http://journal.unoeste.br/index.php/cv
DOI: 10.5747/cv.2024.v16.v375
ISSN on-line 1984-6436

Colloquium Vitae

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E APOIO FAMILIAR NO PACIENTE DIAGNOSTICADO COM CÂNCER DE MAMA

Mariana Vitoria Rodrigues de Lelis Valera, Joao Victor Aranda Boigues, Fernando Antonio Mourão Valejo

Universidade do Oeste Paulista – UNOESTE, Presidente Prudente. e-mail: marianalelis.medpp@gmail.com

RESUMO
O câncer de mama é a principal causa de morte na população feminina em quase todas as regiões do Brasil, além de ser importante problema de saúde pública mundial, isto devido as altas taxas de incidência e morbidades. O trabalho tem como objetivo avaliar a qualidade de vida e apoio psicossocial das pacientes diagnosticadas de câncer de mama. Refere-se a um estudo observacional, no qual realizaram entrevistas em mulheres diagnosticadas de câncer de mama tratadas no Hospital Regional de Presidente Prudente. Observou-se que quanto mais negativa era a autopercepção das pacientes em relação ao apoio recebido, à habilidade de realizar atividades cotidianas e ao humor pós-cirúrgico, pior era a sua autopercepção de qualidade de vida. Este estudo ressalta a importância de adotar abordagens multidisciplinares e centradas no paciente e de promover uma rede de apoio são fundamentais para que as mulheres possam ter uma melhor qualidade de vida.
Palavras-chave: neoplasia mamária; qualidade de vida; apoio familiar;

ASSESSMENT OF QUALITY OF LIFE AND FAMILY SUPPORT IN PATIENTS DIAGNOSED WITH BREAST CANCER

ABSTRACT
Breast cancer is the main cause of death in the female population in almost all regions of Brazil, in addition to being an important global public health problem, due to high incidence and morbidity rates. The aim of the work is to evaluate the quality of life and psychosocial support of patients diagnosed with breast cancer. It refers to an observational study, in which interviews were carried out with women diagnosed with breast cancer treated at the Hospital Regional de Presidente Prudente. It was observed that the more negative the patients' self-perception was in relation to the support they received, their ability to carry out daily activities and their post-surgical mood, the worse their self-perception of quality of life was. This study highlights the importance of adopting multidisciplinary, patient-centered approaches and promoting a support network, which are essential for women to have a better quality of life.
Keywords: breast neoplasm; quality of life; family support;

INTRODUÇÃO

O câncer é uma patologia caracterizada pela reprodução clonal e desordenada de células anômalas (que sofreram mutações genéticas)[1]. O câncer mais incidente na população feminina é o câncer de mama, que pode ser dividido em hereditário, que ocorre devido aos genes suscetíveis herdados e esporádico, que são adquiridos por influência de exposições hormonais e fatores ambientais. Os sinais e sintomas mais frequentes, são normalmente aparecimento de nódulo, geralmente indolor, irregular e duro, podendo haver tumores de consistência branda, bem definidos e globosos. Edema cutâneo semelhante à casca de laranja, retração cutânea, hiperemia, inversão do mamilo, dor, descamação ou ulceração do mamilo e secreção papilar, especialmente quando é unilateral e espontânea, também são sinais que podem ser encontrados, bem como a presença de secreções mamilares transparentes, róseas ou avermelhadas, além de linfonodos palpáveis na região axilar[2].

Artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

O câncer de mama é uma adversidade mundial, atingindo principalmente mulheres, sendo que, no Brasil, representa a principal causa de morte na população feminina em quase todas as regiões, entrando como importante problema de saúde pública mundial, isto devido as altas taxas de incidência e morbidades. Segundo o Observatório Global de Câncer, foram estimados 2,2 milhões de novos casos e 655 mil óbitos pela doença para 2020[3]. A taxa de mortalidade por câncer de mama, ajustada pela população mundial, foi 11,84 óbitos/100.000 mulheres, em 2020, com as maiores taxas nas regiões Sudeste e Sul, com 12,64 e 12,79 óbitos/100.000 mulheres, respectivamente[4]. A incidência e a mortalidade por câncer de mama tendem a crescer progressivamente a partir dos 40 anos[5].

Os principais fatores de risco são sexo feminino, idade superior a 40 anos, raça branca, antecedentes familiares principalmente de primeiro grau para câncer de mama, história de hiperplasia atípica, exposição a radioterapia torácica, nuliparidade, mutações genéticas, menacme longo, uso de terapia hormonal, além de outros fatores relacionados a qualidade de vida, como obesidade e etilismo.

