Artigo Original
doi: https://doi.org/10.1590/1983-1447.2025.20240023.pt

Mulheres com câncer: análise transversal da qualidade de vida relacionada a saúde e apoio social

Woman with cancer: cross-sectional analysis of health-related quality of life and social support

Mujeres con cáncer: análisis transversal de la calidad de vida relacionada con la salud y el apoyo social

Lilian Miranda Belineli[a]
Eliza Maria Rezende Dázio[a]
Eliane Garcia Rezende[a]
Namie Okino Sawada[a]
Murilo César do Nascimento[a]
Bianca de Moura Peloso-Carvalho[a]
Tábatta Renata Pereira de Brito[a]
Silvana Maria Coelho Leite Fava[a]

Como citar este artigo:
Belineli LM, Dázio EMR, Dázio EG, Sawada NO, Nascimento MC, Peloso-Carvalho BM, et al. Mulheres com câncer: análise transversal da qualidade de vida relacionada a saúde e apoio social. Rev Gaúcha Enferm. 2025;46:e20240023. doi: https://doi.org/10.1590/1983-1447.2025.20240023.pt

RESUMO:

Objetivo: Verificar a correlação do apoio social percebido e a qualidade de vida relacionada à saúde entre mulheres com diagnóstico de câncer.

Método: Estudo transversal do tipo analítico realizado em 2019 com uma amostra de 119 mulheres com diagnóstico de câncer, atendidas num hospital de referência para tratamento oncológico do Sul do Estado de Minas Gerais. A coleta de dados foi feita por meio de entrevista e análise de prontuário. Utilizou-se a escala de apoio social do *Medical Outcomes Study* e o questionário de qualidade de vida da Organização Europeia para Pesquisa e Tratamento do Câncer. A análise estatística foi feita por meio do teste de correlação de Spearman.

Resultados: Houve correlação positiva entre todos os tipos de apoio social e as funções emocional e social da qualidade de vida. Os apoios emocional/informação, afetivo e interação social positiva se correlacionaram positivamente com o estado de saúde global e negativamente com a perda de apetite.

Conclusão: Melhores escores de apoio social foram correlacionados a uma melhor qualidade de vida entre as mulheres com câncer avaliadas. Ao identificar os tipos específicos de apoio social que podem melhorar determinadas dimensões da qualidade de vida, os profissionais de enfermagem poderão planejar e executar intervenções de maneira mais eficaz.

Descritores: Qualidade de vida. Apoio social. Câncer. Mulheres.

ABSTRACT:

Objective: To verify the correlation between perceived social support and health-related quality of life among women diagnosed with cancer.

Method: Analytical cross-sectional study conducted in 2019 with a sample of 119 women diagnosed with cancer treated at a reference hospital for oncological treatment in the southern region of Minas Gerais. Data collection was carried out through interviews and medical record analysis. The Medical Outcomes Study social support scale and the European Organization for Research and Treatment of Cancer quality of life questionnaire were used. Statistical analysis was performed using Spearman's correlation test.

Results: There was a positive correlation between all types of social support and the emotional and social functions of quality of life. Emotional/information, affective, and positive social interaction supports were positively correlated with global health status and negatively correlated with appetite loss.

Conclusion: Higher social support scores were correlated with a better quality of life among the women with cancer assessed. By identifying the specific types of social support that can improve certain dimensions of quality of life, nursing professionals will be able to plan and implement interventions more effectively.

Descriptors: Quality of life. Social support. Cancer. Women.

[a] Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG). Alfenas, Minas Gerais, Brasil.

RESUMEN:

Objetivo: Verificar la correlación del apoyo social percibido y la calidad de vida relacionada con la salud entre mujeres con diagnóstico de cáncer.

Método: Estudio transversal de tipo analítico realizado en 2019 con una muestra de 119 mujeres con diagnóstico de cáncer atendidas en un hospital de referencia para tratamiento oncológico del sur del estado de Minas Gerais. La recolección de datos se realizó mediante entrevista y análisis de historial médico. Se utilizó la escala de apoyo social del Medical Outcomes Study y el cuestionario de calidad de vida de la Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento del Cáncer. El análisis estadístico se realizó mediante la prueba de correlación de Spearman.

Resultados: Hubo una correlación positiva entre todos los tipos de apoyo social y las funciones emocional y social de la calidad de vida. Los apoyos emocional/informativo, afectivo y de interacción social positiva se correlacionaron positivamente con el estado de salud global y negativamente con la pérdida de apetito.

Conclusión: Los mejores puntajes de apoyo social se correlacionaron con una mejor calidad de vida entre las mujeres con cáncer evaluadas. Al identificar los tipos específicos de apoyo social que pueden mejorar determinadas dimensiones de la calidad de vida, los profesionales de enfermería podrán planificar y ejecutar intervenciones de manera más eficaz.

Descriptores: Calidad de vida. Apoyo social. Cáncer. Mujeres.

INTRODUÇÃO

Câncer é o termo dado a uma centena de doenças malignas, comumente associadas ao crescimento desordenado de células com possibilidade de invasão em órgãos ou tecidos adjacentes. É considerado como o maior problema de saúde pública do mundo, sendo uma das principais causas de morte e um dos principais obstáculos para o aumento da expectativa de vida global[1].

