no grupo 1 e 69,2% no grupo 2). Por fim, a grande maioria das mulheres com câncer de mama realizou quimioterapia (94,6%), radioterapia (78,4%) e a totalidade passou por cirurgia para retirada do tumor. No entanto, no grupo 2, apenas metade (50,0%) das mulheres realizaram quimioterapia, 46,1% fez radioterapia, e 76,9% passou por cirurgia, indicando que a maioria dessas mulheres com câncer de mama passou pelos três principais tipos de tratamento, ao contrário do grupo 2.

Tabela 1
Dados sócio demográficos e clínicos.

	Grupo 1 Câncer mama M (DP) (n=37)	Grupo 2 Outros tipos de câncer M (DP) (n=52)
Idade (anos)	36.54 (2.85)	31.85 (5.91)
Idade no diagnóstico do câncer	33.11 (3.80)	29.19 (6.42)
Número de filhos	1.70 (0.68)	1.27 (1.16)
	N (%)	N (%)
Não trabalha	9 (24.3%)	13 (25.0%)
Trabalha	12 (32.5%)	23 (44.2%)
Não trabalha devido à doença	16 (43.2%)	16 (30.8%)
Analfabeto	1 (2.7%)	- (0%)
Fundamental Incompleto	20 (54.1%)	17 (32.7%)
Fundamental Completo	8 (21.6%)	8 (15.4%)
Secundário Incompleto	- (0%)	5 (9.6%)
Secundário Completo	6 (16.2%)	14 (26.9%)
Superior Incompleto	2 (5.4%)	6 (11.5%)
Superior Completo	- (0%)	2 (3.8%)
Solteiro/ Separado	9 (24.3%)	24 (46.1%)
Casado/vive junto	28 (75.7%)	28 (53.9%)
Com histórico de câncer na família	23 (62.2%)	36 (69.2%)
Tratamento realizado		
Quimioterapia	35 (94.6%)	26 (50.0%)
Radioterapia	29 (78.4%)	24 (46.1%)
Cirurgia	37 (100%)	40 (76.9%)

Delineamento e procedimento da pesquisa e éticos

A pesquisa é de caráter transversal e correlacional com comparação de grupos. As participantes desse estudo faziam parte de uma pesquisa maior sobre qualidade de vida e aspectos psicológicos de pacientes jovens com câncer.

Antes das consultas de rotina no hospital, a entrevistadora examinava os prontuários das consultas do dia a fim de verificar se havia naquele turno alguma paciente jovem com câncer de mama. Identificando-se a paciente, a mesma era chamada pela secretária do ambulatório para ir a uma sala reservado onde a pesquisadora fazia o convite para participar da pesquisa. Com seu aceite, a coleta de dados era realizada em uma sala de atendimento da equipe de psicologia, antes da sua consulta médica. Todas as aplicações ocorreram de maneira individual, e a entrevistadora fazia as perguntas e marcava a resposta da paciente

na folha de respostas, pois muitas pacientes tinham nível de escolaridade baixo e dificuldades na leitura e interpretação dos questionários.

A pesquisa segue a resolução 196/96 Conselho Nacional de Saúde, Brasil, e foi aprovada pelo Comitê de Ética Complexo Hospitalar Santa Casa de Porto Alegre. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Instrumentos

Questionário de Dados Sócio- Demográficos e Clínicos: inclui dados sobre a paciente, sobre sua família e sobre sua doença e tratamento, que eram perguntados diretamente ao paciente. Alguns dados (estágio da doença, tipo de tumor) foram obtidos a partir do prontuário das pacientes.

Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde – versão breve (WHOQOL-bref, Fleck et al., 2000). Avalia a

qualidade de vida de em quatro domínios: 1) físico; 2) psicológico; 3) relações sociais; e 4) meio-ambiente. A versão breve do questionário contém 26 itens e consta de duas questões gerais e de 24 questões que compõem cada uma das 24 facetas do instrumento original de 100 questões. Para cada questão existem cinco graus de intensidade e o paciente escolhe uma delas. Quanto à consistência interna, no presente estudo o alpha encontrado foi de 0,77. Maiores pontuações no instrumento significam melhor qualidade de vida.

