



Avaliação da qualidade de vida de mulheres com câncer de mama

Assessment of the quality of life of women with breast cancer

Evaluación de la calidad de vida de mujeres com câncer de mama

Ana Clara Rezende Freitas¹, Ana Clara Tonussi Campos¹, Flávio Henrique Valle Weyers¹, Gustavo Jean Lebourg¹, Lucas Ferreira Cobucci¹, Flaviany Custódio Faria¹.

RESUMO

Objetivo: Avaliar a qualidade de vida de mulheres em tratamento para câncer de mama. **Métodos:** Estudo transversal com abordagem quantitativa realizado em Hospital na região do Campo das Vertentes, e Clínica Privada, incluindo mulheres adultas com câncer de mama. Aplicado um questionário sociodemográfico para identificar o perfil das participantes e o EORTC QLQC-30 para avaliar a qualidade de vida destas mulheres. **Resultados:** Os subtipos moleculares mais encontrados foram os Luminais. A maioria das pacientes se encontravam em estágio 1- câncer de mama em estágio inicial (39,56%). Melhor qualidade de vida na Escala Funcional foi associada com ter rede de apoio. A pior qualidade de vida foi associada com ter o subtipo molecular Triplo Negativo. Quanto a Escala de Saúde Global e Qualidade de vida, o subtipo Triplo Negativo (50,0%) apresentou piores desfechos, e no quesito escala de sintomas (59,0%) foi mais acentuado. **Conclusão:** O diagnóstico precoce é fundamental para melhor manejo e conduta terapêutica, e evita desfechos desfavoráveis. A rede de apoio mostra sua importância, não só de parentes e amigos, mas também da equipe de saúde, haja vista que o tratamento é longo e a equipe vai acompanhar a paciente por anos.

Palavras-chave: Câncer de mama, Qualidade de vida, Aspectos biopsicossociais.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the quality of life of women undergoing treatment for breast cancer. **Methods:** Cross-sectional study with a quantitative approach carried out in a Hospital in the Campo das Vertentes region, and Private Clinic, including adult women with breast cancer. A sociodemographic questionnaire was applied to identify the profile of the participants and the EORTC QLQC-30 was applied to assess the quality of life of these women. **Results:** The most common molecular subtypes were Luminal. The majority of patients were in stage 1 - early-stage breast cancer (39.56%). Better quality of life on the Functional Scale was associated with having a support network. Worse quality of life was associated with having the Triple Negative molecular subtype. Regarding the Global Health and Quality of Life Scale, the Triple Negative subtype (50.0%) presented worse outcomes, and in terms of symptom scale (59.0%) it was more pronounced. **Conclusion:** Early diagnosis is essential for better management and therapeutic conduct, and avoids unfavorable outcomes. The support network shows its importance, not only from relatives and friends, but also from the healthcare team, given that the treatment is long and the team will accompany the patient for years.

Keywords: Breast cancer, Quality of life, Biopsychosocial aspects.

¹ Faculdade de Medicina de Barbacena (FAME/FUNJOB), Barbacena - MG.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la calidad de vida de mujeres en tratamiento por cáncer de mama. **Métodos:** Estudio transversal, con abordaje cuantitativo, realizado en un Hospital de la región de Campo das Vertentes y en una Clínica Privada, incluyendo mujeres adultas con cáncer de mama. Se aplicó un cuestionario sociodemográfico para identificar el perfil de las participantes y el EORTC QLQC-30 para evaluar la calidad de vida de estas mujeres. **Resultados:** Los subtipos moleculares más comunes fueron Luminal. La mayoría de los pacientes se encontraban en estadio 1: cáncer de mama en estadio temprano (39,56%). Una mejor calidad de vida en la Escala Funcional se asoció con tener una red de apoyo. La peor calidad de vida se asoció con tener el subtipo molecular Triple Negativo. En cuanto a la Escala de Salud Global y Calidad de Vida, el subtipo Triple Negativo (50,0%) presentó peores resultados, y en cuanto a la escala de síntomas (59,0%) fue más pronunciado. **Conclusión:** El diagnóstico precoz es fundamental para un mejor manejo y conducta terapéutica, y evita resultados desfavorables. La red de apoyo muestra su importancia, no sólo de familiares y amigos, sino también del equipo de salud, dado que el tratamiento es largo y el equipo acompañará al paciente durante años.

Palabras clave: Cáncer de mama, Calidad de vida, Aspectos biopsicosociales.