A estimativa dos anos de 2023 a 2025 no Brasil mostra o surgimento de 704 mil novos casos de câncer, evidenciando a necessidade cada vez maior de ações de prevenção, controle e tratamento. A união entre o conhecimento científico e o entendimento do conjunto de fatores biopsicossociais que permeiam as particularidades assistenciais é fundamental para tornar o cuidado profissional de enfermagem eficaz e de qualidade[1].

O câncer é permeado por um estigma, sendo visto como uma sentença de morte. Logo, os impactos do diagnóstico são capazes de causar inúmeras reações emocionais na pessoa adoecida. Nesse sentido, ao analisarmos as repercussões dessa situação entre os diferentes sexos, observa-se fatores de risco importantes presentes no sexo feminino, causando vulnerabilidade[2]. Culturalmente, o cuidado das crianças, enfermos, pessoas idosas e do ambiente familiar é de responsabilidade feminina. Assim, quando o pilar desse cuidado adoece, toda a família precisa de reestruturação, tanto para oferecer apoio às tensões emocionais da mulher, quanto para estabelecer o novo funcionamento da dinâmica familiar[3].

Ante o exposto, ao ser diagnosticada com câncer, a mulher sofre diversas mudanças emocionais, físicas e psicológicas, como o choque, medo, desesperança, desfiguração corporal, mudanças do estilo de vida e reorganização dos papéis na família, que podem impactar sua qualidade de vida relacionada à saúde (QRSV)[2].

O termo "qualidade de vida relacionada à saúde" (QRSV) foi construído a partir da união de dois outros conceitos: qualidade de vida e saúde[4]. Logo, quando o termo é utilizado como referência nas ciências da saúde, inclui aspectos relacionados às enfermidades, impacto de sintomas nas capacidades ou limitações resultantes, funcionamento e percepção do bem-estar[4,5].

Dentre os aspectos que podem favorecer uma melhor QRSV, destaca-se o apoio social, compreendido como a disponibilidade percebida de recursos interpessoais capazes de responder às necessidades provocadas por eventos estressantes[6,7]. O efeito positivo do apoio social na QRSV ocorre porque o apoio social pode amparar as pessoas em situação de estresse, de tal maneira que este é amortecido e os seus efeitos negativos são anulados ou reduzidos consideravelmente[8].

Nesse contexto, a relação entre apoio social e QVRS merece destaque porque é uma estratégia relevante para a adaptação à doença. Em se tratando da mulher com câncer, o apoio social tem papel de proteção e recuperação, capacitando-a para enfrentar as diferentes fases de seu processo de adoecimento, tratamento e recuperação, o que, consequentemente, pode melhorar sua QRSV[9–11].

Apesar da relevância dessa relação, os estudos anteriores se concentraram principalmente em mulheres com câncer de mama ou utilizaram ferramentas para avaliar a QVRS que não foram especificamente desenvolvidas para pessoas com câncer[9–11]. Esses estudos foram conduzidos na Austrália[9], China[10] e Irã[11], indicando a necessidade de investigação adicional no contexto brasileiro. Aprofundar o entendimento da relação entre apoio social e QVRS permitirá aos profissionais de enfermagem desenvolverem intervenções mais precisas e eficazes, adaptadas às necessidades específicas das populações atendidas. Portanto, o estudo não apenas pode contribuir teoricamente, mas também oferecer uma base prática para aplicar esse conhecimento em intervenções clínicas eficazes. Assim, este estudo tem como objetivo verificar a correlação entre o apoio social percebido e a qualidade de vida relacionada à saúde em mulheres diagnosticadas com câncer.

MÉTODO

Estudo transversal, do tipo analítico, sendo um recorte de um projeto maior, de autoria de pesquisadores envolvidos

no presente estudo, denominado "Suporte para o cuidado e qualidade de vida de pessoas com câncer". A estrutura do presente estudo seguiu as diretrizes da iniciativa STROBE (*Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology*)[12].

As participantes do estudo foram mulheres com diagnóstico de câncer, com idade igual ou superior a 18 anos, residentes nos municípios da macrorregião Alfenas-Machado e Alfenas-Guaxupé do Estado de Minas Gerais.

Foram utilizados dados de pessoas que passaram por tratamento oncológico, armazenados no Setor de Informação do Registro Hospitalar de Câncer de um hospital de referência para tratamento oncológico, localizado em um município do Sul de Minas Gerais com população de aproximadamente 80.000 habitantes. A média anual de atendimentos no referido hospital oncológico é de 742 atendimentos.

Os critérios de inclusão foram: idade igual ou superior a 18 anos e confirmação de diagnóstico de câncer sob tratamento ou acompanhamento. O critério de exclusão foi a incapacidade de responder o questionário (percebida pelo entrevistador a partir da capacidade em responder informações pessoais – nome, data de nascimento, endereço e telefone – durante a apresentação da pesquisa e convite de participação). Se a potencial participante não conseguisse responder ao menos uma das questões, não seria considerada apta a participar da pesquisa. Ressalta-se, no entanto, que todas as mulheres convidadas conseguiram responder às informações pessoais, sendo consideras aptas.

A amostra foi constituída por 119 mulheres com câncer. Foi utilizada a técnica de amostragem não-probabilística por conveniência, não sendo calculado previamente o tamanho da amostra. Não ocorreram perdas entre as que foram convidadas e aceitaram participar. O cálculo do poder da amostra foi baseado em estudo prévio sobre qualidade de vida de pessoas com câncer para um nível de significância de α=0,05 e tamanho amostral de n=119, resultando em um poder estatístico apriorístico de 1–β=78,16%[13].

