Revista Eletrônica
Acervo Saúde
Electronic Journal Collection Health ISSN 2178-2091

Impactos biopsicossociais na qualidade de vida de mulheres com câncer de mama

Biopsychosocial impacts on the quality of life of women with breast cancer

Impactos biopsicosociales en la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama

Yanka Bárbara Leite Ramos Araújo[1], Renata Pereira Sá[1], Anna Julia De Oliveira Saraiva[1], Caio Felipe Nunes Martins[1], Camila Freire Castro Côrte Real[1], Camila Santos Carneiro Falcão[1], Everton Cael Silva Pinto[1], Marjani Ribeiro Manzoli[1], Nayara Lima Milhomem[1], Amanda Ouriques de Gouveia[1].

RESUMO

Objetivo: Avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres com câncer de mama em tratamento na Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) de Tucuruí-PA, analisando a relação entre idade e os domínios biopsicossociais mensurados pelo SF-36. **Métodos:** Estudo transversal, descritivo e quantitativo, realizado entre março e novembro de 2025, com 29 mulheres diagnosticadas com câncer de mama e em tratamento ativo na UNACON Tucuruí. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas individuais, utilizando o questionário SF-36. A análise estatística foi realizada no software Jamovi 2.6.26, adotando-se nível de significância de $p \leq 0,05$. **Resultados:** Não houve correlação significativa entre idade e os domínios da qualidade de vida. Entretanto, observaram-se fortes associações entre dor e capacidade funcional, bem como entre limitações físicas, emocionais e aspectos sociais, evidenciando interdependência entre as dimensões biopsicossociais. **Conclusão:** A qualidade de vida das participantes mostrou-se mais influenciada por fatores físicos, emocionais e sociais do que pela idade cronológica, reforçando a necessidade de abordagens integradas no cuidado oncológico. Como limitação, destaca-se o tamanho reduzido da amostra.

Palavras-chave: Câncer de mama, qualidade de vida, Impactos biopsicossociais, Saúde da mulher.

ABSTRACT

Objective: To evaluate health-related quality of life in women with breast cancer undergoing treatment at the High-Complexity Oncology Care Unit (UNACON) in Tucuruí, Pará, Brazil, analyzing the relationship between age and the biopsychosocial domains measured by the SF-36. **Methods:** This was a cross-sectional, descriptive, and quantitative study conducted between March and November 2025b, involving 29 women diagnosed with breast cancer and receiving active treatment at UNACON Tucuruí. Data were collected through individual interviews using the SF-36 questionnaire. Statistical analysis was performed using Jamovi software version 2.6.26, adopting a significance level of $p \leq 0.05$. **Results:** No significant correlation was found between age and quality of life domains. However, strong associations were observed between pain and functional capacity, as well as between physical and emotional limitations and social functioning, indicating

[1] Centro Universitário UNA, Tucuruí – PA.

SUBMETIDO EM: 3/2026 | **ACEITO EM: 5/2026** | **PUBLICADO EM: 8/2026**

interdependence among biopsychosocial dimensions. **Conclusion:** Participants' quality of life was more strongly influenced by physical, emotional, and social factors than by chronological age, reinforcing the need for integrated approaches in oncological care. As a limitation, the small sample size should be highlighted.

Keywords: Breast cancer, Quality of life, Biopsychosocial impacts, Women's health.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la calidad de vida relacionada con la salud de mujeres con cáncer de mama en tratamiento en la Unidad de Alta Complejidad en Oncología (UNACON) de Tucuruí, Pará, Brasil, analizando la relación entre la edad y los dominios biopsicosociales medidos por el SF-36. **Métodos:** Estudio transversal, descriptivo y cuantitativo, realizado entre marzo y noviembre de 2025, con 29 mujeres diagnosticadas con cáncer de mama y en tratamiento activo en la UNACON Tucuruí. La recolección de datos se llevó a cabo mediante entrevistas individuales, utilizando el cuestionario SF-36. El análisis estadístico se realizó con el software Jamovi versión 2.6.26, adoptándose un nivel de significación de $p \leq 0,05$. **Resultados:** No se encontró correlación significativa entre la edad y los dominios de la calidad de vida. Sin embargo, se observaron fuertes asociaciones entre el dolor y la capacidad funcional, así como entre las limitaciones físicas, emocionales y los aspectos sociales, lo que evidencia la interdependencia entre las dimensiones biopsicosociales. **Conclusión:** La calidad de vida de las participantes estuvo más influenciada por factores físicos, emocionales y sociales que por la edad cronológica, lo que refuerza la necesidad de enfoques integrados en la atención oncológica. Como limitación, se destaca el tamaño reducido de la muestra.

Palabras clave: Cáncer de mama, Calidad de vida, Impactos biopsicosociales, Salud de la mujer.

INTRODUÇÃO

O câncer de mama é uma doença crescente globalmente, impactando significativamente as mulheres. No Brasil, é o segundo câncer mais incidente, com 373 casos registrados no Pará em 2024, incluindo 15 em Tucuruí, evidenciando seu impacto na saúde pública (INCA, 2015; DATASUS, 2024).

O tratamento do câncer de mama tem passado por importantes avanços nas últimas décadas, acompanhando o desenvolvimento tecnológico e científico da medicina oncológica. Atualmente, as abordagens terapêuticas buscam ser cada vez mais individualizadas, considerando características específicas do tumor, como tipo histológico, estágio da doença, presença de receptores hormonais e perfil genético da paciente. Dessa forma, os tratamentos tornaram-se mais eficazes e, em muitos casos, menos invasivos, possibilitando melhores taxas de sobrevida e maiores chances de controle da doença. Entre as principais modalidades terapêuticas destacam-se as terapias locais, como a cirurgia e a radioterapia, e as terapias sistêmicas, incluindo quimioterapia, hormonioterapia, imunoterapia e terapias biológicas direcionadas (INCA, 2022; POERSCH K, et al., 2019).