INTRODUÇÃO

O câncer de mama é uma doença crônica multifatorial, com maior incidência na população feminina. É a primeira causa de morte por câncer em mulheres no Brasil, com patamares diferenciados entre as regiões. A taxa de mortalidade por câncer de mama, ajustada por idade pela população mundial, foi 11,71 óbitos/100.000 mulheres, em 2021. As regiões Sudeste e Sul têm as maiores taxas (12,43 e 12,69 óbitos/100.000 mulheres, respectivamente), seguidas do Nordeste (10,75 óbitos/100.000 mulheres), Centro-Oeste (10,90 óbitos/100.000 mulheres) e Norte (8,59 óbitos/100.000 mulheres).

O acúmulo de exposições a diversos fatores de risco ao longo da vida, as alterações biológicas provenientes do envelhecimento, além de mutações genéticas, são explicações para o aumento desse risco, principalmente em mulheres a partir dos 50 anos de idade (INCA, 2024). O câncer de mama é motivo de grande temor na sociedade em geral e principalmente nas mulheres, em decorrência do elevado índice de morbimortalidade, alopecia e mutilação, com consequente comprometimento da autoestima/vaidade e do impacto social de quem é por ele acometido. Ademais, interfere sobremaneira nas relações sociais, pessoais, profissionais e afetivas (KOCH MO, et al., 2017).

O aumento substancial dos custos de tratamento é maior conforme o Estadiamento da doença avança. Essa relação de crescimento evidencia que com o agravamento da doença, há aumento da frequência e da complexidade dos tratamentos, procedimentos e cuidado com o paciente (ALCÂNTARA RG, et al., 2022). Além de onerar menos o sistema, a Organização Mundial da Saúde (OMS) alerta de que a detecção precoce da doença está associada a melhores prognósticos, com alto potencial de cura. Portanto, torna-se imprescindível o fortalecimento das ações de rastreamento, diagnóstico em estádios iniciais e tratamento célere do câncer de mama, além da garantia de integralidade de assistência em cada Estadiamento da doença, priorizando-se as ações para o diagnóstico precoce e início precoce do tratamento (INCA, 2024).

O câncer de mama é uma doença resultante da multiplicação de células anormais da mama, que forma um tumor sendo um grupo heterogêneo de doenças, com comportamentos distintos, onde a heterogeneidade deste câncer pode ser observada pelas variadas manifestações clínicas e morfológicas, diferentes assinaturas genéticas e consequentes diferenças nas respostas terapêuticas (FREIRE M, et al., 2014). A qualidade de vida abrange uma variedade potencial de condições que afeta a percepção do indivíduo, seus sentimentos e comportamentos, incluindo a sua condição de saúde e intervenções médicas.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define qualidade de vida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura, sistemas de valores nos quais ele vive, em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (CESAR ESLC, et al., 2017). Medidas quantitativas de qualidade de vida podem servir como indicadores para nortear estratégias de intervenção terapêutica e criar parâmetros

para definição de ações no sentido da promoção de saúde individual ou coletiva (HUGUET PR, et al., 2009). A avaliação da qualidade de vida utilizada dentro da área de saúde tem como meta avaliar o impacto da doença sentida pela paciente, criar indicadores da gravidade e progressão da doença e prever a influência dos tratamentos sobre condições da mesma (CONDE DM, et al., 2006).

No Brasil, excluídos os tumores de pele não melanoma, o câncer de mama é o mais incidente em mulheres de todas as regiões, com taxas mais altas nas regiões Sul e Sudeste. Para cada ano do triênio 2023-2025 foram estimados 73.610 casos novos, o que representa uma taxa ajustada de incidência de 41,89 casos por 100.000 mulheres (INCA, 2024), justifica-se, portanto, a importância de um olhar acolhedor, visto que, é o tipo de câncer mais temido entre as mulheres. Este estudo é de grande importância porque de uma maneira geral, houve uma melhora significativa na sobrevivência da mulher, devido à possibilidade de diagnósticos mais precoces e à evolução nos métodos de tratamento, favorecidos com o avanço da Medicina e novas drogas pela indústria farmacêutica. Dessa forma, há uma preocupação maior em investigar as necessidades das mulheres acometidas, visando uma melhor qualidade de vida.