A coleta de dados transcorreu de março a dezembro de 2019, envolvendo entrevistas e análise de prontuários. Estudantes de graduação e pós-graduação, devidamente treinados pelos pesquisadores, recrutaram as participantes no referido Hospital Oncológico antes da consulta de rotina e conduziram as entrevistas presencialmente em consultórios médicos reservados. A média de duração das entrevistas foi de aproximadamente 30 minutos. Os entrevistadores utilizaram *tablets* para registrar as respostas dos participantes, sendo que o questionário foi elaborado via plataforma online do Google Forms®.

As informações coletadas durante a entrevista incluíram: 1) aspectos socioeconômicos (idade, situação conjugal, escolaridade, religião e percepção de renda); 2) estado de saúde atual; 3) QVRS com utilização do Questionário da Qualidade de Vida da Organização Europeia para Pesquisa e Tratamento do Câncer - EORTC- QLQC 30; 4) apoio social, utilizando-se a Escala de Apoio Social do *Medical Outcomes Study* (MOS-SSS).

Os prontuários foram obtidos por meio do profissional do setor de recepção responsável por encaminhar a participante para a consulta de rotina. De posse dos prontuários, os entrevistadores coletaram as seguintes informações: radioterapia, quimioterapia, cirurgia, metástase e tempo do diagnóstico. Optou-se por coletar tais informações do prontuário da participante, uma vez que se trata de aspectos clínicos que nem sempre são de conhecimento de todas as pessoas com câncer.

Com relação à escala EORTC- QLQC 30, o instrumento foi desenvolvido pela Organização Europeia de Pesquisa e Tratamento do Câncer (EORTC) em 1986 e validado para o português do Brasil no ano de 2006[14]. Possui 30 itens que avaliam diversas dimensões da QVRS através de cinco escalas funcionais (função física, cognitiva, emocional, social e desempenho funcional), três escalas de sintomas (fadiga, dor e náuseas/vômitos), um item de avaliação de impacto financeiro do tratamento e da doença, cinco itens que avaliam sintomas comumente relatados por pacientes oncológicos: dispneia, insônia, perda de apetite, constipação e diarreia e uma Escala de Estado de Saúde Global e Qualidade de Vida (ESG/QV)[14].

Para obtenção dos escores, seguiu-se as orientações contidas no manual do grupo EORTC, sendo realizado o cálculo dos escores de cada domínio, primeiro transformando em escores de 0 a 100 (o somatório do valor das alternativas apontadas em cada item que compõem a escala, dividido pelo número de respostas, é multiplicado por 100). Conforme proposto pelos autores que propuseram a escala, a interpretação dos escores deve ser feita da seguinte maneira: quanto mais próximo de 100, melhor é a funcionalidade da pessoa avaliada, o que se inverte na escala de sintomas, pois quanto mais próximo de 100, maior será a prevalência dos sintomas no indivíduo[15].

A MOS-SSS foi utilizada neste estudo para a avaliação do apoio social percebido entre as participantes. A versão original do MOS-SSS[8] foi traduzida para a língua portuguesa e teve as propriedades psicométricas avaliadas no âmbito do Estudo Pró-Saúde realizado no Rio de Janeiro[16]. O instrumento é composto por 19 itens agrupados em quatro dimensões, sendo elas: material (quatro itens), afetivo (três itens), interação social positiva (três itens) e emocional/informação (oito itens). Os escores de cada dimensão da MOS-SSS foram determinados por meio da média aritmética simples. Para

esclarecer, cada escolha de resposta na MOS-SSS possui um valor correspondente, ou seja, nunca recebe 1 ponto, raramente 2 pontos, às vezes 3 pontos, quase sempre 4 pontos e sempre 5 pontos. Os escores em cada dimensão podem variar de 1 a 5, sendo que quanto maior o escore, melhor a percepção de apoio social. Para o cálculo dos escores é atribuído um valor de resposta a cada item, e o escore é calculado somando-se todas as respostas e dividindo pelo total de itens em cada dimensão da escala[8].

A pesquisa obteve aprovação institucional do Hospital de Referência em Oncologia do Município, sendo avaliada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL), sob parecer de nº 2.816.020 e CAAE 94986418.4.0000.5142. Os participantes foram devidamente informados sobre os objetivos do estudo, seus possíveis riscos e benefícios, contribuições esperadas e as considerações éticas envolvidas. Subsequentemente, foi fornecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), no qual os participantes tiveram a oportunidade de realizar a leitura e esclarecer quaisquer dúvidas antes de sua assinatura. Após a formalização do TCLE, procedeu-se à aplicação do instrumento de coleta de dados.

Os dados foram digitados no Microsoft Excel® e a análise dos dados foi realizada com o uso do pacote estatístico STATA® versão 17.0, ao nível de 5% de significância. No que tange à análise da confiabilidade, verificou-se a consistência interna dos instrumentos por meio do alfa de Cronbach. Os resultados para os domínios da MOS-SSS foram: apoio material (0,83), apoio emocional/informação (0,93), apoio afetivo (0,85) e interação social positiva (0,90). Para os domínios da EORTC- QLQC 30 foram: função física (0,73), desempenho de papel (0,83), função emocional (0,79), função cognitiva (0,57), função social (0,74), fadiga (0,81), dor (0,87), náuseas/vômitos (0,76)) e ESG/QV (0,86). Como a distribuição dos dados não apresentou normalidade de acordo com o Teste Kolmogorov-Smirnov, foram apresentados os valores da mediana e os percentis de 25% e 75%, tanto para QV, quanto para o apoio social. A Correlação de Spearman foi utilizada com o intuito de mostrar a existência de correlação entre os domínios da escala de QV e apoio social.