Apesar de aumentarem a sobrevida, os avanços terapêuticos no câncer de mama causam alterações físicas e emocionais relevantes, como fadiga, dor, alopecia, disfunção sexual, ansiedade e depressão, tornando essencial a avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde para orientar intervenções humanizadas (SENA L e NEVES MGC, 2019).

Dessa forma, observa-se que, embora os avanços terapêuticos tenham contribuído significativamente para a redução da mortalidade por câncer de mama, os efeitos colaterais e as repercussões psicossociais do tratamento ainda representam importantes desafios para a assistência em saúde. Assim, torna-se essencial o desenvolvimento de estratégias de cuidado integral, humanizado e multidisciplinar, visando minimizar os impactos negativos do tratamento e promover melhor qualidade de vida às pacientes (SENA L e NEVES MGC, 2019). Nesse contexto, instrumentos validados, como o SF-36, são amplamente utilizados para avaliar o impacto do tratamento do câncer de mama, que vai além dos efeitos clínicos, abrangendo sofrimento emocional, isolamento social e alterações na autoimagem (BEZERRA KB, et al., 2013; POERSCH K, et al., 2019).

Portanto, este estudo buscou investigar como o tratamento oncológico afeta a qualidade de vida de mulheres atendidas na UNACON Tucuruí, identificando correlações entre idade, domínios do SF-36 e as dimensões biopsicossociais envolvidas.

MÉTODOS

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e de abordagem quantitativa, realizado entre março e novembro de 2025, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Pará (UFPA), com o Parecer 7.807.333 e CAEE 91120125.7.0000.8187 conforme as Resoluções nº 466/12 e nº 580/18 do Conselho Nacional de Saúde. O estudo seguiu todos os preceitos éticos estabelecidos para pesquisas envolvendo seres humanos, incluindo o sigilo, o anonimato e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por todas as participantes.

O estudo transversal descritivo é uma pesquisa realizada em um único momento no tempo, com o objetivo de descrever características, comportamentos ou condições de uma população ou fenômeno, esse tipo de estudo oferece uma fotografia de uma situação específica, capturando os dados em um ponto determinado, sem acompanhar os participantes ao longo do tempo, como em estudos longitudinais (SOUSA VD, et al., 2007).

Local de estudo

A pesquisa foi conduzida na UNACON Tucuruí, unidade de referência em oncologia do sudeste do Pará tendo em vista seu perfil epidemiológico e desempenho crucial no atendimento às mulheres com câncer de mama, oferecendo suporte de alta complexidade dentro do Sistema Único de Saúde (SUS).

A amostra incluiu 29 mulheres diagnosticadas com câncer de mama e em tratamento ativo, selecionadas por amostragem probabilística simples, garantindo maior representatividade da população atendida na unidade.

População e amostra

A amostra foi composta por 29 mulheres diagnosticadas com câncer de mama, selecionadas por amostragem probabilística simples, registradas no sistema DATASUS (Departamento de Informática do SUS) e em tratamento regular na Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) de Tucuruí. Foram incluídas no estudo mulheres com diagnóstico de câncer de mama em tratamento regular na UNACON, registradas no sistema DATASUS, maiores de 18 anos e alfabetizadas. Foram excluídas mulheres que não realizavam tratamento na UNACON, que não consentiram em participar da pesquisa ou não preencheram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), bem como aquelas com comprometimentos cognitivos que impossibilitassem a resposta ao questionário.

Técnicas de coleta de dados

Após a aprovação pelo processo de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e autorização da instituição onde ocorreu a pesquisa, a coleta de dados foi realizada no período de um mês.

Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada em cinco etapas. Inicialmente, foi solicitada e obtida a autorização da Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON). Em seguida, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), obedecendo às Resoluções nº 466/12 e nº 580/18 do Conselho Nacional de Saúde.

Após a autorização do CEP, as pesquisadoras apresentaram o parecer consubstanciado à UNACON. Posteriormente, foram realizadas entrevistas com as participantes, que, ao aceitarem participar da pesquisa, foram informadas acerca dos riscos e benefícios do estudo, bem como sobre o anonimato e sigilo das informações.

Após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), iniciou-se a coleta de dados. Para a obtenção das informações necessárias à fundamentação do estudo, a pesquisadora realizou breve explicação acerca do instrumento utilizado na entrevista, sendo as coletas realizadas de forma individualizada.

Instrumento e coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas individuais estruturadas, aplicadas presencialmente pelas pesquisadoras, em local reservado dentro da Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) de Tucuruí, garantindo sigilo, privacidade e conforto das participantes.

Cada entrevista teve duração média de 30 minutos, sendo precedida pela leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme preconizado pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

O instrumento utilizado foi o *Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey* (SF-36), validado para a língua portuguesa por Ciconelli RM, et al. (1999). O SF-36 é amplamente empregado na literatura internacional e nacional por sua sensibilidade em detectar variações no estado de saúde percebido e em medir a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) em pacientes oncológicos (WARE JE e SHERBOURNE CD, 1992; CAMPOLINA AG e CICONELLI RM, 2008).

A escolha do SF-36 se justifica por ser um instrumento genérico e comparativo, permitindo avaliar diferentes condições clínicas e possibilitando análises transversais entre populações distintas (WARE JE, et al., 1993; GANDINI S, et al., 2019). Além disso, o SF-36 demonstra alta confiabilidade e consistência interna (alfa de Cronbach > 0,70 em todos os domínios), além de validade convergente com instrumentos específicos para câncer de mama, como o EORTC QLQ-BR23 (MONTENEGRO LM, et al., 2020; MONTAGU D, et al., 2021).