Questionário de Saúde Geral de Goldberg (GSG-12, Goldberg, 1978): O instrumento consta de uma série de 12 afirmações sobre o estado de saúde das pessoas em geral e objetiva identificar doenças psiquiátricas não graves. O indivíduo deve responder o grau de concordância sobre a afirmação, que varia de 1 a 4. O QSG-12 é uma versão curta da escala original que consiste em 60 itens. O estudo de validação do instrumento de 12 itens no Brasil demonstrou a pertinência de usar o instrumento como unifatorial (Borges & Argolo, 2002). No presente estudo, o índice de consistência interna encontrado foi de 0,86. Pontuações altas no instrumento indicam baixo bem-estar psicológico.

Escala de Autoeficácia Geral Percebida (Schwarzer & Jerusalém, 1995; Teixeira & Dias, 2005): consta de 10 itens que avaliam a percepção da autoeficácia do indivíduo. As respostas variam desde 1 (*não é verdade*) a 4 (*sempre é verdade*). Vários estudos publicados compararam as propriedades psicométricas das versões alemã, inglesa, dinamarquesa, espanhola, russa, grega, árabe, húngara, polaca, chinesa, Indonésia, japonesa e coreana (ver www.healthpsych.de). A versão em português do Brasil foi utilizada em pesquisas que não tiveram como objetivo colher informações sobre as propriedades psicométricas da escala, contudo a

fididignidade da escala foi muito boa (Teixeira & Dias, 2005). No presente estudo o alpha encontrado foi de 0,85. Pontuações altas na escala significam melhor autoeficácia.

Análises dos dados

Inicialmente realizou-se comparação de médias (t de student) para examinar as possíveis diferenças na qualidade de vida, bem-estar psicológico e autoeficácia de mulheres com câncer de mama e outros tipos de câncer. A seguir, análise de correlação de Pearson foi feita para analisar as associações entre essas variáveis e outras duas – idade e idade no diagnóstico – apenas no grupo de mulheres com câncer de mama. Análise não paramétrica (U de Mann-Whitney) foi utilizada para identificar possíveis diferenças nos resultados da qualidade de vida, bem-estar psicológico nos sub-grupos de mulheres com câncer de mama: mulheres que realizaram mastectomia total ou conservadora, mulheres com estágio da doença I/ II e III/ IV, e entre solteiras/separadas e casadas/com companheiro. Por fim, realizou-se análise de regressão linear (método stepwise) para verificar o poder preditivo do bem-estar psicológico e da autoeficácia para a qualidade de vida dessas mulheres.

Resultados

As análises de comparação de médias realizadas através do teste t para verificar diferenças entre as mulheres do Grupo 1 e Grupo 2 nos níveis de qualidade de vida e suas dimensões, autoeficácia e bem-estar psicológico não revelaram diferenças significativas. A Tabela 2 apresenta os resultados:

Tabela 2

Pontuações médias, desvio padrão, comparação de médias (t de student) e nível de significância.

	Grupo 1 Câncer mama M (DP) (n=37)	Grupo 2 Outros tipos de câncer M (DP) (n=52)	t	p<
QV total	83.97 (12.82)	85.08 (9.81)	-.460	n.s.
QV física	23.22 (3.64)	23.37 (2.99)	-.212	n.s.
QV psicológica	20.89 (4.09)	21.12 (3.01)	-.297	n.s.
QV relações sociais	10.62 (2.15)	10.81 (2.11)	-.406	n.s.
QV ambiental	29.24 (6.06)	29.79 (4.24)	-.500	n.s.
Bem-estar psicológico	26.68 (6.98)	26.10 (6.84)	.390	n.s.
Autoeficácia	30.81(6.64)	31.52 (5.45)	-.552	n.s.