O prognóstico do câncer de mama varia de acordo com a extensão da doença, bem como as características do tumor e condições da paciente (idade, presença de comorbidades e *status* menopausal). Caso a doença seja diagnosticada no início, o tratamento tem grandes chances de cura. Já quando a doença está em processo de metástase (doença a distância), o prognóstico é restrito e o tratamento, em geral, tem como objetivo prolongar e melhorar a qualidade de vida da paciente. O tratamento do câncer de mama pode ser dividido em local e sistêmico. O tratamento local visa o controle locorregional da doença e envolve o uso de procedimentos cirúrgicos (com ou sem reconstrução) e radioterapia. O tratamento sistêmico, que tem o objetivo de promover redução no risco de metástase, envolve as terapias biológicas, quimioterapias e hormonioterapias. Na maioria das vezes, a abordagem primária é a cirurgia, que pode ser conservadora, removendo apenas a área que contêm a lesão[6]; ou radical, como a chamada mastectomia que remove toda a glândula mamária. Como parte do tratamento cirúrgico, destaca-se ainda a avaliação dos linfonodos axilares, que tem como objetivo predominante a definição prognóstica e também contribui com o controle local[7].

O tratamento sistêmico é determinado com base no risco de recorrência (idade do paciente, acometimento linfonodal, tamanho do tumor e grau de diferenciação), bem como nas características do tumor que ditarão a terapêutica mais adequada. A terapêutica hormonal é determinada pelas mensurações de receptores hormonais e o uso de anticorpos monoclonais baseado na presença de hiperexpressão do receptor de HER-2 (fator de crescimento epidérmico 2)[8].

O tratamento do câncer de mama é fundamental que seja realizado por profissionais multidisciplinares, uma vez que o sentimento negativo influencia prejudicialmente em sua melhora. Atenção à qualidade de vida da paciente com câncer de mama deve ser preocupação dos profissionais de saúde ao longo de todo o processo terapêutico, visto que essas mudanças afetam psicologicamente essas mulheres pois o seu corpo é visto como símbolo de beleza, de fertilidade e de feminilidade. Além disso, a agressividade do tratamento pode relacionar-se a sentimentos negativos como pessimismo, questionamentos sobre sua identidade feminina, sensualidade, baixa autoestima, vulnerabilidade, angústia e medo[9]. Assim é importante que a mulher tenha um acompanhamento e apoio em todo o período desde o diagnóstico, para que ela não desista e que torne todo esse processo mais fácil e menos doloroso[10]. O objetivo do estudo é avaliar o impacto do diagnóstico de câncer de mama na qualidade de vida das pacientes, com foco no apoio social que essas mulheres eventualmente recebem no âmbito familiar.

MÉTODOS

Trata -se de um estudo observacional transversal onde serão entrevistadas cerca de 90 mulheres com o diagnóstico de câncer de mama tratadas no Hospital Regional de Presidente Prudente, nos anos de 2011 a 2021, cujo, CAAE: 69322023.0.0000.5515. O cálculo do tamanho amostral se baseou na fórmula de dimensionamento amostral para populações finitas[11], para a obtenção de um coeficiente de correlação igual a pelo menos 0,25 entre os escores de qualidade de vida e apoio social, considerando um nível de significância α = 5%, um poder de teste de 90% (β = 10%), e uma perda amostral de 10% para uma população de tamanho N = 157 (prevalência de pacientes diagnosticadas no município no período referente ao estudo, segundo o Tabnet – DataSUS.

Foram considerados critérios de inclusão: Ser maior de 18 anos, ter realizado tratamento completo do câncer de mama, concordar com a participação no estudo. Os critérios de exclusão são: não ter

Artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

condições de responder ao questionário por impedimento físico ou cognitiva, se negar a participar do estudo.

Através de auxílio do departamento de tecnologia de informação do Hospital Regional, foi realizada um levantamento das pacientes submetidas ao diagnóstico de câncer de mama na instituição através do CID- 10 C 50. De posse do nome das pacientes, realizamos um levantamento dos dados clínicos utilizando para isso os registros médico-hospitalares (prontuários). Os sujeitos da pesquisa foram abordados inicialmente por via telefônica, na qual foi realizado o agendamento da entrevista para ser feita pessoalmente ou por videoconferência, a depender da disponibilidade e facilidade da entrevistada em relação aos meios eletrônicos.

A entrevista iniciou-se com a explicação acerca do estudo, leitura e aceite do termo de consentimento, e aplicação de um questionário acerca do diagnóstico, tratamento realizados, a realização de atividades diárias e físicas, humor pós-tratamento. Posteriormente foram aplicados os questionários (Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida The World Health Organization Quality of Life – WHOQOL-bref)[12], avaliando a disposição, desempenho e apoio da família que a paciente recebeu, Medical Outcomes Study – Social Support Survey (MOSSSS)[13]. O WHOQOL-bref contém 26 perguntas escala Likert (1 a 5, quanto maior a pontuação, melhor a qualidade de vida), cujas questões são separadas em itens que medem a qualidade de vida geral, e itens que medem 4 domínios, quais sejam, físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.

Ao final, para cada participante foi calculada uma pontuação média dos itens de cada domínio, bem como da qualidade de vida geral. De modo similar, o questionário MOS-SSS permite o cálculo de um escore geral para o apoio social, bem como escores individuais para as subescalas de apoio material, apoio afetivo, apoio emocional, e interação social positiva. Consideramos para as subescalas, os escores interpretativos de Zanini e colaboradores 2018, que consideram uma classificação em percepção baixa, média ou alta para cada dimensão da escala, segundo determinados pontos de corte.