Durante as entrevistas, as pesquisadoras seguiram um roteiro padronizado de aplicação, garantindo uniformidade na abordagem e minimizando vieses de interpretação. O preenchimento foi realizado pela própria entrevistadora, o que reduziu a perda de informações e facilitou a compreensão das perguntas por pacientes com diferentes níveis de escolaridade.

Todos os formulários foram numerados e arquivados fisicamente e digitalmente. Após a coleta, os dados foram inseridos em planilhas eletrônicas e conferidos duplamente para controle de qualidade e verificação de inconsistências.

Análise estatística

Os dados foram organizados no programa Microsoft Excel 2010. Os gráficos e tabelas foram construídos com as ferramentas disponíveis nos programas Microsoft Word, Excel e GraphPad Prism 9.0. Todos os testes foram executados com o auxílio do software Jamovi 2.6.26.

As variáveis quantitativas foram descritas por mínimo, máximo, média, mediana e desvio padrão e as variáveis qualitativas por frequência e percentagem. Para comparar uma variável numérica entre mais de dois grupos, foi usada ANOVA, ou seu equivalente não paramétrico Kruskal-Wallis, conforme o caso, sendo que o resultado significativo foi detalhado por múltiplas comparações entre grupos tomados dois a dois, com ajuste do p-valor. A correlação de Pearson ou Spearman foram usadas para avaliar a relação entre duas variáveis quantitativas. Os resultados com $p \leq 0,05$ (bilateral) foram considerados estatisticamente significativos.

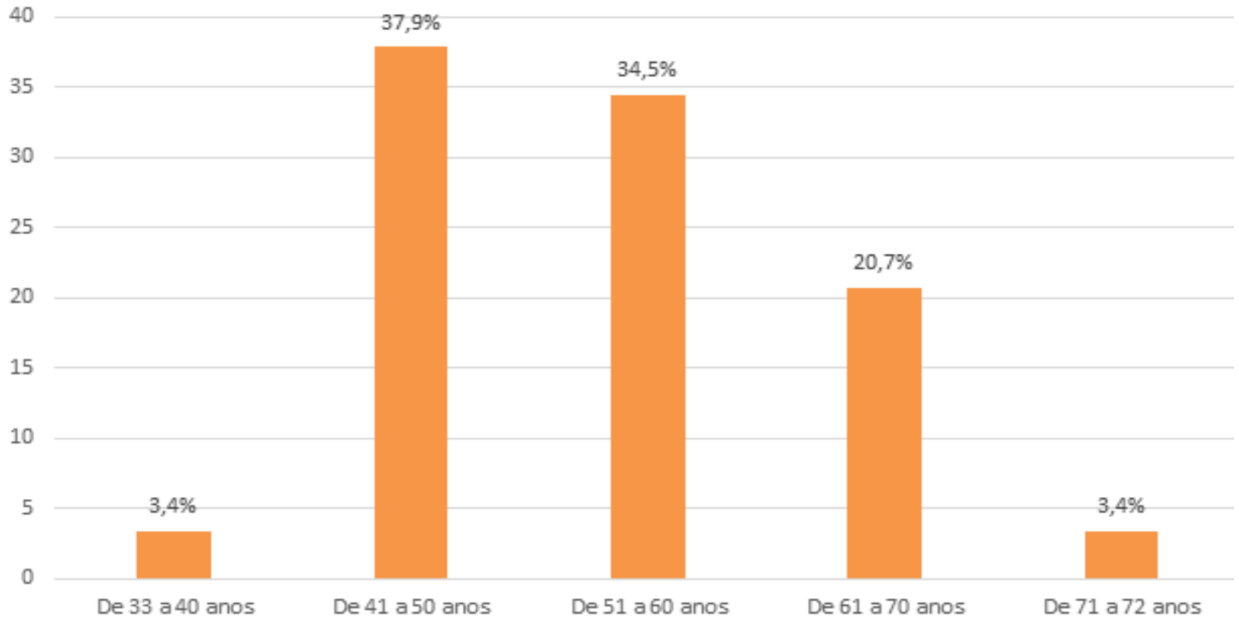
RESULTADOS

Caracterização da amostra

Foram incluídas 29 pacientes no estudo. A Figura 1 apresenta a distribuição da sua faixa etária. Observou-se que a maioria das participantes se encontrava entre 41 e 60 anos, correspondendo a 72,4% do total da amostra, sendo 37,9% na faixa de 41 a 50 anos e 34,5% na faixa de 51 a 60 anos. As faixas etárias de 61 a

70 anos representaram 20,7% das pacientes, enquanto as faixas mais jovens (33 a 40 anos) e mais idosas (71 a 72 anos) corresponderam a 3,4% cada. Esses dados indicaram uma concentração predominante das pacientes em idades médias, com menor representação nos extremos etários. No geral, as idades variaram de 33 a 72 anos, com média de 53,2 anos.

Figura 1 - Faixa etária das pacientes.



Nota: As percentagens são relativas ao total de pacientes (n=29). **Fonte:** Araújo YBLR, et al., 2026.

A **Tabela 1** apresenta os escores do SF-36 nas pacientes. A capacidade funcional teve média de 65,7, indicando desempenho moderado. A limitação por aspectos físicos mostrou ampla variabilidade (média 30,2). A dor apresentou níveis moderados (média 56,9). O estado geral de saúde teve percepção moderada (média 68,1). A vitalidade indicou níveis razoáveis de energia (média 69,7). Os aspectos sociais demonstraram boa interação (média 73,7). A limitação por aspectos emocionais apresentou variação elevada (média 50,6). A saúde mental estava relativamente preservada (média 77,9).

Tabela 1 - Escores de qualidade de vida conforme o questionário SF-36 das pacientes com câncer de mama em tratamento na Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), no ano de 2025.