A seguir foi realizada a análise de correlação de Pearson para verificar as correlações entre as dimensões da qualidade de vida, autoeficácia, bem-estar psicológico, idade da paciente e idade no diagnóstico do grupo de pacientes com câncer de mama. Os resultados apresentados na tabela 3 indicaram correlações positivas significativas entre autoeficácia e qualidade de vida total ($r=.580, p<.01$) e suas dimensões ($r=.675, p<.01$ para dimensão física; $r=.465, p<.01$ para a dimensão psicológica; $r=.419, p<.01$ para a dimensão relações sociais; e $r=.359, p<.05$ para a dimensão ambiente), indicando que pessoas com alta autoeficácia apresentam melhor qualidade de vida. O bem-estar psicológico também se correlacionou significativamente e negativa-

mente com a qualidade de vida total ($r=-.634, p<.01$) e suas dimensões ($r=-.526, p<.01$ para a dimensão física; $r=-.523, p<.01$ para a dimensão psicológica; $r=-.406, p<.05$ para a dimensão relações sociais; e $r=-.529, p<.01$ para a dimensão ambiente), o que significa que pessoas com bem-estar psicológico baixo têm baixa qualidade de vida. Ainda, a idade no diagnóstico obteve correlação negativa com a qualidade de vida na dimensão ambiente ($r=-.385, p<.05$), mostrando que pessoas que foram diagnosticadas com menos idade apresentaram melhor qualidade de vida na sua relação com o ambiente. Como era de se esperar, houve correlações entre as dimensões da subescala de qualidade de vida e entre a idade do paciente e a idade no diagnóstico.

Tabela 3

Correlação de Pearson entre qualidade de vida e suas dimensões, autoeficácia geral, indicadores de ansiedade e depressão, idade da paciente e idade no diagnóstico.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	-								
2	.842*	-							
3	.774**	.638**	-						
4	.637*	.469**	.361*	-					
5	.861**	.583**	.451**	.468**	-				
6	.580**	.675**	.465**	.419**	.359*	-			
7	-.634**	-.526**	-.523**	-.406*	-.529**	-.535**	-		
8	-.039	.219	.069	-.260	-.169	.171	.059	-	
9	-.280	-.036	-.139	-.250	-.385*	.009	.162	.627**	-

Nota: 1=QV total; 2=QV física; 3=QV psicológica; 4= QV relações sociais; 5= QV ambiente; 6=autoeficácia; 7=bem-estar psicológico; 8=idade do sujeito; 9=idade no diagnóstico; ** $p<0,01$; * $p<0,05$

A seguir, foi realizado o teste *U* de Mann-Whitney para verificar possíveis diferenças na qualidade de vida e suas dimensões, autoeficácia e bem-estar psicológico entre mulheres que fizeram mastectomia total ($n=22$) e conservadora ($n=15$). Observou-se que as mulheres que fizeram mastectomia total apresentaram melhor qualidade de vida na dimensão ambiente que mulheres que fizeram a cirurgia conservadora, de maneira significativa ($U=65.000, p<.05$).

Igualmente, teste *U* de Mann-Whitney foi feito para comparar os resultados entre mulheres em estágios iniciais do câncer de mama (estágios I e II, $n=17$) e avançados (estágios III e IV, $n=12$)¹. Não foram encontradas diferenças significativas entre os dois subgrupos. A comparação entre mulheres que viviam juntos/eram casadas ($n=28$) ou eram solteiras/divorciadas ($n=9$) também não evidenciou diferenças importantes entre os grupos na qualidade de vida, bem-estar psicológico e autoeficácia.

Para investigar as variáveis preditoras da qualidade de vida total e de suas dimensões física, psicológica, relações sociais e ambiente, foram realizadas cinco análises de regressão linear (*stepwise*) separadamente. As variáveis bem-estar psicológico e autoeficácia explicaram 48,4% da variância da qualidade de vida total no passo 2 ($\beta=-.454; p<.01$; $\beta=.337, p<.05$ para bem-estar psicológico e autoeficácia respectivamente). Com relação à qualidade de vida nas suas dimensões física e relações sociais, a variável autoeficácia foi a única preditora, explicando 45,5% da variância na dimensão física e 17,5% na dimensão relações sociais ($\beta=.675; p<.001$; $\beta=.419, p<.01$ respectivamente). Já no que diz respeito à dimensão psicológica da qualidade de vida, a única variável preditora foi bem-estar psicológico ($\beta=-.523; p<.001$). Por fim, quanto à variável qualidade de vida na dimensão ambiente, o bem-estar psicológico ($\beta=-.479; p<.001$) e a idade no diagnóstico ($\beta=-.308; p<.05$) mostraram-se preditoras no passo 2,

explicando 27,9% da variância total. A partir desses resultados, então, observa-se a importância tanto do

bem-estar psicológico como da autoeficácia para a qualidade de vida dessas mulheres.