Os dados coletados foram tabulados em planilha Excel. A análise dos dados foi realizada com o auxílio do *software* SPSS 22.0[14]. As variáveis categóricas foram expressas em distribuição de frequências e as variáveis quantitativas em medidas-resumo, como média, mediana, desvio-padrão e desvio interquartílico. Os escores para ambas as escalas – WHOQOL-*bref* e MOS-SSS – foram computados, e avaliados em uma possível associação entre ambos, foram utilizado o coeficiente de correlação de *Spearman*[15]. E, avaliou-se uma possível correlação o apoio social (segundo as classificações de níveis supracitadas) com as características das participantes (idade, escolaridade, número de filhos, e estado civil) e fatores associados ao diagnóstico e tratamento realizados para o câncer, foi utilizado um modelo de regressão logística ordinal.

Os dados foram analisados a partir do cálculo das frequências simples e relativas para as variáveis qualitativas e de medidas-resumo para as variáveis quantitativas, a depender da normalidade de sua distribuição. Para avaliar a associação entre as variáveis categóricas e a qualidade de vida, foram usados os testes ANOVA, Kruskal-Wallis[16], e teste exato de Fisher para as variáveis quantitativas normais, quantitativas não-normais e as categóricas, respectivamente. O nível de significância adotado em todas as análises foi 5%, e o software utilizado foi o RStudio[17].

RESULTADOS

Foram coletados dados para 100 mulheres, com idade média de 59,1 ±11,3 anos, sendo 50% com escolaridade até o 1º grau, 48% casadas, e paridade mediana de 2 [1; 3] filhos (Tabela 1).

Quanto ao tratamento, 98% passaram por cirurgia, das quais 63,3% do tratamento foi conservador. Além disso, 75% fizeram quimioterapia e 78% hormonioterapia, sendo que 50% do tratamento de hormonioterapia foi com inibidores de aromatase e 50% com tamoxifeno.

Frequentavam grupo de apoio no momento da pesquisa apenas 11% das participantes, das quais 81,8% o grupo frequentado era o "amigas do peito". Relataram receber apoio familiar 93%, sendo que 80% afirmaram receber o apoio de que necessitam.

Quanto à qualidade de vida, 18% afirmaram sentir pouca segurança com a vida diária, 19% afirmaram aproveitar a vida pouco ou nada, 17% disseram ter pouca energia no dia a dia, 10% não conseguem realizar atividades diárias, e 63% não fazem atividade física; 30% relataram humor pós-cirúrgico triste ou muito triste, e 22% que a dor física as impede de fazer o que precisam. Além disso, 40,4% possuem comorbidades que impactam sua qualidade de vida, das quais 78,9% surgiram ou foram

Artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

diagnosticadas após o câncer. Por fim, 1% afirmou ter qualidade de vida muito ruim, 4% ruim, 23% média, 51% boa, e 21% muito boa.

Não foi encontrada associação estatisticamente significativa entre a qualidade de vida e as características gerais das participantes, nem com o tratamento realizado, ou com a presença de comorbidades (Tabela 2). Porém, a associação foi significativa com o apoio recebido durante o tratamento ser considerado suficiente (p=0,003), com a segurança na vida diária (p<0,001), a percepção do quanto aproveita a vida (p<0,001), energia no dia a dia (p<0,001), aptidão a realizar atividades diárias (p<0,001), atividade física (p<0,001), humor pós-cirúrgico (p<0,001) e dor física incapacitante (p<0,001).

Foi observado que, quanto pior a autopercepção de ter recebido o apoio necessário durante o tratamento, de segurança com a vida diária, do quanto consegue aproveitar a vida, da energia que tem no dia a dia, da aptidão em realizar atividades diárias, do humor pós-cirúrgico e de dor incapacitante, pior também a autopercepção de qualidade de vida. Por outro lado, a realização de atividade física esteve associada a uma melhor autopercepção de qualidade de vida.

Tabela 1. Descrição dos participantes (n=100).

	Variável	n (%) (N=100)
Gerais	**Idade**	
	Média ± Desvio-padrão	59,1 ± 11,3
	Mínimo	34,0
	Máximo	90,0
	Escolaridade	
	S/ escol	25 (25,0%)
	1º grau	25 (25,0%)
	2º grau	33 (33,0%)
	3º grau	17 (17,0%)
	Estado civil	
	Casado	48 (48,0%)
	Divorciado	17 (17,0%)
	Solteiro	12 (12,0%)
	União est.	11 (11,0%)
	Viúvo	12 (12,0%)
	Paridade	
	Mediana [IIQ]	2 [1; 3]
	Mínimo	0
	Máximo	8
Tratamento	**Cirurgia**	
	Não	2 (2,0%)
	Sim	98 (98,0%)
	Tipo Cirurgia	

Artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

	Variável	n (%) (N=100)
	Conservador	36 (36,7%)
	Radical	62 (63,3%)
	Quimioterapia	
	Não	25 (25,0%)
	Sim	75 (75,0%)
	Radioterapia	
	Não	23 (23,0%)
	Sim	77 (77,0%)
	Hormonioterapia	
	Não	22 (22,0%)
	Sim	78 (78,0%)
	Tipo Hormonioterapia	
	Inibidores de aromatase	39 (50,0%)
	Tamoxifeno	39 (50,0%)
Apoio e qualidade de vida	**Grupo de apoio**	
	Não	89 (89,0%)
	Sim	11 (11,0%)
	Qual grupo de apoio	
	Amigos do Peito	9 (81,8%)
	AVAPAC	1 (9,1%)
	PROJETO FOTOGRAFICO	1 (9,1%)
	Apoio Familiar	
	Não	7 (7,0%)
	Sim	93 (93,0%)
	Recebe apoio que necessita	
	Sim	80 (80,0%)
	Não	5 (5,0%)
	Médio	15 (15,0%)
	Segurança com a vida diária	
	Pouco	18 (18,0%)
	Médio	40 (40,0%)
	Muito	42 (42,0%)

Artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Variável	n (%) (N=100)
Quanto aproveita vida	
Nada	9 (9,0%)
Pouco	10 (10,0%)
Médio	43 (43,0%)
Muito	38 (38,0%)
Energia dia a dia	
Pouco	17 (17,0%)
Médio	42 (42,0%)
Muito	41 (41,0%)
Consegue realizar ativ. Diárias	
Não	10 (10,0%)
Sim	90 (90,0%)
Faz atividade física	
Não	63 (63,0%)
Sim	37 (37,0%)
Humor pós-Cirúrgico	
Muito triste	2 (2,0%)
Triste	27 (27,0%)
Normal	42 (42,0%)
Feliz	24 (24,0%)
Muito Feliz	5 (5,0%)
Dor física impede de fazer o que precisa	
Nada	54 (54,0%)
Muito pouco	24 (24,0%)
Médio	14 (14,0%)
Bastante	8 (8,0%)
Comorbidade que impacta Qualidade de vida	
Não	34 (59,6%)
Sim	23 (40,4%)
Início da comorbidade	
Antes do Câncer	4 (21,1%)

Artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Variável	n (%) (N=100)
Depois do Câncer	15 (78,9%)
Qualidade de vida	
Muito Ruim	1 (1,0%)
Ruim	4 (4,0%)
Média	23 (23,0%)
Boa	51 (51,0%)
Muito Boa	21 (21,0%)

Nota: Percentuais calculados em relação aos totais de respostas válidas para cada variável. IIQ: Intervalo interquartil.

Tabela 2. Associação de características das pacientes, tratamento realizado, e tipo de apoio recebido durante o tratamento, com a qualidade de vida autorreferida (n=100).

Variáveis	Qualidade de vida				P-valor
	Muito Ruim/Ruim (N=5)	Média (N=23)	Boa (N=51)	Muito Boa (N=21)	
Idade					
Média ± Desvio-padrão	66,0 ± 16,1	60,1 ± 13,2	58,2 ± 10,1	58,3 ± 11,1	0,500
Escolaridade					
S/ escolaridade	4 (80,0%)	6 (26,1%)	12 (23,5%)	3 (14,3%)	0,073
1º grau	1 (20,0%)	5 (21,7%)	15 (29,4%)	4 (19,0%)	
2º grau	0 (0%)	11 (47,8%)	13 (25,5%)	9 (42,9%)	
3º grau	0 (0%)	1 (4,3%)	11 (21,6%)	5 (23,8%)	
Estado civil					
Casado	2 (40,0%)	10 (43,5%)	25 (49,0%)	11 (52,4%)	0,800
Divorciado	2 (40,0%)	5 (21,7%)	7 (13,7%)	3 (14,3%)	
Viúvo	1 (20,0%)	3 (13,0%)	6 (11,8%)	2 (9,5%)	
Solteiro	0 (0%)	2 (8,7%)	9 (17,6%)	1 (4,8%)	
União estável	0 (0%)	3 (13,0%)	4 (7,8%)	4 (19,0%)	

Artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Variáveis	Qualidade de vida				P-valor
	Muito Ruim/Ruim (N=5)	Média (N=23)	Boa (N=51)	Muito Boa (N=21)	
Paridade					
Mediana [IIQ]	3 [3; 3]	2 [1; 3,5]	2 [2; 3]	2 [1; 3]	0,230
Tratamento cirurgia					
Sim	5 (100%)	23 (100%)	49 (96,1%)	21 (100%)	1,0
Não	0 (0%)	0 (0%)	2 (3,9%)	0 (0%)	
Tipo cirurgia					
Conservadora	2 (40,0%)	6 (26,1%)	24 (49,0%)	4 (19,0%)	0,062
Radical	3 (60,0%)	17 (73,9%)	25 (51,0%)	17 (81,0%)	
Tratamento quimioterapia					
Não	3 (60,0%)	7 (30,4%)	11 (21,6%)	4 (19,0%)	0,234
Sim	2 (40,0%)	16 (69,6%)	40 (78,4%)	17 (81,0%)	
Tratamento radioterapia					
Não	2 (40,0%)	5 (21,7%)	11 (21,6%)	5 (23,8%)	0,828
Sim	3 (60,0%)	18 (78,3%)	40 (78,4%)	16 (76,2%)	
Tratamento hormonioterapia					
Não	2 (40,0%)	7 (30,4%)	9 (17,6%)	4 (19,0%)	0,392
Sim	3 (60,0%)	16 (69,6%)	42 (82,4%)	17 (81,0%)	
Tipo hormonioterapia					
Inibidores de aromatose	1 (33,3%)	9 (56,3%)	20 (47,6%)	9 (52,9%)	0,894
Tamoxifeno	2 (66,7%)	7 (43,8%)	22 (52,4%)	8 (47,1%)	
Grupo de apoio					
Não	4 (80,0%)	22 (95,7%)	46 (90,2%)	17 (81,0%)	0,327

Artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Variáveis	Qualidade de vida				P-valor
	Muito Ruim/Ruim (N=5)	Média (N=23)	Boa (N=51)	Muito Boa (N=21)	
Sim	1 (20,0%)	1 (4,3%)	5 (9,8%)	4 (19,0%)	
Qual grupo de apoio					
Amigos do Peito	1 (100%)	1 (100%)	4 (80,0%)	3 (75,0%)	
Avapac	0 (0%)	0 (0%)	1 (20,0%)	0 (0%)	1,0
Projeto fotográfico	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (25,0%)	
Apoio familiar					
Sim	5 (100%)	20 (87,0%)	48 (94,1%)	20 (95,2%)	0,702
Não	0 (0%)	3 (13,0%)	3 (5,9%)	1 (4,8%)	
Recebe apoio que necessita					
Sim	2 (40,0%)	14 (60,9%)	44 (86,3%)	20 (95,2%)	
Não	1 (20,0%)	2 (8,7%)	1 (2,0%)	1 (4,8%)	**0,003**
Médio	2 (40,0%)	7 (30,4%)	6 (11,8%)	0 (0%)	
Segurança com vida diária					
Pouco	4 (80,0%)	9 (39,1%)	4 (7,8%)	1 (4,8%)	
Médio	1 (20,0%)	11 (47,8%)	24 (47,1%)	4 (19,0%)	**<0,001**
Muito	0 (0%)	3 (13,0%)	23 (45,1%)	16 (76,2%)	
Quanto aproveita vida					
Nada	4 (80,0%)	3 (13,0%)	2 (3,9%)	0 (0%)	
Pouco	1 (20,0%)	7 (30,4%)	2 (3,9%)	0 (0%)	
Médio	0 (0%)	12 (52,2%)	27 (52,9%)	4 (19,0%)	**<0,001**
Muito	0 (0%)	1 (4,3%)	20 (39,2%)	17 (81,0%)	
Energia dia a dia					
Pouco	4 (80,0%)	8 (34,8%)	5 (9,8%)	0 (0%)	
Médio	0 (0%)	11 (47,8%)	26 (51,0%)	5 (23,8%)	**<0,001**
Muito	1 (20,0%)	4 (17,4%)	20	16	

Artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Variáveis	Qualidade de vida				P-valor
	Muito Ruim/Ruim (N=5)	Média (N=23)	Boa (N=51)	Muito Boa (N=21)	
			(39,2%)	(76,2%)	
Consegue realizar atividades diárias					
Não	4 (80,0%)	4 (17,4%)	2 (3,9%)	0 (0%)	**<0,001**
Sim	1 (20,0%)	19 (82,6%)	49 (96,1%)	21 (100%)	
Faz atividade física					
Não	5 (100%)	21 (91,3%)	26 (51,0%)	11 (52,4%)	**<0,001**
Sim	0 (0%)	2 (8,7%)	25 (49,0%)	10 (47,6%)	
Humor pós-cirúrgico					
Muito triste	0 (0%)	1 (4,3%)	1 (2,0%)	0 (0%)	**<0,001**
Triste	4 (80,0%)	12 (52,2%)	7 (13,7%)	4 (19,0%)	
Normal	1 (20,0%)	9 (39,1%)	27 (52,9%)	5 (23,8%)	
Feliz	0 (0%)	1 (4,3%)	13 (25,5%)	10 (47,6%)	
Muito feliz	0 (0%)	0 (0%)	3 (5,9%)	2 (9,5%)	
Dor física impede de fazer o que precisa					
Nada	1 (20,0%)	8 (34,8%)	31 (60,8%)	14 (66,7%)	**<0,001**
Muito pouco	0 (0%)	4 (17,4%)	13 (25,5%)	7 (33,3%)	
Médio	2 (40,0%)	6 (26,1%)	6 (11,8%)	0 (0%)	
Bastante	2 (40,0%)	5 (21,7%)	1 (2,0%)	0 (0%)	
Comorbidade que impacta qualidade de vida					
Não	1 (33,3%)	9 (60,0%)	16 (59,3%)	8 (66,7%)	0,814
Sim	2 (66,7%)	6 (40,0%)	11 (40,7%)	4 (33,3%)	

Artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Variáveis	Qualidade de vida				P-valor
	Muito Ruim/Ruim (N=5)	Média (N=23)	Boa (N=51)	Muito Boa (N=21)	
Início da comorbidade					
Depois do câncer	4 (100%)	3 (60,0%)	7 (77,8%)	1 (100%)	0,706
Antes do câncer	0 (0%)	2 (40,0%)	2 (22,2%)	0 (0%)	

Nota: Percentuais calculados em relação aos totais de respostas válidas para cada variável. IIQ: Intervalo interquartil. P-valores referentes ao teste exato de Fisher para as variáveis categóricas, teste da ANOVA para a idade, e teste de Kruskal-Wallis para a paridade. P-valores em negrito indicam associação estatisticamente significativa com a qualidade de vida (α=5%).

DISCUSSÃO

A partir das informações supracitadas e discutidas, evidencia-se que os resultados obtidos, em sua maioria, vão de encontro com o que já foi abordado e encontrado em estudos anteriores. Fato que se exemplifica pelos resultados estatisticamente significativos como em: pessoas com câncer de mama que afirmam ter apoio necessário, são as mesmas que consideram sua qualidade de vida "boa" (86,3%) ou "muito boa" (95,2%), em contraponto, pessoas que recebem apoio "médio" ou não o recebem têm distribuição equilibrada; também, importante ressaltar, que o cruzamento de dados na categoria "segurança com a vida diária" e "quanto aproveita a vida" impacta fortemente e diretamente no bem-estar dessas pacientes, sendo os resultados compatíveis quando a paciente refere má ou média ocorrência desses fatores assim como da qualidade de vida. Outro obstáculo para a população estudada é o fator "dor física", pacientes que relatam não ter interferência cotidiana por esse fator, possui uma qualidade de vida autodeclarada "boa" (60,8%) ou "muito boa" (66,7%) – tal sintoma se faz presente em muitos dos sobreviventes aos variados tipos de neoplasias[18], tornando-o assim, de importante enfoque clínico. Assim como os resultados referentes à energia diária, participantes com qualidade de vida "muito ruim/ruim" (80%) somados com "média" (34,8%), referiram pouca energia. Ademais, a questão de conseguirem realizar atividades diárias é sensível à saúde do cotidiano dessas pessoas, já que praticamente todos que afirmam uma "boa" (96,1%) ou "muito boa" (100%) qualidade de vida referem a capacidade de se exercitar e o fazem regularmente em, respectivamente, 51% e 47,6% dos casos – posto isto, negativa em 100% dos que informam qualidade de vida "muito ruim/ruim. A tristeza como componente presente no humor pós cirúrgico se relaciona diretamente com a qualidade de vida "muito ruim/ruim" em 80% das pacientes. A recíproca é verdadeira em todos os casos estatisticamente significativos, como é possível observar nos resultados descritos – vide tabela 2.

Ao longo deste estudo, procuramos avaliar a qualidade de vida e o apoio familiar em pacientes diagnosticados com câncer de mama. Através da análise dos dados coletados e da revisão da literatura, pudemos observar diversos fatores que influenciam a jornada desses pacientes, sendo possível fazer várias observações importantes sobre a qualidade de vida das pacientes diagnosticadas com câncer de mama e o apoio psicossocial que recebem durante o tratamento.

As características da amostra possibilitam observar o padrão sociodemográfico habitualmente identificado em estudos envolvendo os usuários do SUS, sendo demonstrado um perfil de mulheres com baixo nível de escolaridade – como em Azevedo *et al* 2017. Ademais, demonstrou-se que menos da metade das mulheres era casada, também indo de encontro aos resultados de outro estudo da área[19], sendo, em nosso caso, a média do número de filhos igual a 2, variando de 1 a 3.

A maioria das participantes foi submetida à cirurgia, sendo que cerca de dois terços dessas cirurgias foram conservadoras (de alto custo[20] ao sistema), a qual é usada em casos de carcinomatose inicial[21], mostrando, também, a preferência da nossa população pela preservação da mama – um contraponto ao estudo Makluf, Dias e Barra 2005, o qual apresenta que em mulheres mais velhas o interesse pela

Artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

feminidade e menor enaltecimento dos seios. Além disso, a maioria recebeu quimioterapia e hormonioterapia, sendo que metade do tratamento hormonal envolveu inibidores de aromatase e a outra metade tamoxifeno, demonstrando que os moduladores seletivos do receptor de estrogênio ainda apresentam grande importância na terapêutica das pacientes, como ressaltado em Oliveira *et al* 2024[22].