RESULTADOS

Das mulheres com câncer participantes do estudo, observou-se que 50,42% (n=60) eram idosas,62,18% (n=74) referiram possuir companheiro,59,66% (n=71) cursaram o ensino fundamental,79,83% (n=95) eram católicas e 45,38% (n=54) relataram percepção de renda boa/muito boa para suprir suas necessidades. Com relação aos aspectos de saúde,59,66% (n=71) consideraram seu estado de saúde atual bom/muito bom. No que diz respeito ao câncer,60,50% das mulheres (n=72) foram diagnosticadas há mais de 12 meses e 43,70% (n=52) não possuíam registro de metástases. Quanto ao tratamento,18,49% (n=22) se submeteram à radioterapia,71,43% (n=85) à quimioterapia,32,77% (n=39) à cirurgia para biopsia e 53,94% (n=63) à cirurgia para retirada do tumor. Ressalta-se que foram observadas ausências de registros nos prontuários para as informações sobre o tratamento, com destaque para as informações sobre radioterapia, já que 60,05% das mulheres (n=72) não possuíam registros desses dados (Tabela 1).

No que diz respeito aos escores dos domínios da EORTC QLQ – C30, observou-se que todos os domínios da escala funcional apresentaram medianas de pelo menos 80 pontos, sendo que para o desempenho de papel e função social, a mediana foi de 100 pontos, indicando melhores escores de qualidade de vida nesses domínios. No que diz respeito à escala de sintomas, observou-se que a mediana foi de zero pontos para os seguintes sintomas: dor, náuseas/vômitos, dispneia, perda de apetite, constipação e diarreia. A mediana para insônia foi 33,33 pontos e para fadiga foi 11,11 pontos, indicando que os piores escores de qualidade de vida foram identificados para estes sintomas. A mediana para dificuldade financeira também foi de zero pontos, enquanto para o estado de saúde global foi de 75 pontos (Tabela 2).

No tocante à MOS-SSS, a mediana para todas as dimensões da escala foi de 5 pontos. O percentil 25 foi de 4,5 pontos para o apoio material e 5 pontos para o apoio afetivo, indicando melhores escores de apoio social para essas dimensões (Tabela 3).

Na tabela 4, estão apresentados os resultados da análise de correlação entre os domínios da EORTC QLQ-C30 e as dimensões de apoio social da MOS-SSS. Observou-se que as funções emocional e social se correlacionaram positivamente com todas as dimensões de apoio social, indicando que quanto melhor a percepção de apoio material, emocional/informação, apoio afetivo e interação social positiva, melhor a percepção de qualidade de vida. O Estado de Saúde Global e Qualidade de Vida (ESG/QV) apresentou correlação positiva com as dimensões de apoio emocional/informação, apoio afetivo e interação social positiva, indicando que quanto melhor a percepção desses tipos de apoio, melhor a percepção de qualidade de vida geral (Tabela 4).

Quanto à escala de sintomas, observou-se correlação negativa entre a perda de apetite e as dimensões de apoio emocional/informação, apoio afetivo e interação social positiva. Considerando-se que quanto menores os escores das escalas de sintomas, melhor a percepção de qualidade de vida, a correlação negativa observada indica que quanto melhor a percepção de apoio emocional/informação, apoio

Tabela 1 – Características sociodemográficas e clínicas de mulheres com câncer. Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2019. (n=119).

Variável	Categoria	n	%
Idade	Adulta	59	49,58
	Idosa	60	50,42
Situação conjugal	Sem companheiro	45	37,82
	Com companheiro	74	62,18
Escolaridade	Analfabeta	6	5,04
	Ensino fundamental	71	59,66
	Ensino médio	26	21,85
	Ensino superior	16	13,45
Religião	Católica	95	79,83
	Evangélica	19	15,97
	Espírita	1	0,84
	Outras	2	1,68
	Não possui	2	1,68
Percepção de renda	Muito boa/boa	54	45,38
	Regular	51	42,86
	Ruim/muito ruim	14	11,76
Estado de saúde atual	Muito ruim/ruim	11	9, 25
	Regular	37	31,09
	Muito bom/bom	71	59,66
Radioterapia	Não	25	21,01
	Sim	22	18,49
	Sem informação	72	60,05
Quimioterapia	Não	28	23,53
	Sim	85	71,43
	Sem informação	6	5,04
Cirurgia	Não realizou	9	7,56
	Biopsia	39	32,77
	Retirada parcial/total	63	52,94
	Sem informação	8	6,73
Metástase	Sim	31	26,05
	Não	52	43,70
	Sem informação	36	30,25
Tempo de diagnóstico	Menor que 6 meses	20	16,81
	De 6 a 12 meses	21	17,65
	Mais de 12 meses	72	60,50
	Sem informação	6	5,04

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Tabela 2 – Mediana e percentis dos escores das dimensões da Escala de Qualidade de Vida da Organização Europeia de Pesquisa e Tratamento do Câncer entre mulheres com câncer. Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2019. (n=119).