Pacientes diagnosticados com câncer de mama apresentam uma redução da qualidade de vida durante e após o tratamento em maior ou menor grau, dependendo do seu estado físico, social, econômico e psicológico. Portanto, a análise da percepção de qualidade de vida entre as pacientes oncológicas é de extrema importância para o planejamento da ação das equipes de saúde e para ajudar no controle dos sintomas e melhora da qualidade de vida dessas pacientes. Atualmente questionários que avaliam a qualidade de vida são uma boa maneira de mensuração de problemas e de auxílio para os profissionais de saúde reconhecerem as necessidades funcionais, psicológicas e sociais dos pacientes.

Entre os objetivos deste trabalho, estão a avaliação do paciente e do seu prognóstico, impacto dos tratamentos utilizados, comparação da qualidade de vida entre os Estadiamentos e distinção dos pacientes em subgrupos. Diante da elevada incidência do câncer de mama e, conseqüentemente, de mulheres mastectomizadas, percebe-se a importância da assistência médica adequada e integral. Objetiva-se, portanto, avaliar a qualidade de vida destas mulheres acometidas pelo câncer de mama.

MÉTODOS

Estudo observacional, transversal, prospectivo, com abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada em um Hospital na região do Campo das Vertentes, e Clínica Privada, no período de 04/03/2024 até 04/09/2024. Foi realizada uma amostra de conveniência, a população do estudo foi composta por mulheres em tratamento de câncer de mama, independente do subtipo de câncer ou Estadiamento, mas foi documentado e notificado em qual fase da doença a paciente estava, para que assim, pudéssemos agrupá-las em Estadiamento de doença (I, II, III e IV).

Os critérios de inclusão na pesquisa foram mulheres com idade igual ou superior a 18 anos, com diagnóstico de câncer de mama, independente do subtipo ou Estadiamento e que concordaram em participar da pesquisa após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídas do estudo mulheres que não tinham condições físicas, emocionais, espirituais ou que não quiseram responder aos questionários. Este estudo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Barbacena (FAME), e foi disponibilizado o parecer pelo CEP, número do parecer: 5.831.561. CAAE: 66133022.2.0000.8307.

O instrumento da pesquisa foi composto por dois questionários, o primeiro foi o de identificação dos dados sociodemográficos e o segundo foi o questionário EORTC QLQ-C30 (Arquivos Suplementares). O questionário de identificação dos dados sociodemográficos foi produzido com as seguintes variáveis: idade, raça, estado civil, possui filhos, procedência, cuidador, escolaridade, profissão, renda, recebe ajuda financeira, entre outros.

O questionário European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire - (EORTC QLC – C30) é um instrumento que foi traduzido e validado em 81 idiomas e é utilizado em mais de 3.000 estudos em todo o mundo. O Quality of Life Questionnaire Core-30 (QLQ-C30) foi desenvolvido no

âmbito da European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC), uma organização internacional dedicada à investigação sobre o câncer. Atualmente QLQ-C30 3.0 é a versão mais recente e deve ser utilizada para todos os novos estudos. É composto por questões que definem: cinco escalas funcionais; três escalas de sintomas; um item de qualidade de vida geral; e seis itens simples.

Com relação à escala funcional, ela é composta por função física, função cognitiva, desempenho de papel, função emocional e função social. Fadiga, dor, náuseas e vômitos compõem a escala de sintomas. Sobre a qualidade de vida geral inclui-se saúde global e qualidade de vida. No que diz respeito aos seis itens simples estão dispnea, falta de apetite, insônia, constipação, diarreia e dificuldades financeiras.

As questões de 1 a 28 são colocadas em escala do tipo Likert de quatro pontos, onde as respostas seguem o seguinte padrão: não (valor do escore = 1), um pouco (valor do escore = 2), moderadamente (valor do escore = 3), e muito (valor do escore = 4). As questões 29 e 30 são apresentadas em escala do tipo Likert de sete pontos, onde um corresponde a péssimo e sete corresponde a ótimo. As participantes foram abordadas pelos pesquisadores e questionadas sobre o seu interesse de participar da pesquisa, mediante explicação dos objetivos, métodos, riscos e benefícios.

Para devida participação, as mulheres assinaram o TCLE, iniciando-se assim a coleta com uso dos instrumentos supracitados. Dados referentes ao tipo de câncer de mama e Estadiamento das pacientes foram coletados diretamente do prontuário médico. Os dados obtidos pelo questionário sociodemográfico e questionário European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ C-30), foram digitados em planilhas do programa Microsoft Office Excel 2013 for Windows 2010.