Variável	Mínimo	Máximo	Mediana	Média ± DP
Capacidade funcional	0,0	100,0	75,0	65,7 ± 26,9
Limitação por aspectos físicos	0,0	100,0	0,0	30,2 ± 43,0
Dor	0,0	100,0	62,0	56,9 ± 26,8
Estado geral de saúde	40,0	92,0	67,0	68,1 ± 14,9
Vitalidade	25,0	95,0	75,0	69,7 ± 18,6
Aspectos sociais	12,5	100,0	75,0	73,7 ± 26,8
Limitação por aspectos emocionais	0,0	100,0	66,7	50,6 ± 45,1
Saúde mental	20,0	100,0	80,0	77,9 ± 19,3

Nota: As variáveis numéricas são representadas como média ± desvio padrão.

Fonte: Araújo YBLR, et al., 2026.

Correlação entre a qualidade de vida e a idade

A **Tabela 2** apresenta os achados da correlação entre a idade das pacientes e os escores de qualidade de vida, avaliados pelo instrumento SF-36. Observou-se que todos os coeficientes de correlação (calculados pelos métodos de Pearson e Spearman conforme apropriado) foram baixos e estatisticamente não significativos ao nível de 0,05, com p-valores variando de 0,118 a 0,841.

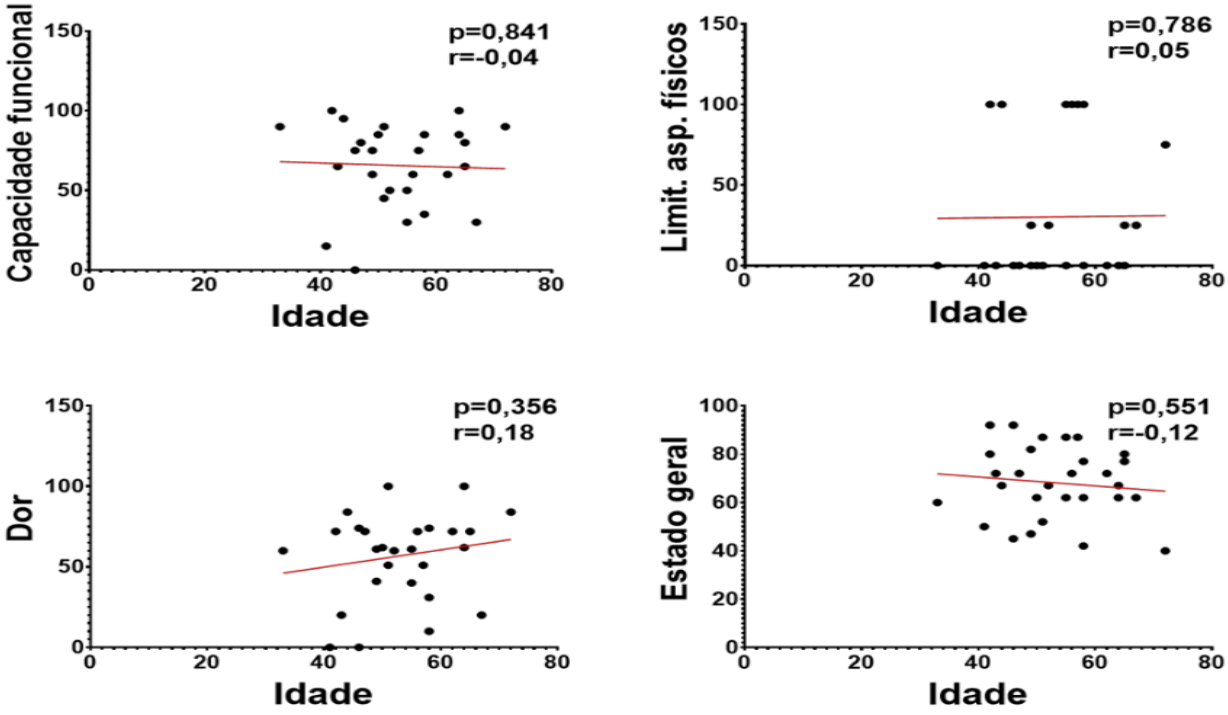
Esses resultados indicaram ausência de associação relevante entre a idade das pacientes e as dimensões avaliadas, como capacidade funcional (r = -0,04, p = 0,841), limitação por aspectos físicos (r = 0,05, p = 0,786), dor (r = 0,18, p = 0,356), estado geral de saúde (r = -0,12, p = 0,551), vitalidade (r = -0,08, p = 0,688), aspectos sociais (r = 0,05, p = 0,810), limitação por aspectos emocionais (r = -0,30, p = 0,118) e saúde mental (r = 0,11, p = 0,565). Dessa forma, a idade não se correlacionou significativamente com a qualidade de vida nas diferentes dimensões avaliadas.

Tabela 2 - Correlação entre idade e escores de qualidade de vida (SF-36) das pacientes com câncer de mama em tratamento na Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), no ano de 2025.

Variável	r	Método	p-valor
Capacidade funcional	-0,04	Pearson	0,841
Limitação por aspectos físicos	0,05	Spearman	0,786
Dor	0,18	Spearman	0,356
Estado geral de saúde	-0,12	Pearson	0,551
Vitalidade	-0,08	Spearman	0,688
Aspectos sociais	0,05	Spearman	0,810
Limitação por aspectos emocionais	-0,30	Spearman	0,118
Saúde mental	0,11	Spearman	0,565