Escalas	mediana	p25[a]	p75[b]
Escala funcional			
Função física	80,00	53,33	93,33
Desempenho de papel	100,00	66,67	100,00
Função cognitiva	83,33	66,67	100,00
Função social	100,00	66,67	100,00
Função emocional	83,33	50,00	100,00
Escala de sintomas			
Fadiga	11,11	0,00	33,33
Dor	0,00	0,00	50,00
Náuseas/Vômitos	0,00	0,00	33,33
Dispneia	0,00	0,00	0,00
Perda de apetite	0,00	0,00	66,67
Insônia	33,33	0,00	100,00
Constipação	0,00	0,00	33,33
Diarreia	0,00	0,00	0,00
Dificuldade financeira	0,00	0,00	33,33
Estado de Saúde Global (ESG/QV)	75,00	58,33	100,00

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.
[a]Percentil 25; [b]Percentil 75.

Tabela 3 – Mediana e percentis dos escores das dimensões da escala de apoio social do *Medical Outcomes Study* entre mulheres com câncer. Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2019. (n=119).

Dimensões	mediana	p25[a]	p75[b]
Apoio emocional/informação	5	4,0	5
Apoio material	5	4,5	5
Interação social positiva	5	4,0	5
Apoio afetivo	5	5,0	5

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.
[a]Percentil 25; [b]Percentil 75.

Tabela 4 - Correlação de Spearman entre os domínios da Escala de Qualidade de Vida da Organização Europeia de Pesquisa e Tratamento do Câncer e os domínios da escala de apoio social do *Medical Outcomes Study*. Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2019. (n=119).

	Apoio emocional/informação		Apoio material		Interação social positiva		Apoio Afetivo	
	rho[a]	*p*	*rho*[a]	*p*	*rho*[a]	*p*	*rho*[a]	*p*
Escala funcional								
Função física	0,042	0,650	0,031	0,736	0,141	0,127	0,090	0,331
Desempenho de papel	0,138	0,133	0,065	0,485	0,177	0,054	0,125	0,176
Função emocional	0,229	0,012	0,194	0,035	0,272	0,003	0,314	<0,001
Função cognitiva	0,097	0,295	-0,026	0,783	0,086	0,353	-0,017	0,856
Função social	0,191	0,037	0,184	0,045	0,368	<0,001	0,327	<0,001
Escala de sintomas								
Fadiga	-0,097	0,286	0,019	0,841	-0,160	0,082	-0,107	0,246
Náusea/vômito	-0,049	0,596	0,043	0,640	-0,050	0,591	-0,030	0,747
Dor	-0,060	0,516	0,047	0,613	-0,112	0,226	-0,042	0,651
Dispneia	-0,131	0,154	-0,057	0,540	-0,135	0,143	-0,142	0,124
Insônia	-0,018	0,842	-0,076	0,413	-0,086	0,354	0,004	0,967
Perda de apetite	-0,208	0,023	-0,131	0,155	-0,268	0,003	-0,300	0,001
Constipação	-0,133	0,148	-0,099	0,284	-0,154	0,095	-0,020	0,827
Diarreia	-0,053	0,567	-0,101	0,276	-0,111	0,228	-0,071	0,446
Dificuldade financeira	0,037	0,687	-0,006	0,947	-0,058	0,534	0,015	0,873
Estado de saúde global (ESG/QV)	0,244	0,008	0,176	0,055	0,293	0,001	0,186	0,042

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.
[a]Coeficiente de Spearman.

afetivo e interação social positiva, menor o escore de perda de apetite, ou seja, melhor a qualidade de vida relacionada a esse sintoma (Tabela 4).

DISCUSSÃO

De modo geral, observa-se que, assim como em outros estudos, melhores escores de apoio social foram correlacionados à melhor qualidade de vida entre mulheres com câncer[9–11]. No estudo realizado com dados provenientes do estudo longitudinal australiano sobre saúde da mulher, 1428 mulheres com todos os tipos de câncer foram avaliadas e os resultados demonstraram que maior nível de apoio social foi significativamente associado a melhor qualidade de vida relacionada à saúde[9].

Resultados semelhantes foram encontrados em um estudo realizado na China com uma amostra de 431 mulheres com câncer de mama. Nesse estudo, além do efeito positivo direto do apoio social na qualidade de vida, o apoio social mediou a influência da resiliência na qualidade de vida[10].

Dos estudos encontrados[9–11], somente um deles[11] utilizou a MOS-SSS. Trata-se de um estudo realizado com 223 mulheres iranianas, cujos resultados revelaram que apenas a interação social positiva apresentou associação com os domínios de qualidade de vida. A interação social positiva pode gerar impacto positivo na saúde e recuperação dessas mulheres, mediante a realização de diversas atividades sociais prazerosas para a pessoa, resultando em menos angústia e ansiedade, o que pode permitir que a mulher esqueça o câncer[11].

Em estudo realizado na Alemanha[17], com perfil epidemiológico similar a este estudo, foram referidas altas pontuações na EORTC QLQ-30, trazendo um paralelo importante sobre a alta frequência de qualidade de vida referida pelas participantes ser semelhante a referida pelas mulheres alemãs, as quais vivem em um sistema de saúde com amplo acesso a atendimento de qualidade.

Especificamente sobre a correlação entre o apoio emocional/informação e as funções emocional, social, perda de apetite e ESG/QV, pode-se afirmar que o apoio emocional/informação advindo de pessoas próximas, familiares, amigos ou profissionais de saúde durante os processos de diagnóstico, tratamento e possível alta é um aspecto muito importante para o bem-estar psicológico do indivíduo, diminuição da ansiedade e os sentimentos de solidão, de tal maneira que ajuda significativamente no processo de cuidado neoplásico[18].