Uma porção significativa das participantes relatou desafios em diferentes aspectos da qualidade de vida. Isso incluiu não desfrutar da vida tanto quanto gostariam, ter pouca energia no dia a dia e encontrar dificuldades em realizar atividades cotidianas. Além disso, muitas relataram um humor pós-cirúrgico triste ou muito triste, e uma porcentagem significativa afirmou que a dor física as impediu de fazer o que precisavam. Estes dados demonstram a importância do cuidado multiprofissional, principalmente nos dois primeiros anos de acompanhamento, a fim de evitar pobreza de cuidados e informações sobre o adoencimento[23] para essas pacientes submetidas ao tratamento do câncer de mama, bem como a necessidade de que o médico tenha um olhar completo para a paciente, não somente preocupando-se com a doença, más com a doente como um todo, levando em consideração não apenas os aspectos clínicos, mas também as necessidades emocionais, sociais e familiares[24]. É essencial que os profissionais de saúde reconheçam, não apenas as necessidades clínicas das pacientes, mas também promovam acesso às redes de apoio sólidas, uma vez que são de extrema importância para que as mulheres em tratamento do câncer de mama tenham uma qualidade de vida melhor. Ao reconhecer e fortalecer os sistemas de apoio familiar e comunitário, podemos melhorar significativamente a qualidade de vida e o bem-estar desses pacientes, promovendo uma jornada de tratamento mais positiva e resiliente – fator importante também para sobrevida[25].

Conforme observado nos dados levantados, ficou clara a importância de abordagens multidisciplinares e centradas no paciente no tratamento do câncer de mama, surgindo e reforçando a sugestão do maior investimento por parte do governo em projetos terapêuticos para as mulheres com carcinomatose de mama. Demonstramos que o acesso a recursos de apoio psicossocial influencia positivamente na qualidade de vida das pacientes, portanto, sendo a principal área da equipe multiprofissional que sugerimos maior aplicação de recursos.

Uma das sugestões que deixamos para a manutenção da qualidade de vidas dessas pacientes é um maior tempo de acompanhamento da evolução da qualidade de vida após o diagnóstico de neoplasia de mama. Tornando possível, então, uma avaliação mais específica e detalhada dessa questão, facilitando a criação e implementação de intervenções direcionadas aos déficits dessas pacientes.

Também é imprescindível visar projetos e estratégias que aumentem o apoio psicológico, social e familiar à essas pacientes, objetivando realizar uma abordagem completa, complexa e individualizada a cada pessoa. Tal ação contribui concomitantemente para manutenção de um bom humor, aumento da sensação de segurança e minimização da dor física (em questão à somatização) – por isso, possibilitando melhores desfechos clínicos e adesão ao tratamento a longo prazo. Necessitando, portanto, de profissionais capacitados a fornecerem apoio aos fenômenos mentais dos enfermos, de seus cuidadores e da família de forma geral, aumentando a resiliência psicológica de todos.

Apesar dos avanços e dados obtidos tal tipo de estudo possui limitações. Essas envolvem obstáculos em se obter um tamanho amostral que trará resultados analisáveis que possivelmente terão relevância estatística; as características da população a ser estudada – por exemplo, características sociodemográficas. Por isso, tornando irrefutável a demanda por replicação do mesmo tipo de pesquisa em variados públicos.

Por consequência, faz-se preciso ressaltar, novamente, que o tratamento a esses pacientes não deve ter enfoque exclusivo à cura do câncer, mas também em proporcionar os meios para que seja atingida qualidade de vida. Para isso, a viabilização de maior investimento multiprofissional aos diagnosticados por meio do reforço a esse direcionamento em políticas públicas e diretrizes de práticas clínicas de protocolos para o tratamento de neoplasias.

CONCLUSÃO

Conclui-se, portanto, que o a qualidade de vida nas pacientes diagnosticadas com câncer de mama tratadas no Hospital Regional de Presidente Prudente depende de diversas variáveis, incluindo: apoio necessário, segurança na vida diária, aproveitamento da vida, dor física, energia diária, capacidade de realizar atividades diárias, prática de atividade física, e humor pós-cirúrgico – estatisticamente significativas

Artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

no bem-estar dos indivíduos analisados. Consequentemente, demonstrando a importância da execução do projeto de pesquisa, pois tem enfoque em avaliar e discutir a saúde dessas pessoas após seus diagnósticos.

REFERÊNCIAS

1. Kumar V. Robbins Patologia Básica. 10a. ed. Rio de Janeiro: Grupo GEN; 2018.

2. Porto CC. Semiologia Médica. 8a. ed. Rio de Janeiro: Grupo GEN; 2019.

3. Silva LC da. Câncer de mama e sofrimento psicológico: aspectos relacionados ao feminino. Psicol em Estud. 2008;13(2):231–7. doi: https://doi.org/10.1590/S1413-73722008000200005

4. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Mortalidade. Brasília: INCA; 2021. Disponível em: https://www.inca.gov.br/controle-do-cancer-de-mama/dados-e-numeros/mortalidade.

5. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Estimativa 2020: incidência do Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2019. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf

6. Moran MS, Schnitt SJ, Giuliano AE, Harris JR, Khan SA, Horton J, et al. Society of Surgical Oncology-American Society for Radiation Oncology consensus guideline on margins for breast-conserving surgery with whole breast irradiation in stage I and II invasive breast cancer. Ann Surg Oncol. 2014;21:704-716. doi: https://doi.org/10.1245/s10434-014-3481-4

7. Giuliano AE, Hunt KK, Ballman KV, Beitsch PD, Whitworth PW, Blumencranz PW, et al. Axillary dissection vs no axillary dissection in women with invasive breast cancer and sentinel node metastasis: A randomized clinical trial. JAMA. 2011;305:569–575. doi: https://doi.org/10.1001/jama.2011.90

8. Cardoso F, Costa A, Norton L, Senkus E, Aapro M, André F, et al. ESO-ESMO 2nd international consensus guidelines for advanced breast cancer (ABC2). Ann Oncol. 2014; 25(10):p.1871–1888. doi: https://doi.org/10.1093/annonc/mdu385

9. Duarte TP, Andrade AN de. Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade. Estud psicol. 2003; 8(1):55-163. doi: https://doi.org/10.1590/S1413-294X2003000100017

10. Silva LC da. Câncer de mama e sofrimento psicológico: aspectos relacionados ao feminino. Psicol em Estud. 2008;13(2):231–7. doi: https://doi.org/10.1590/S1413-73722008000200005

11. Zanini DS, Peixoto EM, Nakano TC. Escala de Apoio Social (MOS-SSS): Proposta de Normatização com Referência nos Itens. Tendências em Psicologia / Temas em Psicologia. 2018 mar; 26(1):387-399. doi: 10.9788/TP2018.1-15Pt

12. Fleck MPA. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. Ciênc. Saúde Colet. 2000; 5:33-38. doi: https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000100004

13. Merino-Soto C, Bolaños-Díaz R, Velarde-Ramos E, Urrunaga-Pastor D, Mezones-Holguín E. Medical outcomes study social support survey (MOS-SSS) in patients with chronic disease: A psychometric assessment. Front Psychiatry. 2023;13:1028342. doi: https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.1028342

Artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

14. Tarigan EF, Silaban R, Sinuraya JC, Napitupulu N. Analisis Instrumen Tes Menggunakan Rasch Model dan Software SPSS 22.0. J Inov Pendidikan Kimia. 2022; 16(2):92-6. doi: https://doi.org/10.15294/jipk.v16i2.30530

15. Bauer L. Estimação do coeficiente de correlação de Spearman ponderado. [s.l]; 2007.

16. Ferreira EB, Rocha MC, Mequelino DB. Avaliação de Monte Carlo dos testes ANOVA F e Kruskal-Wallis sob distribuição binomial. Sigmae. 2012;1(1):126-39.

17. Müller TJ, Zabala FJ. Avaliação e correção automática no software livre RStudio. RENOTE Rev Novas Tecnol Educ. 2016.

18. Genz N, Muniz RM, Andrade FP, Lange C, Pinto AH, Almeida NLD. Staging and resilience degree in breast cancer survivors. Rev Fund Care Online. 2016;8(4):4935-41. doi: http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i4.4935-4941.

19. Azevedo DB, Lopes CT, Pereira SRM, Lopes JL, Barros ALBL. Perfil das mulheres com câncer de mama. Rev Enferm UFPE On Line. 2017;11(6):2264-72.

20. Sousa GS, Ribeiro CM, Almeida D dos S, Chaves ÉCL, Pereira DL. Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes com câncer de mama: uma revisão sistemática. Rev Bras Cancerol. 2023;69(1).

21. Tiezzi DG. Cirurgia conservadora no câncer de mama. Rev Bras Ginecol Obstet [Internet]. 2007 ago;29(8):428–34. doi: https://doi.org/10.1590/S0100-72032007000800008.

22. Oliveira LS, Gonçalves JS, Andrade LG. O uso do tamoxifeno para tratamento de câncer de mama em mulheres. Rev Ibero-Am Humanid Ciênc Educ. 2024;10(6):466-75. doi: https://doi.org/10.51891/rease.v10i6.14401

23. Lopes JV, Bergerot CD, Barbosa LR, Calux NM de CT, Elias S, Ashing KT, et al. Impact of breast cancer and quality of life of women survivors. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018 Nov;71(6):2916–21. doi: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0081.

24. Makluf ASD, Dias RC, Barra A de A. Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer da mama. Rev. Bras. Cancerol. [Internet]. 2006 mar 31 [citado 2024 ago 14];52(1):49-58. Disponível em: https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/1909.

25. Shen L, Tian X, Deng X, Wang T, Ye Y, Chen Y, et al. Development and validation of a novel risk score for hepatocellular carcinoma recurrence after surgical resection in hepatitis B virus-related hepatocellular carcinoma: a multicenter study. BMC Cancer. 2023;23(1):819.

Artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).