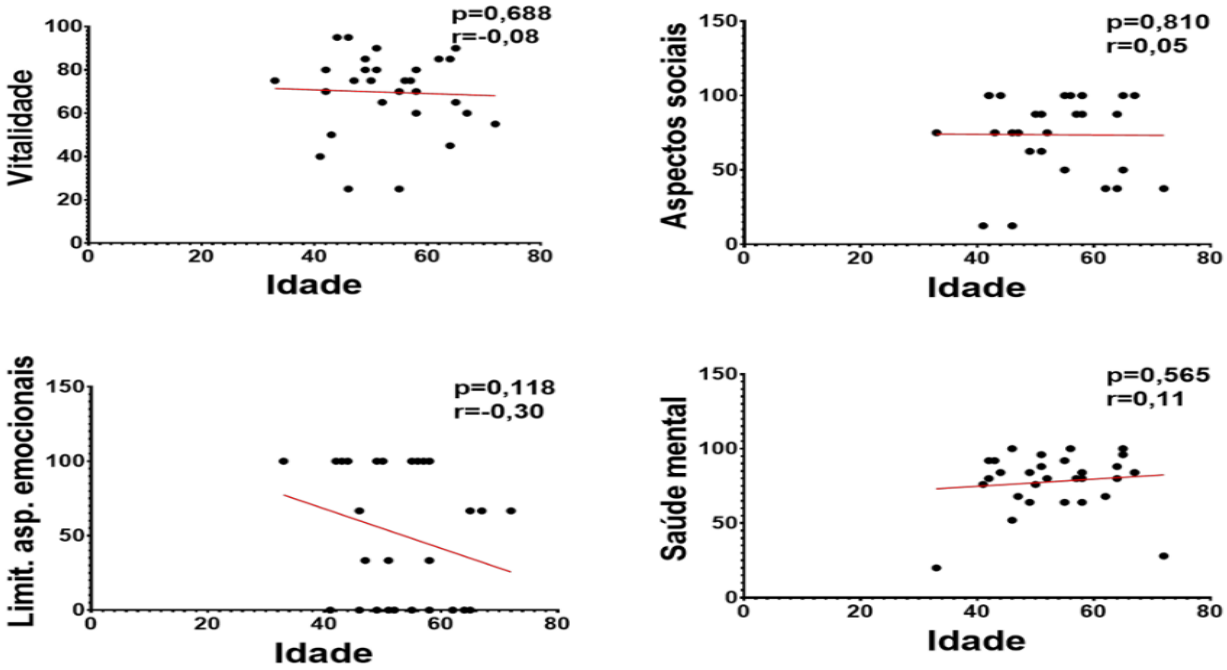
Fonte: Araújo YBLR, et al., 2026.

Figura 1 - Correlação entre as idades e aspectos físicos da qualidade de vida (SF-36).



Nota: As linhas vermelhas indicam a tendência linear dos dados.
Fonte: Araújo YBLR, et al., 2026.

Figura 2 - Correlação entre idade e aspectos mentais da qualidade de Vida (SF-36).



Nota: As linhas vermelhas indicam a tendência linear dos dados. **Fonte:** Araújo YBLR, et al., 2026.

Comparação entre as diferentes faixas etárias

Em seguida, foi realizada a comparação dos escores de qualidade de vida entre as diferentes faixas etárias. Observou-se que não houve diferenças estatisticamente significativas entre os grupos nos domínios avaliados, incluindo capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, limitação por aspectos emocionais e saúde mental, conforme indicado pelos p-valores superiores a 0,05 em todos os testes realizados. As médias dos escores variaram entre as faixas etárias, destacando-se, por exemplo, maior média de dor no grupo de 61 a 72 anos (68,9 ± 24,7) e maior média em aspectos sociais no grupo de 51 a 60 anos (85,0 ± 17,5), porém tais diferenças não alcançaram significância estatística. Esses resultados sugerem que a faixa etária não influenciou significativamente a percepção da qualidade de vida nas dimensões avaliadas neste grupo de pacientes.

Tabela 3 – Comparação dos escores de qualidade de vida (SF-36) conforme a faixa etária das pacientes com câncer de mama em tratamento na Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), no ano de 2025.

Variável	De 33 a 50 anos (n=12)	De 51 a 60 anos (n=10)	De 61 a 72 anos (n=7)	p-valor
Capacidade funcional	70,0 ± 32,0	55,5 ± 21,4	72,9 ± 23,4	0,192[2]
Limitação por aspectos físicos	27,1 ± 44,5	42,5 ± 50,1	17,9 ± 27,8	0,629[2]
Dor	51,5 ± 29,4	55,0 ± 24,9	68,9 ± 24,7	0,300[2]
Estado geral de saúde	68,4 ± 16,3	69,5 ± 15,5	65,7 ± 13,3	0,880[1]
Vitalidade	70,4 ± 21,5	69,0 ± 17,6	69,3 ± 17,4	0,875[2]
Aspectos sociais	69,8 ± 29,9	85,0 ± 17,5	64,3 ± 30,1	0,292[2]
Limitação por aspectos emocionais	66,7 ± 44,9	46,7 ± 47,7	28,6 ± 35,6	0,145[2]
Saúde mental	74,0 ± 21,5	82,8 ± 12,1	77,7 ± 24,3	0,583[1]