O cálculo dos escores referentes ao EORTC QLQ C-30, conforme orientação do grupo responsável pela sua formulação (EORTC QLQ-C30 Scoring Manual) ocorreu dividindo o questionário em três escalas: **I. A primeira em Escala de Saúde Global (ESG)** que aborda aspectos da saúde e da qualidade de vida, descritos nas questões 29 e 30. **II. A segunda em Escala Funcional (EF)** que aborda aspectos físico, emocional, cognitivo, funcional e social, referentes às questões de 1 a 7 e 20 a 27. **III. A terceira em Escala de Sintomas (ES)** que refere dor, fadiga, insônia, enjoo e outros sintomas, descritos nas questões de 8 a 19 e 28.

Após a divisão das escalas, em cada um dos questionários foi calculado os escores separadamente, seguindo as fórmulas da organização que detém os direitos autorais (Arquivo Suplementar). Todos os escores do questionário European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire - (EORTC QLC – C30) variam de 0 a 100, sendo que na escala de saúde global e qualidade de vida e nas escalas funcionais, quanto maior a pontuação, isto é, quanto mais próximo de 100, melhor a qualidade de vida. Nas escalas de sintomas, quanto maior a pontuação, maior a quantidade de sintomas, portanto, nesta escala quanto mais próxima de zero, melhor a qualidade de vida (Arquivos Suplementares).

Com o programa estatístico STATA 14 foi feita a descrição da amostra do questionário sociodemográfico com frequência, média e porcentagem, e com os escores das escalas do questionário EORTC QLQ C-30, em média e desvio padrão, mediana (25^o-75^o percentis). Os resultados foram apresentados em tabelas. O teste de normalidade utilizado foi o Shapiro-Wilk e o nível de significância adotado foi $p < 0,05$. As comparações entre os escores das Escalas Global de Saúde e Qualidade de Vida, Funcional e de Sintomas do EORTC QLQ C-30, entre os grupos por subtipos moleculares e Estadiamento da doença foram realizadas pelo teste de Kruskal-Wallis.

Seguido da correção de Bonferroni, na qual é feita divisão de $p < 0,05$ pelo número de comparações, assim, o nível de significância para o subtipo molecular foi $0,05/10$ comparações) e para o Estadiamento da doença de $p < 0,008$ (pois, $0,05/6$ comparações). As associações entre os escores da qualidade de vida avaliada pelas Escalas Global de Saúde e Qualidade de Vida, Funcional e de Sintomas do EORTC QLQ C-30 com as variáveis demográficas, subtipo molecular e Estadiamento da doença foram verificadas por análise de regressão univariada utilizando modelos lineares gerais. Os escores de cada uma das três escalas foram considerados como variável dependente e as variáveis de idade, ter filhos, ter cuidador, subtipo molecular e Estadiamento da doença, como variáveis independentes.

RESULTADOS

Foram avaliadas 91 pacientes, com média de idade de 56 anos, sendo a maioria casadas (58,24%), e com filhos (91,21%), com grau de escolaridade predominante 1º a 9º ano do ensino fundamental incompleto (31,86%). A maioria das pacientes apresentava renda familiar mensal de 1 a 4 salários-mínimos (75,82%) e a assistência de saúde na modalidade SUS foi predominante (93,40%).

Tabela 1 - Características sociodemográficas entre as pacientes com câncer de mama, n=91.

Variáveis	N	%	Total
Idade			
28-60 anos	43	47,25	91
61-84 anos	48	52,75	
Estado civil			
Casada/ união estável	53	58,24	91
Solteiro / Separada	24	26,37	
Viúva	14	15,38	
Filhos			
Sim	83	91,21	91
Não	8	8,79	
Procedência			
Barbacena	55	60,43	91
Cidades vizinhas	36	39,57	
Escolaridade			
Analfabeta	9	9,89	91
1º a 9º ano do Ensino Fundamental completo	29	31,86	
1º a 9º ano do Ensino Fundamental incompleto	12	13,18	
Ensino médio incompleto	13	14,28	
Educação superior incompleta	15	16,48	
Educação superior completa	4	4,39	
Pós graduação	9	9,89	
Renda mensal			
1 a 4 salários-mínimos	69	75,82	91
5 salários mínimos ou mais	22	24,18	
Assistência de saúde			
SUS	85	93,40	91
Particular/ convênio	6	6,6	
Ajuda financeira			
Familiar	15	16,48	91
Familiar e amigos	1	1,10	
Familiar e prefeitura	16	17,58	
Familiar, prefeitura e amigos	1	1,10	
Não recebe ajuda	43	47,25	
Prefeitura	14	15,38	
Prefeitura e amigos	1	1,10	

Fonte: Freitas ACR, et al., 2024.