A relação entre apoio emocional/informação e os domínios que compõe a QVRS também foi encontrada no estudo realizado com 545 mulheres com câncer de mama residentes nos Estados Unidos. O apoio emocional/informação foi capaz de melhorar o bem-estar social, emocional e funcional de mulheres diagnosticadas e em tratamento de câncer, atuando como amortecedor e retirando preocupações adicionais da mulher com o próprio diagnóstico, o que pode ajudar a preservar sua função emocional. No mesmo estudo, o apoio material se correlacionou com o bem-estar social, emocional e funcional das mulheres com câncer, o que pode ser explicado pelo fato de que ter pessoas disponíveis para prover recursos no dia a dia, como oferecer carona ao médico ou ajudar nas tarefas diárias, pode repercutir positivamente em várias esferas da QVRS[19].

A preservação da função emocional, alcançada por meio do auxílio na resolução de problemas emocionais e na satisfação das necessidades individuais, desempenha um papel crucial em manter o bem-estar emocional das pessoas. Essa abordagem contribui para a integração efetiva na rede social do indivíduo, resultando na redução ou eliminação de sintomas adversos, como a perda de apetite. A capacidade de impactar o estado de saúde global e a qualidade de vida é, portanto, notável[20].

O apoio material correlacionou-se com a função emocional e a função social. Uma possível explicação para essa relação pode estar no fato de que pessoas que integram a rede social das mulheres com câncer e fornecem recursos práticos e assistência material, demonstram influência nos sentimentos de irritação, tensão e outras emoções negativas, atenuando-as e promovendo a integração dessas mulheres no cotidiano familiar e em atividades sociais. A provisão de recursos financeiros para aqueles em situação de vulnerabilidade emerge como um elemento para facilitar o acesso a medicamentos, tratamentos e para lidar com as diversas adversidades que surgem no dia a dia da pessoa com câncer. As correlações identificadas no estudo parecem fundamentadas nessa dinâmica[21].

A interação social positiva e o apoio afetivo correlacionaram-se com a função emocional, função social, perda de apetite e ESG/QV, ou seja, a presença de pessoas com quem relaxar, divertir-se, além de demonstrações de amor e afeto foram capazes de impactar de maneira positiva em sentimentos negativos, conservar a integração familiar e atividades sociais das mulheres, reduzir sintomas e melhorar o ESG/QV. Dessa maneira, o apoio e encorajamento das pessoas próximas representam papéis importantes, pois garantem alterações significativas de sentimentos e comportamentos, ajudando na vivência deste período de incertezas[20].

A qualidade de vida desempenha um papel fundamental na experiência humana, sendo particularmente importante em períodos de elevado estresse, uma vez que está associada a impactos significativos e positivos na saúde e no bem-estar

emocional e físico. Entretanto, apesar das evidências identificadas neste estudo, é notável a escassez de literatura que aborde a atuação do apoio social na qualidade de vida de mulheres com câncer[17,20,21].

A caracterização socioeconômica das participantes que compõe a amostra deste estudo demonstra predominância do câncer em mulheres idosas. Os estudos concluíram que o envelhecimento é um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de câncer, como o câncer de mama, além do descobrimento tardio da neoplasia, o que corrobora com os dados deste estudo, pois a maioria das participantes são pessoas idosas e que receberam o diagnóstico em tempo superior a 12 meses[22–23].

Levando em consideração a escolaridade das participantes do estudo, a maioria completou o ensino fundamental e 5% das participantes são analfabetas. Tais dados são fatores importantes, pois a escolaridade ajuda a determinar o quanto uma pessoa com câncer é capaz de receber, processar e entender informações que dizem respeito ao seu estado de saúde. Trata-se de algo essencial para que a pessoa possa compreender as informações repassadas pelos profissionais de saúde, capacitando-as a realizar ações que promovam sua saúde e bem-estar[24].

Além disso, pessoas com câncer passam por situações que demandam as funções mentais preservadas, tanto pelo diagnóstico recebido, mudança da rotina familiar, adesão a um tratamento novo, quanto para entender os riscos, benefícios e objetivos da terapêutica proposta. Dessa forma, o entendimento sobre a doença aumenta, facilitando o processo de aceitação e a adaptação a uma situação nova, trazendo sensação de controle e o cumprimento de tarefas relacionadas a comportamentos saudáveis e à adesão ao tratamento[24,25].

Quanto às condições clínicas das participantes em tratamento oncológico, observa-se que em sua maioria as mulheres passaram por cirurgias de retirada total/parcial do órgão acometido pelo câncer. Esses procedimentos cirúrgicos podem ser chamados de mutiladores, como a mastectomia, e podem afetar a autoestima da mulher, causando distorções da autoimagem, o que gera grande desolação nas mesmas. Outros impactos significativos resultantes de modalidades distintas de tratamento, como quimioterapia e radioterapia, incluindo a alopecia, perda de cílios e episódios de enjoos, igualmente afetam as mulheres. Entretanto, vale ressaltar que neste estudo não foi viável analisar dados referentes a tais tratamentos devido à ausência de registro dessas informações[26].