Tabela 4

Análise de Regressão (Método Stepwise) para qualidade de vida total e suas dimensões

Qualidade de vida total		
	Passo 1 (β)	Passo 2 (β)
Bem-estar psicológico	-.634***	-.454**
Autoeficácia	-	.337*
ΔR^2	.402***	.081*
R ²	.402***	.484*
Qualidade de vida física		
Autoeficácia	.675***	-
ΔR^2	.455**	-
R ²	.455***	-
Qualidade de vida psicológica		
Bem-estar psicológico	-.523***	-
ΔR^2	.273***	-
R ²	.273**	-
Qualidade de vida relações sociais		
Autoeficácia	.419**	-
ΔR^2	.175**	-
R ²	.175**	-
Qualidade de ambiente		
Bem-estar psicológico	-.529***	-.479***
Idade no diagnóstico	-	-.308*
ΔR^2	.279***	.092*
R ²	.279***	.372*

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Discussão

A qualidade de vida é uma variável multidimensional importante para pessoas acometidas com câncer, pois ela é resultado da percepção subjetiva da pessoa sobre si e sua saúde. No presente estudo, a qualidade de vida foi examinada juntamente com o bem-estar psicológico e a autoeficácia, duas variáveis psicológicas que têm mostrado relação estreita com resultados em saúde em pessoas com doenças crônicas, como o câncer. Nesse sentido, buscou-se avaliar também o valor preditivo do bem-estar psicológico e da autoeficácia para a qualidade de vida de mulheres jovens com câncer de mama.

Ao comparar a qualidade de vida, bem-estar psicológico e autoeficácia das pacientes jovens com câncer de mama e com outros tipos de câncer, não foram observadas diferenças significativas entre os dois grupos. Esse resultado demonstra que a localização do tumor primário (mama) não resultou em peculiaridades na qualidade de vida dessas mulheres. De fato, um estudo que buscou examinar aspectos psicológicos e qualidade de vida de pessoas com diferentes tipos de câncer (Castro, Ponciano, Thomas & Chem, 2009), não foi capaz de discriminar particularidades relacionadas aos diferentes tipos de câncer. Isso se deve, provavelmente, ao que afirmou Baucom et al. (2006) de que a adaptação

frente a uma doença crônica depende mais de recursos psicológicos pessoais do que de indicadores objetivos da doença e do tratamento.

O câncer de mama esteve relacionado por muito tempo às questões psicossomáticas, segundo o qual seria uma característica comum das mulheres acometidas dessa doença a dificuldade de mentalizar seu sofrimento e expressar-se emocionalmente (Marty, 1993; Marty 1998). No entanto, estudos empíricos realizados com a abordagem da psicologia da saúde não sustentam essa hipótese e tentam, por outro lado, conhecer os recursos psicológicos e possíveis indicadores psicopatológicos de pessoas acometidas por doenças graves a fim de promover a sua adaptação e seu enfrentamento diante da doença (Castro & Bornholdt, 2004; López et al., 2008; Pais-Ribeiro, 2009). O fato dos resultados do presente estudo não ter demonstrado diferenças no bem-estar psicológico e autoeficácia entre mulheres com câncer de mama e outros tipos de câncer mostra que as características psicológicas dessas mulheres são bastante similares, apoiando a abordagem atual do fenômeno.

Com relação ao tipo de cirurgia realizada para retirada do tumor da mama, os dados mostraram que as mulheres que realizaram mastectomia total apresentaram melhor qualidade de vida na dimensão ambiente que as mulheres que realizaram mastectomia conservadora. Esses resultados são contrários aos achados de Van der Steeg, Vries e Roukema (2008), que observaram qualidade de vida similar em 140 mulheres holandesas de idades variadas e sobreviventes de câncer de mama que realizaram mastectomia total e mastectomia conservadora. Da mesma forma, não corroboram os resultados de Engel, Kerr, Schlesinger-Raab, Sauer e Hölzel (2004), que revelou que mulheres que se submeteram a cirurgia conservadora apresentaram melhor qualidade de vida em todas as dimensões quando comparadas àquelas que realizaram mastectomia total. Assim, é possível que a diferença encontrada no presente estudo esteja relacionada à idade das participantes (jovens), que podem sentir-se muito limitadas na sua relação com o seu ambiente quando acometidas por uma doença como o câncer. Além disso, também se pode inferir que a paciente que retirou parcialmente a mama encontra-se receosa de que o tratamento feito não tenha sido o suficiente, e por isso percebe sua relação com o ambiente de forma menos favorável que as mulheres que retiraram toda a mama.