Na **Tabela 2**, estão apresentados os subtipos moleculares do câncer de mama das pacientes e os Estadiamentos encontrados. Observa-se que os subtipos moleculares mais comuns são os Luminais, sendo o tipo B discretamente mais prevalente (26,37%) enquanto o tipo A se equipara (25,27%). A maioria das pacientes se encontravam em estágio I – câncer de mama em estágio inicial (39,56%).

Tabela 2 - Características moleculares e de Estadiamento das pacientes com câncer de mama entrevistadas, n=91.

Variáveis	N	%	Total
Subtipo molecular			
Luminal A	23	25,27	91
Luminal B	24	26,37	
Triplo negativo	10	10,98	
HER2	21	23,07	

Outros	13	14,28	91
Estadiamento			
Estágio I	36	39,56	
Estágio II	13	14,28	
Estágio III	26	28,58	
Estágio IV	16	17,58	

Fonte: Freitas ACR, et al., 2024.

A **Tabela 3** mostra a comparação dos escores das escalas do EORTC QLQ C-30 entre os subgrupos moleculares e Estadiamento da doença. O subgrupo Triplo negativo apresentou pior escore para a Escala Funcional ($p = 0,001$) em relação ao HER2 e as pacientes que estavam no Estágio II tiveram melhor escore na Escala de Sintomas comparadas às pacientes do Estágio IV ($p = 0,001$).

Tabela 3 - Comparação das escalas do EORTC QLQ C-30 entre os subgrupos moleculares e Estadiamento da doença, n=91.

Subtipo molecular						
EORTC QLQ C-30	Luminal A (N = 23)	Luminal B (N = 24)	Triplo negativo (N = 10)	HER2 (N = 21)	Outros (N = 13)	Valor de p
Escala de Saúde Global e Qualidade de Vida	66,6 (50,0-91,7)	66,7 (52,1-89,6)	50,0 (39,6-75,0)	83,3 (50,0-91,7)	83,3 (50,0-91,7)	0,107
Escala Funcional	55,6 (31,1-73,3)	63,3 (44,4-80,0)	28,9 (19,4-59,4) ^a	75,5 (60,0-81,1)	66,7 (50,0-74,4)	0,007
Escala de Sintomas	28,2 (17,9-64,1)	29,5 (17,9-60,9)	59,0 (31,4-74,4)	30,7 (14,1-37,2)	17,9 (12,8-38,5)	0,082
Estadiamento da doença						
EORTC QLQ C-30	Estágio I (N = 26)	Estágio II (N = 24)	Estágio III (N = 21)	Estágio IV (N = 20)	Valor de p	
Escala de Saúde Global e Qualidade de Vida	66,7 (50,1-75,0)	83,3 (66,7-97,9)	83,3 (58,3-100)	54,2 (43,8-83,3)	0,044	
Escala Funcional	63,3 (38,3-80,6)	76,7 (48,3-85,0)	62,2 (45,6-75,6)	56,7 (35,6-63,9)	0,073	
Escala de Sintomas	34,6 (19,2-64,7)	17,9 (12,8-30,8) ^b	23,1 (17,9-50,0)	39,7 (28,8-59,6)	0,010	

Nota: Valores expressos em mediana (25^o-75^o percentis); ^a $p < 0,005$ entre Triplo negativo e HER2; ^b $p < 0,008$ entre Estágio 2 e Estágio 4. **Fonte:** Freitas ACR, et al., 2024.

Quanto a Escala de Saúde Global e Qualidade de vida, o subtipo Triplo Negativo (50,0%) apresentou piores desfechos, e no quesito escala de sintomas (59,0%) foi mais acentuado. Pacientes que estavam no subtipo HER2 (83,3%) apresentaram melhor qualidade de vida do que os demais subtipos.

A **Tabela 4** apresenta as associações do escore da qualidade de vida avaliada pelas escalas do EORTC QLQ C-30 com variáveis demográficas, subtipo molecular e Estadiamento da doença. Melhor qualidade de vida pela Escala de Saúde Global e Qualidade de Vida foi associada com o aumento da idade, ter filhos, ter cuidador, ter o subtipo molecular luminal A em relação aos outros subtipos e nos estágios da doença II e III em relação ao estágio IV.

