

# Impacto do câncer de mama e qualidade de vida de mulheres sobreviventes

*Impact of breast cancer and quality of life of women survivors*  
*Impacto del cáncer de mama y calidad de vida de mujeres sobrevivientes*

**Julia Viana Lopes<sup>1</sup>, Cristiane Decat Bergerot<sup>1</sup>, Luciene Rodrigues Barbosa<sup>1</sup>,  
Níliza Maria de Carvalho Tavares Calux<sup>2</sup>, Simone Elias<sup>2</sup>,  
Kimlin Tam Ashing<sup>3</sup>, Edvane Birelo Lopes de Domenico<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem. São Paulo-SP, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina. São Paulo-SP, Brasil.

<sup>3</sup> City of Hope Medical Center. Duarte, California, United States of America.

## Como citar este artigo:

Lopes JV, Bergerot CD, Barbosa LR, Calux NMCT, Elias S, Ashing KT, et al. Impact of breast cancer and quality of life of women survivors. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2018;71(6):2916-21. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0081>

Submissão: 28-02-2018

Aprovação: 22-03-2018

## RESUMO

**Objetivo:** Avaliar o impacto do câncer de mama e a qualidade de vida de mulheres sobreviventes e identificar associação de variáveis sociodemográficas e clínicas. **Método:** Transversal, analítico, quantitativo, com mulheres pós-tratamento ambulatorial de câncer de mama em instituição pública do município de São Paulo, São Paulo, Brasil. Instrumentos: sociodemográfico e clínico; escala Impacto do Câncer; *Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast Cancer*. Análise estatística descritiva e analítica. **Resultados:** 100 mulheres, média de 60 anos (DP = 11,3); maioria em seguimento inferior há 5 anos, baixo poder econômico e escolaridade. Impacto do Câncer negativo: Preocupação com a Saúde, Mudanças Corporais, Sentimentos e Significado do Câncer. Qualidade de Vida: 81,9 (18,3), específico: 105,6 (24,6). Subescalas do impacto do câncer que predisseram piores escores de qualidade de vida: Mudanças Corporais, Autoavaliação Negativa e Preocupação com o Câncer ( $p < 0,05$ ). **Conclusão:** Apesar de apresentarem um bom escore de qualidade de vida, pacientes reportaram impacto negativo do câncer, agravado por vulnerabilidades.

**Descritores:** Neoplasias da Mama; Sobrevivente; Qualidade de Vida; Perfil de Impacto da Doença; Oncologia.

## ABSTRACT

**Objective:** To evaluate the impact of breast cancer and the quality of life of women survivors and to identify associations between sociodemographic and clinical variables. **Method:** This was a cross-sectional, analytical, quantitative study conducted with women receiving outpatient post-treatment care at a public institution of the city of São Paulo, state of São Paulo, Brazil. Instruments: sociodemographic and clinical questionnaires; Impact of Cancer scale; *Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast Cancer* scale. Descriptive and analytical statistical analysis were performed. **Results:** One hundred women were included in the study with a mean age of 60 years (SD = 11.3); most with less than 5 years of follow-up, low purchasing power, and low education levels. Negative Impact of Cancer: Health Worry, Body Changes, Feelings, and Meaning of Cancer. Quality of life: 81.9 (18.3), specific: 105.6 (24.6). The following subscales of the impact of cancer scale predicted lower quality of life scores: Body Changes, Negative Self-Evaluation, and Concerns about Cancer ( $p < 0.05$ ). **Conclusion:** Although they presented high scores for quality of life, patients reported negative impacts of cancer, enhanced by vulnerabilities.

**Descriptors:** Breast Neoplasms; Survivors; Quality of Life; Sickness Impact Profile; Oncology.

## RESUMEN

**Objetivo:** Evaluar el impacto del cáncer de mama y la calidad de vida de mujeres sobrevivientes, identificar asociación de variables sociodemográficas y clínicas. **Método:** Transversal, analítico, cuantitativo, con mujeres post-tratamiento ambulatorio de cáncer de mama en institución pública del municipio de São Paulo, São Paulo, Brasil. Instrumentos: Sociodemográfico y clínico; Escala Impacto del Câncer; *Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast Cancer*. Análisis estadístico descriptivo y analítico. **Resultados:** Cien mujeres, media etaria de 60 años (SD=11,3), mayoría en seguimento inferior a 5 años, bajos recursos y escolarización.