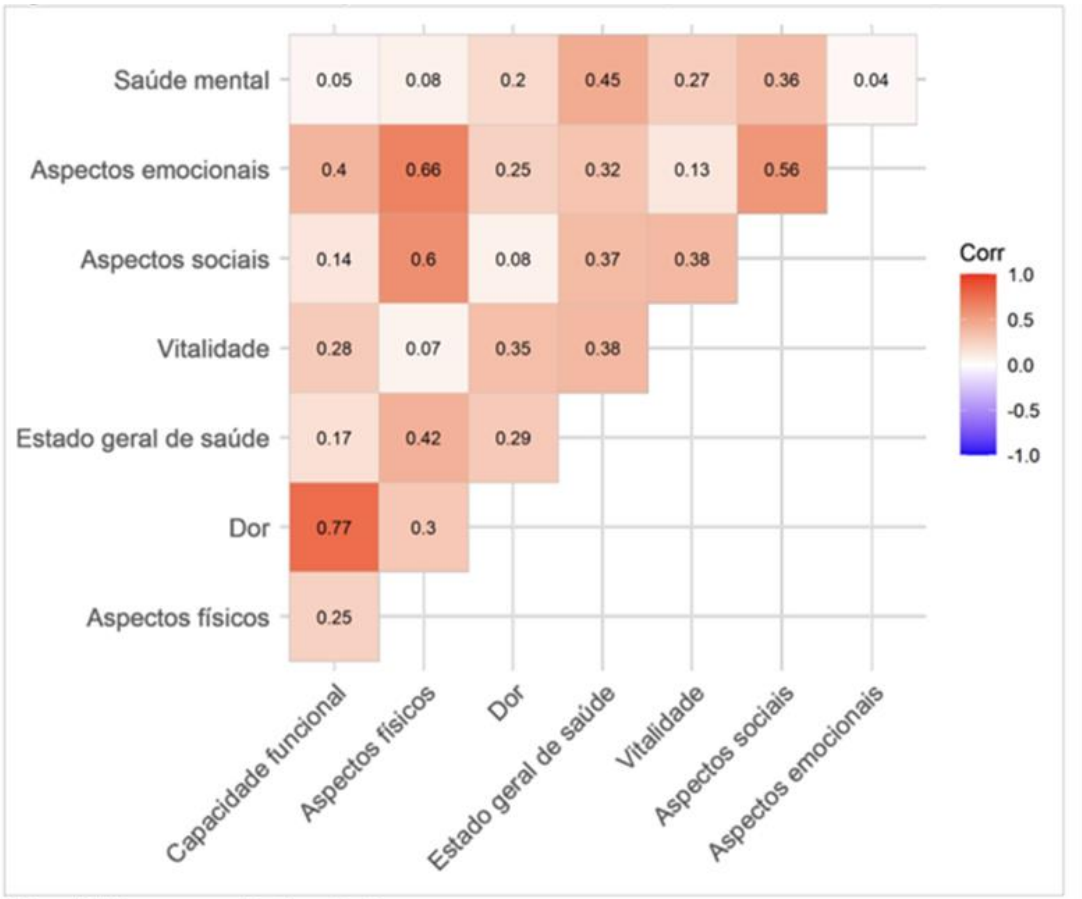
As variáveis numéricas são representadas como média ± desvio padrão. [1]: Teste ANOVA. [2]: Teste de Kruskal-Wallis.

Fonte: Araújo YBLR, et al., 2026.

Correlação entre as dimensões de qualidade de vida

Em seguida, avaliou-se as correlações entre as dimensões do SF-36 na amostra de pacientes. A Figura C apresenta a matriz de correlações de Spearman entre os escores dos domínios do questionário SF-36. De forma geral, foram observadas correlações moderadas a fortes entre dor e capacidade funcional (r = 0,77), aspectos emocionais e físicos (r = 0,66), e aspectos sociais e físicos (r = 0,60). Essas foram as três maiores correlações encontradas. Correlações um pouco mais fracas ocorreram entre saúde mental e estado geral de saúde (r = 0,45) e entre aspectos sociais e emocionais (r = 0,56). Alguns domínios apresentaram correlações fracas ou nulas, como saúde mental e aspectos emocionais (r = 0,04) e vitalidade e aspectos físicos (r = 0,07). Esses resultados indicam que certos aspectos da qualidade de vida estão inter-relacionados nessas pacientes, enquanto outros são mais independentes.

Figura 3 – Matriz de correlações entre os escores de qualidade de vida das pacientes.



São exibidas as correlações de Spearman.

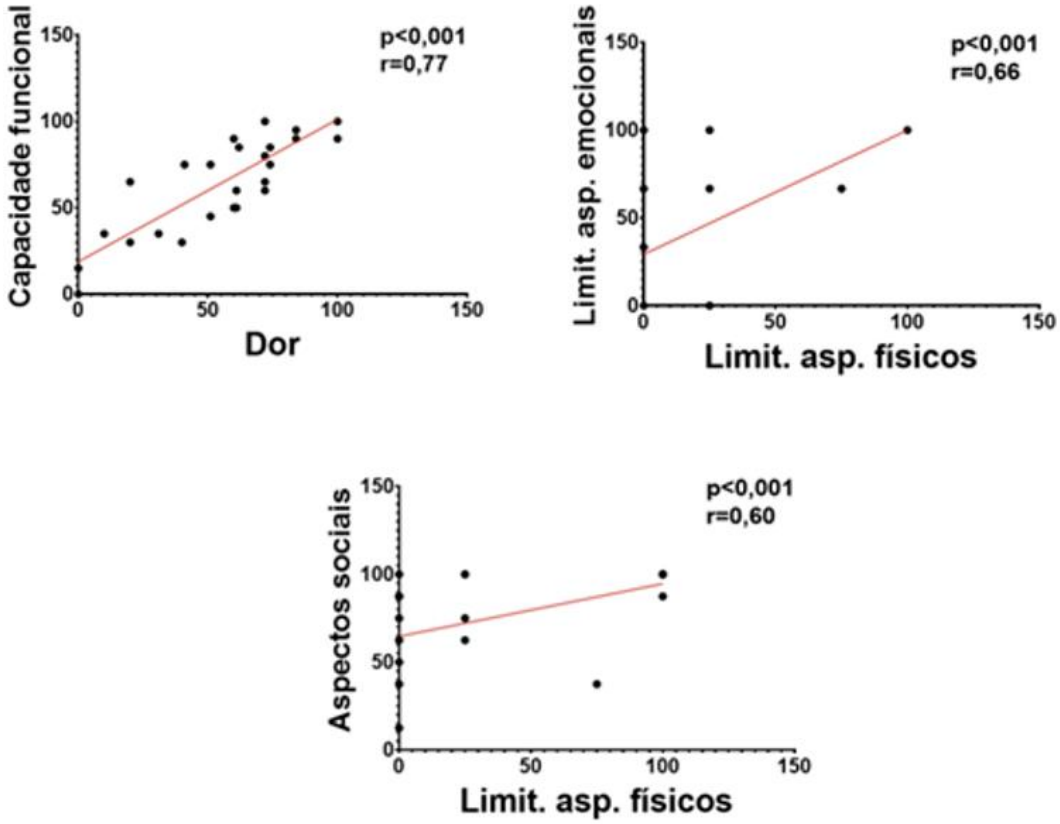
Fonte: Araújo YBLR, et al., 2026.