O estágio do câncer de mama, que indica a gravidade da doença, também não foi um fator que tenha gerado diferenças na percepção da qualidade de vida, bem-estar psicológico e autoeficácia das participantes dessa pesquisa. Esse dado reforça a hipótese de que os recursos psicológicos das pessoas são mais importantes

no momento de avaliar sua condição de vida e saúde que as informações objetivas da sua doença (Bardwell et al., 2006; Berterö, 2002). O câncer é uma doença que gera impacto psicológico importante para qualquer indivíduo devido à possibilidade de levar à morte e ao tratamento doloroso, porém aspectos relacionados à gravidade da doença e ao tipo de tratamento ainda não encontram dados efetivos na literatura sobre seu impacto emocional (Bardwell et al., 2006; Castro et al., 2009).

O apoio do companheiro e da família tem sido descrito na literatura como um aspecto importante para a saúde mental de pacientes com câncer (Bardwell et al., 2006), sendo que a falta de apoio tem sido associada a transtornos emocionais como a depressão (Caplette-Gingras & Savard, 2008). Entretanto, os resultados do presente estudo com respeito à qualidade de vida, bem-estar psicológico e autoeficácia de mulheres com câncer de mama foram similares entre as pacientes casadas ou que viviam com seus companheiros e as solteiras ou separadas. É possível que com uma amostra maior e examinando de forma mais aprofundada o apoio social recebido por essas mulheres, essas diferenças podem vir a aparecer.

O principal resultado das análises de regressão realizadas diz respeito à importância tanto do bem-estar psicológico quanto da autoeficácia para a qualidade de vida de mulheres jovens com câncer de mama. Com relação à qualidade de vida total, os achados foram bastante expressivos, uma vez que o bem-estar psicológico e a autoeficácia explicaram 48,4% da sua variância. A qualidade de vida total integra as dimensões física, psicológica, relações sociais e ambiente (Fleck et al., 2000). Não foram encontrados outros estudos com mulheres jovens com câncer de mama com resultados similares. Com respeito às dimensões física e relações sociais, a autoeficácia foi a única variável que resultou preditora. Esse resultado é importante porque reforça os achados da literatura sobre o papel da autoeficácia para resultados em saúde (Bandura, 1997; Schwarzer et al., 2005). Cabe ressaltar que, sendo a autoeficácia uma preditora significativa da qualidade de vida física, a pessoa que se sente autoeficaz é capaz de controlar a dor e seus sintomas e, portanto perceber sua saúde de forma positiva. Já na dimensão psicológica da qualidade de vida, a capacidade preditora do bem-estar psicológico também apóia a idéia de que a ausência de transtornos mentais é um fator chave para que as pessoas acometidas de câncer sintam-se com qualidade de vida (Berterö, 2002; A van't Spijker. & Duivenvoorden, 1997). Por último, com relação à dimensão ambiente, cabe destacar a inclusão da variável idade do diagnóstico na equação juntamente com o bem-estar psicológico. Embora tenha se mostrado uma variável

menos importante que o bem-estar psicológico, esses dados indicam que as mulheres foram diagnosticadas mais jovens percebem sua relação com o ambiente e capacidade de ir e vir de forma mais favorável que as mulheres que receberam o diagnóstico da doença mais tarde. Não foram encontrados resultados similares na literatura para entender o fenômeno, porém podemos pensar que a pessoa que convive com uma doença crônica desde muito cedo aprende a se adaptar ao ambiente mais rapidamente que outras pessoas que viveram mais tempo de sua vida sendo saudáveis.