Melhor qualidade de vida na Escala Funcional foi associada com ter filhos, ter cuidador, ter os subtipos moleculares luminal B em relação aos outros subtipos e estar no estágio II da doença em relação ao estágio IV, enquanto pior qualidade de vida nessa escala foi associada com ter o subtipo molecular Triplo Negativo em relação aos outros subtipos. E melhor qualidade de vida pela Escala de Sintomas foi associada apenas com ter filhos e estar no estágio II da doença em relação ao estágio IV.

Tabela 4 - Associação univariada da qualidade de vida com variáveis demográficas, subtipo molecular e Estadiamento da doença, n=91.

Variáveis	B (EP)	Valor de p
Escala de Saúde Global e Qualidade de Vida		
Idade	0,52 (0,21)	0,014

Ter filhos	30,02 (8,37)	<0,001
Ter cuidador	18,32 (5,34)	0,001
Subtipo molecular		
Luminal A	15,83 (8,02)	0,048
Luminal B	7,04 (6,97)	0,313
Triplo negativo	10,58 (8,75)	0,227
HER2	2,82 (6,74)	0,675
Estadiamento		
Estágio I	2,53 (6,92)	0,714
Estágio II	14,10 (7,04)	0,045
Estágio III	14,54 (7,27)	0,045
Estágio IV	Referência	
Escala Funcional		
Idade	0,26 (0,20)	0,201
Ter filhos	16,65 (8,07)	0,039
Ter cuidador	19,01 (4,84)	<0,001
Subtipo molecular		
Luminal A	9,92 (6,91)	0,151
Luminal B	17,95 (6,01)	0,003
Triplo negativo	16,68 (7,54)	0,027
HER2	7,19 (5,81)	0,216
Estadiamento		
Estágio I	6,79 (6,40)	0,289
Estágio II	16,54 (6,52)	0,011
Estágio III	8,67 (6,73)	0,198
Estágio IV	Referência	
Escala de Sintomas		
Idade	0,04 (0,20)	0,827
Ter filhos	13,23 (8,13)	0,104
Ter cuidador	19,06 (4,83)	<0,001
Subtipo molecular		
Luminal A	11,47 (7,31)	0,116
Luminal B	8,84 (6,36)	0,164
Triplo negativo	14,15 (7,98)	0,076
HER2	2,76 (6,14)	0,654
Estadiamento		
Estágio I	2,81 (6,29)	0,655
Estágio II	18,06 (6,40)	0,005
Estágio III	10,10 (6,60)	0,126
Estágio IV	Referência	

Fonte: Freitas ACR, et al., 2024.

DISCUSSÃO

O presente estudo investigou a qualidade de vida de mulheres submetidas ao tratamento do câncer de mama que é uma doença estigmatizada e em alguns casos, mutilante, o que favorece o desencadeamento de complicações físicas e psicológicas, que podem influenciar a qualidade de vida das mulheres (ENGEL J, et al., 2004). Nossos achados foram que as mulheres apresentavam como subtipos moleculares mais prevalentes os Luminais e a maioria estava em fase inicial de doença, no estágio I. Estudos conduzidos no mundo demonstram que maioria das pacientes são diagnosticadas com os subtipos Luminais, e dentre eles o tipo "A" e são diagnosticadas no estágio I e II da doença (CIRQUEIRA M, et al., 2011).

Em relação aos resultados obtidos pelas escalas aplicadas, avaliamos a associação das escalas do EORTC QLQ C-30 entre os subgrupos moleculares e o Estadiamento da doença. O subgrupo Triplo negativo apresentou pior escore para a Escala Funcional em relação ao HER2. Além disso, o triplo negativo também apresentou piores desfechos na Escala de saúde global e qualidade de vida e no quesito escala de sintomas, foi o mais acentuado. Pacientes que apresentam o subtipo molecular Triplo Negativo, não se beneficiam com terapia hormonal ou com tratamento anti-HER2, tornando as opções de tratamento escassas e aumentando a chance de recidivas (NICOLUSSI AC e SAWADA NO, 2011), o que pode prejudicar o prognóstico e impactar diretamente nos domínios de qualidade de vida.

Em contrapartida, pacientes que estavam no subtipo HER2 apresentaram melhor qualidade de vida do que os demais subtipos. Este resultado evidencia que este subtipo apresenta a proteína HER2 na superfície celular, o que auxilia na avaliação de gravidade de doença e tratamento necessário, o qual apresenta opções terapêuticas mais favoráveis (AFONSO N, et al., 2022). Ademais, o presente estudo observou que as pacientes que estavam no Estágio II tiveram melhor escore na Escala de Sintomas comparadas às pacientes do Estágio IV, o que mostra que o estágio IV, é mais grave e com mínimas chances de cura. No estágio IV, o câncer já se espalhou para outros órgãos, afetou os linfonodos e atingiu profundamente os tecidos adjacentes. É conhecido como o grau avançado ou metastático da doença.