Impacto del Cáncer negativo: Preocupación por la Salud, Cambios Corporales, Sentimientos y Significado del Cáncer. Calidad de Vida: 81,9 (18,3), específico: 105,6 (24,6). Subescalas del impacto del cáncer predictoras de peores puntajes de calidad de vida: Cambios Corporales, Autoevaluación Negativa y Preocupación por el Cáncer ( $ps < 0,05$ ). **Conclusión:** Aun presentando buenos puntajes de calidad de vida las pacientes informaron impacto negativo del cáncer, agravado por sus vulnerabilidades.

**Descriptores:** Neoplasias de la Mama; Sobrevivientes; Calidad de Vida; Perfil de Impacto de Enfermedad; Oncología.

AUTOR CORRESPONDENTE **Cristiane Decat Bergerot** E-mail: crisbergerot@gmail.com

## INTRODUÇÃO

Nos Estados Unidos, há mais de 12 milhões de sobreviventes do câncer e, até o ano de 2024, esse total poderá alcançar 19 milhões<sup>(1)</sup>. Esse aumento se deve, principalmente, aos avanços tecnológicos obtidos para o diagnóstico precoce e histopatológico preciso, bem como à descoberta de fármacos e ao incremento de terapêuticas que possibilitam a cura e/ou o controle da doença<sup>(1)</sup>.

No Brasil, o câncer de mama é a doença maligna que mais atinge as mulheres desde 1979<sup>(2)</sup>. Em 2012, foram registrados 52.680 casos novos de câncer de mama e cerca de 12.000 mortes, denotando a precária atenção a essa doença em âmbito nacional<sup>(2)</sup>. Devido às dimensões continentais do país e à distribuição desigual de renda per capita, a maior possibilidade de ocorrência de diagnósticos precoces e instituição de terapêuticas adequadas estão nas regiões sul e sudeste do país, que concentram os melhores centros de tratamento do câncer<sup>(3)</sup>.

Do ponto de vista biopsicossocial, o diagnóstico do câncer de mama impacta negativamente a vida da mulher, sendo comuns sentimentos de medo e sofrimento ao longo de todo o processo, que inclui a fase diagnóstica, terapêutica e de sobrevivência. Em geral, as pacientes pós-tratamento, sendo este cirúrgico e/ou clínico (quimioterapia antineoplásica, radioterapia, terapia endócrina), permanecem em consultas subsequentes, denominadas de seguimento, por até 10 anos, com ou sem indicação de terapia endócrina<sup>(4-5)</sup>.

O conceito de sobrevivente do câncer, *Cancer Survivor*, nasceu nos Estados Unidos da América (USA) e foi cunhado, primeiramente, em 1996 pelo *National Coalition for Cancer Survivorship*. Por definição, designa-se o indivíduo com câncer, desde o momento do diagnóstico até os anos posteriores, independentemente do desfecho, ou seja, com a doença cronicada ou livre de doença<sup>(5-6)</sup>. Posteriormente, o conceito foi ampliado pelo *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC, USA), incluindo os membros da família, amigos e cuidadores como sobreviventes secundários, bem como buscou-se categorizar o sobrevivente de acordo com a fase e o tempo<sup>(6)</sup>.

Apesar de absolutamente desejável, sobreviver ao câncer requer a manutenção de cuidados que deveriam ser, sistematicamente, incluídos nas consultas de seguimento do paciente. Os sobreviventes estão expostos a várias situações, dentre elas, risco de recorrência do câncer e/ou segunda neoplasia maligna (devido ao tratamento do câncer, fatores genéticos ou longevidade), efeitos colaterais tardios e/ou comorbidades decorrentes dos tratamentos, desde algumas sequelas físicas, como por exemplo, problemas cardíacos, pulmonares e fadiga até transtorno depressivo e de estresse pós-traumático<sup>(5-8)</sup>. Há, ainda, a

necessidade de aquisição e/ou manutenção de comportamentos para promoção da saúde e do bem-estar psicossocial<sup>(5,7)</sup>.

A Qualidade de Vida (QV) de mulheres sobreviventes de câncer de mama tem sido vastamente estudada no mundo todo, considerando-se diferentes etnias e vulnerabilidades<sup>(8-9)</sup>. Observou-se que, apesar de uma melhora considerável na QV geral dessas mulheres, problemas persistiram nos domínios social/familiar, emocional, espiritual e físico, especificamente no que tange à memória e/ou concentração, dor, linfedema, desempenho sexual e autoimagem. Os impactos negativos sobre os domínios são identificados no período entre 5 e 10 anos pós-diagnóstico. Para uma análise contextualizada, estudos recomendam ampliar a avaliação nos aspectos social, ambiental, cultural, econômico, carga de vida (*life burden*), entre outros<sup>(8-10)</sup>.