Cabe destacar que a amostra pequena, proveniente de um hospital de um município do Sul de Minas Gerais, limita o poder de generalização dos resultados. Além disso, a ausência de informações sobre o tratamento oncológico em grande parte dos prontuários também é uma limitação. Por outro lado, destaca-se que os dados foram coletados por equipe devidamente treinada e que os instrumentos utilizados são validados para representar os eventos estudados, trazendo resultados que permitem compreender a relação entre apoio social e as várias faces da QVRS.

Recomenda-se estudos longitudinais em futuras pesquisas para identificar como estas variáveis podem influenciar a melhora dos cuidados de mulheres com câncer. Sugere-se também estudos qualitativos para discutir a questão e aumentar a compreensão e percepção da QVRS e apoio social.

CONCLUSÃO

Conclui-se que, entre mulheres com diagnóstico de câncer, melhores escores de apoio social foram correlacionados a melhor qualidade de vida, já que houve correlação positiva entre o ESG/QV, as funções emocional e social e todas as dimensões de apoio social, e correlação negativa entre a dimensão perda de apetite e os apoios emocional/informação, afetivo e interação social positiva.

A contribuição do estudo para a prática da Enfermagem no atendimento às mulheres com câncer, no âmbito do ensino e da prática assistencial, está no fato de que, ao apresentar como os tipos específicos de apoio social podem melhorar dimensões particulares da qualidade de vida, os enfermeiros poderão planejar e implementar intervenções mais individualizadas com a construção de planos de cuidado que atendam às necessidades dessas mulheres.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional do Câncer (Inca). Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro – RJ: Inca; 2023 [cited 2023 Dec 25]. 150 p. Available from: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2023.pdf
2. Sena L, Neves CGM. Os impactos psicológicos do diagnóstico e tratamento do câncer de mama em mulheres. Comum Ciên Saúde. 2019;30(01). https://doi.org/10.51723/ccs.v30i01.367
3. Gaino LV, Almeida LY, Oliveira JL, Nievas AF, Saint-Arnault D, Souza J. The role of social support in the psychological illness of women. Rev Latino-Am Enfermagem. 2019;27(30). https://doi.org/10.1590/1518-8345.2877.3157
4. World Health Organization (WHO). Programme on Mental Health (Whoqol) [Internet]. 2012 [cited 2024 Mar 11]. 20p. Available from: https://www.who.int/tools/whoqol
5. Vasconcelos LB, Santos MCL, Silva RM, Garcia Filho C, Santos VL, Probo DRG. Qualidade de vida relacionada a saúde: análise dimensional do conceito. New Trends Qual Res. 2020;3:226–38. https://doi.org/10.36367/ntqr.3.2020.226-238

6. Cassel J. The contribution of the social environment to host resistance: the fourth Wade Hampton Frost lecture. Am J Epidemiol. 1976;104(2):107–23. https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a112281
7. Cohen S, Wills AT. Stress, social support, and the buffering hypothesis. Am Psychol Assoc. 1985;98(2):310–57. https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310
8. Sherbourne CD, Stewart AL. The Mos Social Support Survey. Soc Sci Med. 1991;32(6):705–14. https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90150-b
9. Rahman MM, David M, Steinberg J, Cust A, Yu XQ, Rutherford C, et al. Association of optimism and social support with health-related quality of life among Australian women cancer survivors: a cohort study. Asia Pac J Clin Oncol. 2024;1-11. https://doi.org/10.1111/ajco.14079
10. Zhou K, Ning F, Wang X, Wang W, Han D, Li X. Perceived social support and coping style as mediators between resilience and health-related quality of life in women newly diagnosed with breast cancer: a cross-sectional study. BMC Womens Health. 2022;22(1). https://doi.org/10.1186/s12905-022-01783-1
11. Zamanian H, Daryaafzoon M, Foroozanfar S, Fakhri Z, Jalali T, Ghotbi A, et al. Which domains of social support better predict quality of life of women with breast cancer? a cross-sectional study. Asia Pac J Oncol Nurs. 2021;8(2):211–7. https://doi.org/10.4103/apjon.apjon_47_20
12. von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP. The strengthening the reporting of observational studies in epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. Int J Surg. 2014;12(12):1495–9. https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2014.07.013
13. Salvetti MG, Machado CSP, Donato SCT, Silva AM. Prevalence of symptoms and quality of life of cancer patients. Rev Bras Enferm. 2020;73(2). https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0287
14. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, Duez NJ, 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. J Natl Cancer Inst. 1993;85(5):365–76. https://doi.org/10.1093/jnci/85.5.365
15. Husson O, Rooij BH, Kieffer J, Oerlemans S, Mols F, Aaronson NK, et al. The EORTC QLQ-C30 Summary Score as Prognostic Factor for Survival of Patients with Cancer in the "Real-World": results from the Population-Based PROFILES Registry. Oncologist. 2020;25(4):e722–32. https://doi.org/10.1634/theoncologist.2019-0348
16. Griep Harter R, Chor D, Faerstein E, Lopes C. Apoio social: confiabilidade teste-reteste de escala no Estudo Pró-Saúde. Cad Saude Publica. 2003;19(2):625–34. https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000200029
17. Karsten MM, Roehle R, Albers S, Pross T, Hage AM, Weiler K, et al. Real-world reference scores for EORTC QLQ-C30 and EORTC QLQ-BR23 in early breast cancer patients. Eur J Cancer. 2022;163:128–39. https://doi.org/10.1016/j.ejca.2021.12.020
18. Dodds L, Brayne C, Siette J. Associations between social networks, cognitive function, and quality of life among older adults in long-term care. BMC Geriatr. 2024;24(1). https://doi.org/10.1186/s12877-024-04794-9
19. Hurtado-de-Mendoza A, Gonzales F, Song M, Holmes EJ, Graves KD, Retnam R, et al. Association between aspects of social support and health-related quality of life domains among African American and White breast cancer survivors. J Cancer Surviv. 2022;16(6):1379–89. https://doi.org/10.1007/s11764-021-01119-2
20. Silva GV, Moraes DEB, Konstantyner T, Leite HP. Social support and quality of life of families with children with congenital heart disease. Cien Saude Coletiva. 2020;25(8):3153–62. https://doi.org/10.1590/1413-81232020258.18402018
21. Yazawa MM, Ottaviani AC, Silva ALS, Inouye K, Brito TRP, Santos-Orlandi AA. Qualidade de vida e apoio social de pessoas idosas cuidadoras e receptoras de cuidado em alta vulnerabilidade social. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2023;26. https://doi.org/10.1590/1981-22562023026.230032.pt
22. Facina T, Dieguez C, organizadores. ABC do câncer: Abordagens Básicas para o Controle do Câncer [Internet]. 6º ed. Volume. 2. Rio de Janeiro - RJ: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva - INCA; 2020 [cited 2024 Feb 22]. 12–100 p. Available from: https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/abc-do-cancer-abordagens-basicas-para-o-controle-do-cancer
23. Sousa TO, Nascimento CEM, Santos IGF, Abreu IS, Silva RRCP. O câncer de mama na mulher idosa: uma revisão de literatura. Saúde Foco: Temas Contemp. 2020;3:422–30. https://doi.org/10.37885/201001575
24. Lima M, Irigaray T. Locus of control, education level and knowledge about disease in cancer outpatients. Psicol, Saúde Doença. 2019;20(3):659–69. https://doi.org/10.15309/19psd200309
25. Iglesias CF, Gonçalves FS. Realização de mamografia de rastreamento nas mulheres em relação a sua escolaridade. Rev Cientif Corpus Hippocraticum [Internet]. 2019 [cited 2024 Jan 9];1(1):1–8. Available from: https://revistas.unilago.edu.br/index.php/revista-medicina/article/view/161
26. Schneider T, Silveira I, Rosa L, Rech SR, Vandresen M. Os impactos do câncer de mama na autoimagem da mulher. Modapalavra e-periódico. 2020;13(30):183–206. https://doi.org/10.5965/1982615x13302020183