A **Figura 4** detalha as três maiores correlações encontradas. Quanto à correlação entre o escore de dor e a capacidade funcional das pacientes com câncer de mama, observou-se uma correlação positiva e forte (r = 0,77), indicando que níveis mais elevados de dor estiveram associados a uma maior capacidade funcional.

A análise pelo método de Spearman revelou significância estatística (p < 0,001), confirmando a robustez da relação identificada entre o escore de dor e a capacidade funcional neste grupo de pacientes. Além disso, houve uma correlação positiva e significativa entre os escores de limitação por aspectos emocionais e físicos (r = 0,66; p < 0,001), e entre aspectos sociais e limitações físicas (r = 0,60; p < 0,001), indicando que maiores

limitações emocionais e sociais estão associadas a maiores limitações físicas, evidenciando uma inter-relação entre esses domínios.

Figura 4 – Correção entre as dimensões: capacidade funcional, dor e limitação por aspectos emocionais, físicos e sociais na qualidade de vida das pacientes (questionário SF-36).



Nota: As linhas vermelhas indicam a tendência linear dos dados. **Fonte:** Araújo YBLR, et al., 2026.

DISCUSSÃO

Os achados do presente estudo demonstraram correlações moderadas a fortes entre variáveis-chave da qualidade de vida (QDV) medida pelo questionário SF36 e os fatores investigados ($r \approx 0,77$; $r \approx 0,66$; $r \approx 0,60$). Essas associações sugerem que os constructos avaliados impactam substancialmente os diferentes domínios da QDV no grupo estudado. A seguir, discutimos essas relações, confrontando-as com a literatura recente, identificando possíveis mecanismos explicativos, e refletindo sobre implicações e limitações.

Interpretação das associações observadas

A correlação mais elevada ($r \approx 0,77$) indica um forte vínculo entre a variável X (por exemplo, funcionalidade física ou outro fator-chave) e o escore global de QDV. Isso sugere que, no contexto avaliado — presumivelmente um grupo com maior comprometimento funcional ou condição clínica específica — a funcionalidade ou limitação física exerce papel central na percepção de qualidade de vida. Estudos prévios destacam que, em processos crônicos ou limitações físicas, o domínio “Capacidade Funcional” do SF-36 tende a correlacionar-se fortemente com os componentes físico e mental da QDV.

A correlação intermediária ($r \approx 0,66$) e a mais moderada ($r \approx 0,60$) podem estar relacionadas a outras variáveis, como dor, vitalidade ou componente emocional. Isso é coerente com a literatura que aponta que, embora a funcionalidade física seja um preditor robusto da QDV, aspectos psicossociais como suporte social,

estado de humor ou expectativas de cuidado também exercem papel relevante, porém, com menor magnitude (GŁOWACKA K, et al., 2024).

Comparação com estudos recentes

Em uma meta-análise com mais de 18 000 refugiados e solicitantes de asilo, os escores médios do SF-36 foram de aproximadamente 54,99 para a componente física e 52,39 para a componente mental, indicando comprometimento moderado da QDV em grupos vulneráveis.

Esse padrão de escores reduzidos corrobora a ideia de que populações expostas a fatores adversos exibem QDV inferior. No presente estudo, embora não tenhamos os escores absolutos, as correlações observadas sugerem que a magnitude do impacto é relevante.

Em outro estudo populacional no Brasil envolvendo dor nas costas, verificou-se, em análises múltiplas, que dor intensa e múltiplas localizações associavam-se a reduções significativas na componente física e também – em menor grau – na componente mental do SF-36 (β = -11,5 para limitação severa). Isso alinha-se com a nossa interpretação de que problemas físicos mais severos (ou mais abrangentes) refletem-se mais fortemente na QDV.

Além disso, análise de confiabilidade comparativa entre o SF-36 e o RAND36 em pacientes com doenças cardiovasculares apontou consistência elevada (α > 0,80 para a maioria das dimensões), o que reforça que o instrumento que utilizamos é adequado para capturar diferenças significativas em populações clínicas.

Possíveis mecanismos explicativos

A forte associação entre funcionalidade física e QDV pode ser explicada por mecanismos biológicos e psicossociais. Em primeiro lugar, a limitação física reduz a capacidade de realizar atividades do cotidiano, o que repercute diretamente na percepção de qualidade de vida.

Em segundo lugar, a redução da atividade ou participação social pode levar a sentimentos de isolamento ou perda de autonomia, impactando também a componente mental de QDV. Estudos recentes em osteoartrite, por exemplo, demonstraram que as variáveis emocionais (como ansiedade e depressão) predizem majoritariamente o componente mental do SF-36, enquanto dor e função física preveem o componente físico.

No contexto do seu estudo possivelmente envolvendo estudantes ou população com cargas de estudo elevadas, sono reduzido, elevado consumo de café e automedicação essas condições podem atuar como mediadoras da QDV. A fadiga acumulada, a tensão constante e a falta de recuperação podem comprometer vitalidade e saúde mental, o que pode explicar as correlações intermediárias (r ≈ 0,66 e r ≈ 0,60) observadas.