Há poucas informações acerca dos sobreviventes de câncer de mama na população brasileira e, considerando os investimentos nacionais para melhoria do número de diagnósticos precoces e a oferta de tratamentos adequados das últimas décadas, dados precisam ser apurados. Sendo assim, esse estudo foi norteado pelas perguntas: Como mulheres sobreviventes ao câncer de mama avaliam a sua QV? Qual impacto o câncer gerou na vida dessas mulheres? Quais variáveis sociodemográficas e clínicas associam-se à QV e ao Impacto do Câncer (IC)?

## OBJETIVO

Avaliar a qualidade de vida (QV) e mensurar o impacto do câncer (IC) em mulheres sobreviventes ao câncer de mama em período posterior a 12 meses, no mínimo, do término do tratamento primário, bem como identificar variáveis sociodemográficas e clínicas associadas à QV e ao IC.

## MÉTODO

### Aspectos éticos

O estudo atendeu às recomendações éticas e obteve aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do São Paulo – UNIFESP.

### Desenho, local do estudo e período

Trata-se de um estudo transversal e analítico, conduzido no período de fevereiro de 2016 a agosto de 2017, no Ambulatório de Mastologia da Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP. O serviço atende, em média, 60 novos pacientes/ano com diagnóstico de câncer de mama, sendo ofertados tratamentos cirúrgicos e clínicos, incluindo quimioterapia antineoplásica, radioterapia e terapia endócrina aos pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS).

### População; critérios de inclusão e exclusão

Amostra de conveniência, constituída por pacientes consideradas elegíveis: com diagnóstico de câncer de mama de qualquer etiologia, idade igual ou superior a 18 anos, em terapia endócrina ou não, que finalizaram o tratamento primário e encontravam-se em seguimento clínico há 12 meses, no mínimo, a contar da data do último procedimento terapêutico (quimioterápico antineoplásico, radioterápico ou cirúrgico). Os critérios de exclusão foram: pacientes com doença em atividade, com alguma comorbidade psiquiátrica ou déficit cognitivo registrados em prontuário médico e que apresentassem alguma outra incapacidade para responder aos instrumentos.

### Protocolo do estudo

Após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), as pacientes foram entrevistadas na sala de espera do ambulatório, enquanto aguardavam consulta médica de seguimento. A leitura dos itens dos instrumentos e os registros das respostas foram feitos pelas pesquisadoras, quando a participante verbalizava dúvidas. O tempo aproximado de aplicação foi de 20 minutos. Durante a coleta de dados e no percurso do estudo, não houve desistência de qualquer participante.

### Coleta de dados e instrumentos

Foram utilizados 3 instrumentos, sendo o primeiro para caracterização sociodemográfica e clínica. Esse instrumento identificou idade, sexo, estado civil, escolaridade, classe econômica, ano do diagnóstico, tipo de câncer, estadiamento clínico da doença e tratamento realizado. Os dados disponíveis em prontuários eletrônicos foram utilizados para o preenchimento das informações clínicas. Na sequência, optou-se por dois instrumentos, Impacto do Câncer (IC) e *Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast Cancer (FACT-B)*, ambos autorizados para uso:

*Impacto do Câncer*: versão adaptada transculturalmente, para a língua portuguesa, do instrumento "*Impact of Cancer (IOC) instrument*"<sup>(11)</sup>, por Mendes et al.<sup>(12)</sup> A versão adaptada do instrumento Impacto do Câncer (IC) consiste em 31 itens subdivididos em sete subescalas: preocupação com a saúde, mudanças corporais, sentimentos sobre o câncer, autoavaliação negativa, visão negativa, significado do câncer, preocupação com o câncer. Para cada item, há alternativas do tipo *Likert*, 5 pontos (1 = discordo fortemente, 2 = discordo, 3 = neutro, 4 = concordo e 5 = concordo fortemente). Para avaliação do IC, cada subescala é computada tomando-se as médias das respostas dos itens que a compõem. Assim, valor médio acima de 3,0 indica maior impacto do câncer na vida da paciente.