Dessa forma, para os pacientes que se encontram no estágio IV, no tratamento devem ser analisados medicamentos que atuem em todo o corpo e que possam inibir o avanço da doença para outros órgãos. Esse é o estágio em que se tem o intuito de controlar a evolução do câncer e aliviar o indivíduo dos sintomas que ele produz (FERRAZ AMN, 2009). Estudos já demonstraram que a qualidade de vida de pacientes em estágio avançado do câncer, independentemente do tipo, é altamente prejudicada em diversos aspectos, principalmente físicos e emocionais (BERGAMASCO RB e ANGELO M, 2001).

Especificamente para o câncer de mama, estudos anteriores demonstraram que a qualidade de vida de mulheres, principalmente em estágio mais avançado, influencia de maneira direta os primeiros anos que se seguem ao diagnóstico e tratamento paraneoplásico, estando prejudicadas em vários âmbitos na vida das mulheres. No entanto, é frequente que após 5 anos de diagnóstico a qualidade de vida destas mulheres melhore substancialmente (GANZ PA, et al., 2002). A melhor qualidade de vida pelas escalas Saúde Global e Qualidade de Vida associou-se com aumento da idade, ter o subtipo molecular luminal A, e assim como as escalas de sintomas e funcional foi associada com possuir rede de apoio e estar no estágio II da doença em relação ao estágio IV.

Em contrapartida, pior qualidade de vida na Escala Funcional foi associada com ter o subtipo molecular Triplo Negativo em relação aos outros subtipos (NESS S, et al., 2013). Tais associações podem ter relação ao melhor prognóstico do câncer de mama em idade mais avançada, haja vista que as pacientes mais jovens geralmente têm tumores mais agressivos, além do fato de que o diagnóstico de câncer de mama em uma mulher jovem, devido a menor prevalência e ao caráter inesperado, causa um grande impacto e comoção para a paciente e familiares (SALES CA, et al., 2001).

Evidencia-se que, ter uma rede de apoio, composta por familiares, amigos, vizinhos e comunidade, desempenha papel fundamental na qualidade de vida destas mulheres. Possuir apoio para enfrentar o diagnóstico e tratamento da doença se mostra fortemente associado com melhora na qualidade de vida e outros desfechos, como redução do estresse, melhora do humor, compartilhamento de informações sobre os diversos tratamentos, promoção de comportamentos de saúde e habilidades de autocuidado (MOSCONI P, et al., 2001). O apoio psicológico fornecido a estas mulheres é fundamental para que estas não enfrentem o processo doloroso sozinhas.

O presente estudo vem corroborar com a importância do diagnóstico precoce do câncer de mama para evitar desfechos desfavoráveis que estão associados aos Estadiamentos tardios. Nesse âmbito, a condução da doença nos estágios iniciais pode cursar com tratamentos mais conservadores e menos mutilantes, o que está intimamente relacionado com melhor qualidade de vida. É também fundamental que a equipe de saúde responsável pelo tratamento das pacientes, se atente a uma anamnese completa e detalhada, incluindo a história familiar e social, haja vista que o presente estudo associou a rede de apoio com melhor qualidade de vida, o que faz com que a equipe multiprofissional se atente de maneira especial, não só ao subtipo e Estadiamento das pacientes, mas também a sua história e vivência extra hospitalar (NISSEN MJ, et al., 2001).

Desse modo, essa observação precoce auxilia no reconhecimento de qualquer deficiência social e emocional que a mulher apresente e contribui para propor estratégias que possam auxiliar a prevenção de desfechos desfavoráveis no âmbito emocional, como grupos de apoio, abordagem integrada com a psicologia, e treinar a equipe de saúde de forma a tornar o tratamento menos doloroso e frustrante, com abordagens mais humanizadas (HOLZNER B, et al., 2001). Entretanto, podemos citar algumas limitações inerentes neste estudo, pois, por ser um estudo transversal não nos permite inferir causalidade, e os prontuários