Em suma, os resultados do presente estudo mostram para a importância do bem-estar e da autoeficácia para a qualidade de vida não só psicológica, mas também física, social e ambiental. Assim, para que a mulher jovem com câncer de mama se sinta adaptada e com uma qualidade de vida razoável é mais importante examinarmos a forma como ela se sente e se vê capaz de enfrentar a doença do que indicadores da doença em si, como estágio ou tipo de cirurgia realizada. Nesse sentido, o trabalho do psicólogo clínico hospitalar é de grande importância a promoção da saúde mental dessas mulheres, fomentando seus recursos psicológicos e capacidade de enfrentamento para obter melhores resultados frente ao tratamento e obter uma melhor qualidade de vida. Em especial nessa faixa etária, em que muitas mulheres estão normalmente numa fase de consolidação da família e da profissão, é importante examinarmos com maior atenção o impacto de uma doença crônica como o câncer para suas vidas.

O estudo possui algumas limitações, entre elas o número reduzido de participantes e o fato do estudo ser transversal. No entanto, se considerarmos que todas essas mulheres são jovens e possuem o mesmo tipo de câncer de mama (carcinoma ductal infiltrante, o mais invasivo), a limitação do número de pacientes é relativa pois a amostra é homogênea. Futuros estudos longitudinais poderiam dar informações importantes sobre a qualidade de vida dessas mulheres e aspectos psicológicos, relacionando-as com os índices de sobrevivência. Além disso, a inclusão de variáveis familiares nesses estudos (satisfação conjugal, relacionamento com filhos) poderá trazer informações relevantes para entendermos a saúde mental dessas mulheres.

Referências

- A van't Spijker, R. W. & Duivenvoorden, H. J. (1997). Psychological sequelae of cancer diagnosis: a meta-analytical review of 58 studies after 1980. *Psychosomatic Medicine*, 59, 280-293. Retrieved from: <http://www.psychosomaticmedicine.org/cgi/reprint/59/3/280>
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W. H. Freeman and Company.
- Bardwell, W. A., Natarajan, L., Dimsdale, J. E., Rock, C. L., Mortimer, J. E., Hollenback, K. & Pierce, J. P. (2006). Objective Cancer-Related Variables Are Not Associated With Depressive Symptoms in Women Treated for Early-Stage Breast Cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 24, 2420-2427. doi: 10.1200/JCO.2005.02.0081
- Baucom, D. H., Porter, L. S., Kirby, J. S., Gremore, T. M. & Keefe, F. J. (2006). Psychosocial Issues Confronting Young Women with Breast Cancer. *Breast Disease*, 23, 103-113. Retrieved from: <https://iospress.metapress.com/content/337n0q81t4762127/resource-secured/?target=fulltext.html>
- Berterö, C. M. (2002). Affected self-respect and self-value: the impact of breast cancer treatment on self-esteem and QoL. *Psycho-Oncology*, 11, 356-364. doi: 10.1002/pon.577
- Bish, A., Ramirez, A., Burgess, C. & Hunter, M. (2005). Understanding why women delay in seeking help for breast cancer symptoms. *Journal of Psychosomatic Research*, 58, 321-326. doi: 10.1016/j.jpsychores.2004.01.007
- Boff, R. A., Wisintainer, F. & Amorim, G. (2008). *Manual De Diagnóstico e Terapêutica Em Mastologia*. Caxias do Sul: Mesa Redonda.
- Borges, L. O & Argolo, J. C. T. (2002). Adaptação e validação de uma escala de bem-estar psicológico para uso em estudos ocupacionais. *Avaliação Psicológica*, 1, 17-27. Retrieved from: http://pepsic.homolog.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-04712002000100003&script=sci_arttext
- Caplette-Gingras, A. & Savard, J. (2008). Depression in women with metastatic breast cancer: a review of the literature. *Palliative and Supportive Care*, 6, 377-387. doi: 10.1017/S1478951508000606
- Castro, E. K. & Bornholdt, E. (2004). Psicologia da saúde x psicologia hospitalar: definições e possibilidades de inserção profissional. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 24, 4-57. Retrieved from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932004000300007&lng=es&nrm=is
- Castro, E. K., Ponciano, C., Thomas, C. V. & Chem, C. M. (2009). *Autoeficácia, ansiedade e depressão como preditores de qualidade de vida em jovens adultos com câncer*. In: I Congresso Luso-Brasileiro de Psicologia da Saúde, 2009, Faro. Experiências e intervenções em Psicologia da Saúde - Resumos e textos. Faro: Universidade do Algarve, 1, 184-197.
- Engel, J., Kerr, J., Schlesinger-Raab, A., Sauer, H & Hölzel, D. (2004). Quality of Life Following Breast-Conserving Therapy or Mastectomy: Results of a 5-Year Prospective Study. *The Breast Journal*, 10, 223-231. doi: 10.1111/j.1075-122X.2004.21323.x
- Fleck, M., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., Pinzon, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-brief". *Revista de Saúde Pública*, 34, 178-83. doi: 10.1590/S0034-89102000000200012.
- Forones, N. M., Jesus-Garcia Fº, R., Tadokoro, H., Freire, C. A. R. (2005). *Oncologia - Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar*. Barueri, Manole.
- Goldeberg, D. P. *Manual for the General Health Questionnaire*. Windsor National Foundation for Educational Research, 1978.
- Instituto Nacional do Câncer - INCA (2009). *Vigilância do Câncer e fatores de risco*. Retrieved november, 12, 2010, from <http://www1.inca.gov.br/vigilancia/incidencia.html>
- Kroenke, C. H., Rosner, B., Chen, W. Y., Kowachi, I., Colditz, G. A. & Holmes, M. (2004). Functional impact of breast cancer by age at diagnosis. *Journal of Clinical Oncology*, 22, 1849-1856. doi: 10.1200/JCO.2004.04.173