Agradecimentos

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais – Fapemig (Chamada 001/2018 — Demanda Universal; APQ-01304-18).

Contribuição de autoria

Conceitualização: Tábatta Renata Pereira de Brito, Silvana Maria Coelho Leite Fava, Lilian Miranda Belineli.
Curadoria de dados: Murilo César do Nascimento, Eliza Maria Rezende Dázio, Eliane Garcia Rezende, Namie Okino Sawada, Tabatta Renata Pereira de Brito, Bianca de Moura Peloso Carvalho, Silvana Maria Coelho Leite Fava, Lilian Miranda Belineli.
Análise formal: Tábatta Renata Pereira de Brito, Lilian Miranda Belineli.
Aquisição de financiamento: Silvana Maria Coelho Leite Fava.
Pesquisa: Tábatta Renata Pereira de Brito, Silvana Maria Coelho Leite Fava, Lilian Miranda Belineli.
Metodologia: Tábatta Renata Pereira de Brito, Lilian Miranda Belineli.
Administração de projeto: Tábatta Renata Pereira de Brito, Silvana Coelho Leite Fava.
Disponibilização de ferramentas: Bianca de Moura Peloso Carvalho, Tábatta Renata Pereira de Brito, Silvana Coelho Leite Fava.
Desenvolvimento, implementação e teste de software: Tábatta Renata Pereira de Brito, Lilian Miranda Belineli.
Supervisão: Tábatta Renata Pereira de Brito, Silvana Maria Coelho Leite Fava.
Validação de dados e experimentos: Tábatta Renata Pereira de Brito, Lilian Miranda Belineli.
Design da apresentação de dados: Lilian Miranda Belineli, Eliza Maria Rezende Dázio, Eliane Garcia Rezende, Namie Okino Sawada, Murilo César do Nascimento, Bianca de Moura Peloso Carvalho, Tábatta Renata Pereira de Brito, Silvana Maria Coelho Leite Fava.
Redação do manuscrito original: Lilian Miranda Belineli, Eliza Maria Rezende Dázio, Eliane Garcia Rezende, Namie Okino Sawada, Murilo César do Nascimento, Bianca de Moura Peloso Carvalho, Tábatta Renata Pereira de Brito, Silvana Maria Coelho Leite Fava.
Redação - revisão e edição: Lilian Miranda Belineli, Eliza Maria Rezende Dázio, Eliane Garcia Rezende, Namie Okino Sawada, Murilo César do Nascimento, Bianca de Moura Peloso Carvalho, Tábatta Renata Pereira de Brito, Silvana Maria Coelho Leite Fava.

Conflito de interesses

Os autores declaram que não existe nenhum conflito de interesses.

Autora correspondente:

Lilian Miranda Belineli
lilian.belineli@sou.unifal-mg.edu.br

Editors associado:
Gisele Knop Aued

Editor-chefe:
João Lucas Campos de Oliveira

Recebido: 12.03.2024
Aprovado: 20.08.2024

CC BY