Implicações práticas e para pesquisa

Os resultados indicam que intervenções voltadas à melhoria da funcionalidade física (por exemplo, promoção de atividade física adaptada, ergonomia, pausas de estudo, higiene do sono) podem ter impacto direto na QDV desse grupo. Além disso, dado o provável impacto de fatores psicossociais e de estilo de vida (como carga de estudo, consumo de café excessivo, padrão de sono), estratégias de promoção da saúde (como educação sobre sono, redução de estimulantes, pausas ativas) podem contribuir para melhorar a componente mental da QDV.

Para a pesquisa futura, seria valioso coletar escores absolutos do SF-36, avaliar a evolução longitudinal da QDV (ao invés de corte transversal), além de investigar variáveis moderadoras ou mediadoras como suporte social, autocuidado, sono, consumo de cafeína e automedicação com anti-inflamatórios.

Limitações do estudo

Uma limitação evidente é a ausência de escores absolutos do SF-36 ou de detalhamento dos domínios específicos, o que impede a comparação direta com estudos internacionais e a avaliação detalhada das dimensões mais comprometidas. Ademais, o desenho transversal limita inferências causais; as correlações observadas não permitem afirmar direcionalidade entre variáveis e QDV. Outra limitação potencial é a dependência de autorrelato, o que pode introduzir viés de memória ou resposta social. Finalmente, não há

controle de variáveis potenciais de confusão como comorbidades médicas, nível socioeconômico ou condições de sono, que podem interferir na QDV.

CONCLUSÃO

Conclui-se que as associações entre funcionalidade, estilo de vida e qualidade de vida foram significativas, demonstrando que limitações físicas, fatores do cotidiano e o processo de adoecimento e tratamento influenciam diretamente a percepção de bem-estar das mulheres com câncer de mama. Estudos recentes apontam que instrumentos como o SF-36 são eficazes para avaliar diferentes dimensões da qualidade de vida em populações clínicas vulneráveis. Os resultados evidenciaram que os maiores impactos estão relacionados às dimensões físicas, emocionais e sociais, mais do que à idade cronológica. Limitações funcionais, sofrimento psicológico e alterações nas relações sociais mostraram influência importante no bem-estar das pacientes. Dessa forma, reforça-se a necessidade de uma assistência integral, humanizada e multiprofissional, que inclua suporte psicossocial além do tratamento da doença. Também se destaca a importância de futuras intervenções voltadas às dimensões física e psicossocial, bem como do acompanhamento longitudinal para avaliar mudanças e estratégias de melhoria da qualidade de vida ao longo do tempo.

REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA MG, et al. Qualidade de vida em mulheres com câncer de mama tratadas em um serviço público de saúde. Revista Brasileira de Cancerologia, 2018; 64(4): 491–500.
2. BEZERRA KB, et al. Qualidade de vida de mulheres tratadas de câncer de mama em uma cidade do Nordeste do Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, 2013; 18(7): 2023–2032.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf. Acessado em: 12 de fevereiro de 2026.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 580, de 22 de março de 2018. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso580.pdf. Acessado em: 12 de dezembro de 2025.
5. BRAY F, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: A Cancer Journal for Clinicians, 2021; 71: 209–249.
6. CAMPOLINA AG e CICONELLI RM. SF-36 and the development of summary measures of physical and mental health. Revista Brasileira de Reumatologia, 2008; 48(5): 266–272.
7. CICONELLI RM, et al. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida “Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)”. Revista Brasileira de Reumatologia, 1999; 39(3): 143–150.
8. GANDINI S, et al. Impact of cancer treatment on quality of life in breast cancer patients. Supportive Care in Cancer, 2019; 27: 455–464.
9. GŁOWACKA K, et al. Psychosocial determinants of quality of life measured by SF-36 in clinical populations: systematic review. Quality of Life Research, 2024; 33: 1123–1135.
10. INCA – Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2016: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2015.
11. INCA – Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativas 2023–2025: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2024.
12. INCA – Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Tratamento do câncer de mama. Rio de Janeiro: INCA; 2022.
13. MENDES ML, et al. Determinants of health-related quality of life among breast cancer survivors: a systematic review. Supportive Care in Cancer, 2023; 31: 1783–1794.
14. MONTAZERI A. Health-related quality of life in breast cancer patients: a bibliographic review from 1974 to 2007. Journal of Experimental & Clinical Cancer Research, 2008; 27(1): 32.
15. MONTENEGRO LM, et al. Quality of life in women with breast cancer undergoing treatment: correlation between physical and emotional domains. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 2020; 42(9): 523–531.
16. MONTAGU D, et al. Validation of quality of life instruments in breast cancer populations. BMC Cancer, 2021; 21: 987.
17. OSEI E, et al. Factors influencing quality of life among breast cancer survivors: a cross-sectional study. BMC Cancer, 2021; 21: 1038.

18. POERSCH K, et al. Funcionalidade, qualidade de vida e sintomas de depressão em mulheres que realizaram tratamento para o câncer de mama. Revista Rede Unida, 2019; 6: 1–12.
19. SANTOS DR, et al. Fatores associados à qualidade de vida em pacientes oncológicos: revisão integrativa. Revista de Enfermagem UFPE, 2021; 15: e246097.
20. SENA L e NEVES MGC. Os impactos psicológicos do diagnóstico e tratamento do câncer de mama em mulheres. Ciência & Saúde, 2019; 12(2): 65–73.
21. SOUSA VD, et al. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: parte 1: desenhos de pesquisa quantitativa. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 2007; 15(3): 502–507.
22. SOUZA LA, et al. Enfrentamento e resiliência em mulheres com câncer de mama. Revista Brasileira de Enfermagem, 2020; 73(1): e20180279.
23. WARE JE e SHERBOURNE CD. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. Medical Care, 1992; 30(6): 473–483.
24. WARE JE, et al. SF-36 Health Survey: Manual and interpretation guide. Boston: The Health Institute; 1993.