¹ O estágio do câncer de mama de oito pacientes não foi informado.

- López, L. J., Piqueras, J. A., Rivero, R. & Ramos, V. (2008). Panorama de la Psicología Clínica y de la Salud. *Revista CES Psicología, 1*, 71-92. Retrieved from: <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologiapdf-314-panorama-de-la-psicologia-de-la-salud.pdf>
- Manne, S. L., Ostroff, J. S., Norton, T. R., Fox, K., Grana, G. & Goldstein, L. (2006). Cancer-specific self-efficacy and Psychosocial and Functional Adaptation to Early Stage Breast Cancer. *Annals of Behavior Medicine, 31*, 145-154. doi: 10.1207/s15324796abm3102_6
- Marty, P. (1993). *A Psicossomática do adulto*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Marty, P. (1998). *Mentalização e psicossomática*. São Paulo: Casa do psicólogo
- National Cancer Institute - NCI. (2008). *Breast Cancer*. Retrieved in may, 24, 2008, from <http://www.cancer.gov>
- Pais-Ribeiro, J. (2009). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. Em: J.P.Cruz, S.N. de Jesus, & C Nunes (Coords.). *Bem-Estar e Qualidade de Vida* (pp.31-49). Alcochete: Textiverso
- Schwarzer, R., Boehmer, S., Luszczynska, A., Mohamed, N. E. & Knoll, N. (2005). Dispositional self-efficacy as a personal resource factor in coping after surgery. *Personality and Individual Differences, 38*, 807-818. doi:10.1016/j.paid.2004.12.016
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-Efficacy scale. Em J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston (Org.). *Measures in health psychology: A user's portfolio*. Causal and control beliefs (pp. 35-37). Windsor, UK: NFER-NELSON
- Teixeira, M. A. P. & Dias, A. C. G. (2005). *Propriedades psicométricas da versão traduzida para o português da Escala de Autoeficácia Geral Percebida de Ralph Schwarzer*. Em Instituto Brasileiro de Avaliação Psicológica (Org.), Resumos do II Congresso Brasileiro de Avaliação Psicológica (CD-ROM). Gramado: IBAP.
- Van der Steeg, A. F. W., De Vries, J. & Roukema, J. A. (2008). The value of quality of life and health status measurements in the evaluation of the well-being of breast cancer survivors. *The Journal of Cancer Surgery, 34*, 1225-1230. doi:10.1016/j.ejso.2007.10.009

Received 01/22/2010

Accepted 12/01/2011

Elisa Kern de Castro. Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, RS, Brasil

Carolina Salvador. Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, RS, Brasil

Bruna Machado Meneghetti. Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, RS, Brasil

Carolina Chem. Hospital Santa Rita de Porto Alegre, Brasil