apresentavam dados faltantes que podem ter comprometido as análises relacionadas ao Estadiamento do câncer no presente estudo. Além disso, as avaliações foram em sua maior parte realizadas em uma única unidade hospitalar, referência de atendimentos oncológicos na cidade, o que não nos permite generalizar os resultados para outras populações de mulheres com câncer de mama.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo evidenciaram que a pior qualidade de vida é associada ao subtipo molecular triplo negativo e ao estágio IV do câncer de mama. A melhor qualidade de vida global estava associada com o aumento da idade, ter rede de apoio e ter o subtipo molecular luminal. Tais achados mostram que, o diagnóstico precoce é fundamental para melhor manejo e conduta e evita desfechos desfavoráveis. Ademais, a rede de apoio mostra seu papel fundamental, não só de parentes e amigos, mas também da equipe de saúde, haja vista que o tratamento é longo e a equipe vai acompanhar a paciente por anos, o que torna necessário que a equipe tenha boa relação com a paciente e a trate de maneira humanizada, melhorando assim a qualidade de vida e acolhimento.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos às pacientes que aceitaram participar deste trabalho, respondendo aos questionários.

REFERÊNCIAS

1. AFONSO N, et al. Tratamento do Cancro da Mama HER2-Positivo: Posicionamento de um Painel de Peritos. *Revista Portuguesa De Oncologia*, 2022; 5(1): 1-13.
2. ALCÂNTARA R, et al. Jornada da paciente e levantamento dos custos do acompanhamento do câncer de mama inicial e metastático no Sistema Único de Saúde (SUS). *Jornal Brasileiro de Economia da Saúde*. 2022; 14(1): 51-55.
3. BERGAMASCO RB e ANGELO M. O sofrimento de descobrir-se com câncer de mama: como o diagnóstico é experienciado pela mulher. *Revista Brasileira Cancerologia*. 2001; 47(3): 277-282.
4. CESAR ESLC, et al. Quality of life of women with breast cancer undergoing chemotherapy. *Revista Rene* 2017; 18(5): 679-686.
5. CIRQUEIRA MB, et al. Subtipos moleculares do câncer de mama. *FEMINA*. 2011; 39(10): 1-5.
6. CONDE DM, et al. Qualidade de vida de mulheres com câncer de mama. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 2006; 28(1): 195-204.
7. ENGEL J, et al. Quality of life following breast-conserving therapy or mastectomy: results of a 5-year prospective study. *The Breast Journal*. 2004; 10(3): 223-231.
8. Ferraz AMN. Avaliação da qualidade de vida de mulheres mastectomizadas. *Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas)*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, UFRS, Porto Alegre, 2009; 65.
9. FREIRE MEM, et al. Qualidade De Vida Relacionada À Saúde De Pacientes Com Câncer Avançado: Uma Revisão Integrativa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 2014; 48(1): 357-367.
10. GANZ PA, et al. Quality of life in long-term, disease-free survivors of breast cancer: a follow-up study. *Journal of the National Cancer Institute*. 2002; 94(1): 39-49.
11. HOLZNER B, et al. Quality of life in breast cancer patients-not enough attention for longterm survivors? *Psychosomatics*. 2001; 42(2): 117-23.
12. HUGUET PR, et al. Qualidade de vida e sexualidade de mulheres tratadas de câncer de mama. *Revista Brasileira Ginecologia Obstetrícia*. 2009; 31(2): 61-67.
13. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. 2024 Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil/ Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – Rio de Janeiro: INCA. Disponível em: <https://www.inca.gov.br>. Acessado em: 6 de agosto de 2024.
14. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. 2024. In: Atlas da mortalidade. Rio de Janeiro: INCA. Base de dados. Disponível em: <https://www.inca.gov.br>. Acesso em: 6 de agosto de 2024.
15. KOCH MO, et al. Depressão em pacientes com câncer de mama em tratamento hospitalar. *Revista Saúde e Pesquisa*, 2017; 10(1): 111-117.
16. MOSCONI P, et al. Survival, quality of life and breast cancer. *Ann Oncol*. 2001; 12(3): 1-15.
17. NESS S, et al. Concerns across the survivorship trajectory: results from a survey of cancer survivors. *Oncol Nurs Forum*. 2013; 40(1): 35-42.
18. NICOLUSSI AC e SAWADA NO. Qualidade de vida de pacientes com câncer de mama em terapia adjuvante. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. Porto Alegre. 2011; 32(4): 759-766.
19. NISSEN MJ, et al. Quality of life after breast carcinoma surgery: a comparison of three surgical procedures. *Cancer*. 2001; 91(7): 1238-1246.
20. SALES CA, et al. Qualidade de vida de mulheres tratadas de câncer de mama: funcionamento social. *Revista Brasileira Cancerologia*. 2001; 47(3): 263-72.