*Qualidade de Vida*: versão traduzida e validada para o português da *Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast Cancer (FACT-B)*<sup>(13)</sup>, composta por 27 itens que avaliam o bem-estar físico (sete itens, pontuação 0-28), social/familiar (sete itens, pontuação 0-28), emocional (seis itens, pontuação 0-24), funcional (sete itens, pontuação 0-28) e as preocupações adicionais (10 itens, pontuação 0-40). Os escores de cada domínio são somados, podendo totalizar 108 pontos. Quanto maior o escore, melhor a qualidade de vida<sup>(13)</sup>.

### Análise dos resultados e estatística

Para a caracterização da amostra, utilizou-se a estatística descritiva que analisou as frequências, as médias e desvios-padrão das variáveis pesquisadas. Considerando que a validação ocorreu com população de câncer colorretal<sup>(11)</sup>, foi aplicado o alfa de Cronbach para a estimativa da confiabilidade do instrumento IC, que apresentou uma boa consistência interna na presente amostra ( $\alpha=0,83$ ). Foi realizada Regressão Linear para identificação dos fatores potenciais associados ao impacto do câncer, incluindo as variáveis sociodemográficas, clínicas e a qualidade de vida. Todas as análises ocorreram com o auxílio do software estatístico *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 22.0 para MAC.

## RESULTADOS

No total, 100 mulheres participaram do estudo, com idade média de 59,1 anos (35-88 anos; DP=10,6), sendo a maioria casada (50%), tendo cursado Ensino Fundamental (60%), classe econômica C (63%), desempregadas e/ou aposentadas (77%). Em relação aos hábitos, 5% declararam ser fumantes e 6%, etilistas. O tipo de câncer mais frequente foi o carcinoma ductal (49%). A maioria (76%) foi diagnosticada entre os anos de 2012 e 2015. Os tipos de tratamento de maior prevalência foram o cirúrgico, com predomínio de quadrantectomia (59%), e a maioria estava em uso de terapia endócrina (71%). Os dados da caracterização sociodemográfica e clínica estão descritos na Tabela 1.

**Tabela 1 –** Características sociodemográficas e clínicas, São Paulo, Brasil, 2016

Características	n
Idade (Min. – Max.) M (DP)	35-88 59,1 (10,6)
Estado civil (%)	
Solteira	18 (18)
Casada	50 (50)
Divorciada	22 (22)
Viúva	10 (10)
Convivência (%)	
Vive sozinha	17 (17)
Acompanhada	83 (83)
Filhos (Min. – Max.) M (DP)	0 – 10 2,4 (1,8)
Escolaridade (%)	
Sem escolaridade	8 (8)
Ensino Fundamental	52 (52)
Ensino Médio	30 (30)
Ensino Superior	10 (10)
Religião (%)	
Católica	40 (40)
Evangélica	47 (47)
Espírita	8 (8)
Ateu	3 (3)
Budista	2 (2)
Classe Econômica (%)	
B2	11 (11)
C1	26 (26)
C2	37 (37)
D	26 (26)

Continua

Tabela 1 (cont.)

Características	n
Ocupação Atual (%)	
Desempregada	39 (39)
Empregada	18 (18)
Aposentada	38 (38)
Autônoma	5 (5)
Tabagismo (%)	
Não fumante	73 (73%)
Ex-fumante	22 (22%)
Fumante	5 (5%)
Etilismo (%)	
Sim	6 (6)
Tipo de câncer (%)	
Carcinoma ductal	89 (89)
Carcinoma lobular	7 (7)
Carcinoma não invasivo	2 (2)
Doença de Paget	2 (2)
Ano do diagnóstico (%)	
1991 – 2011	24 (45)
2012	21 (21)
2013	29 (29)
2014	21 (21)
2015	5 (5)
Tratamentos realizados (%)	
Quimioterapia Antineoplásica	45 (45)
Radioterapia	38 (38)
Terapia Endócrina	71 (71)
Cirurgia (quadrantectomia)	59 (59)

Nota: DP : Desvio Padrão; M: Média.

Na análise descritiva do IC, observou-se que os problemas frequentemente listados foram: preocupação com a saúde (M=4,1; DP=0,9), sentimentos sobre o câncer (M=3,9; DP=0,8), significado do câncer (M=3,6; DP=0,9) (Tabela 2). No geral, as pacientes apresentaram um escore médio de qualidade de vida de 85,8 (DP=18,1), com maiores escores nas subescalas bem-estar funcional (M=22,3; DP=5,4), físico (M=22,2; DP=7,8) e questões adicionais à mama (M=24,4; DP=7,9) (Tabela 2).

**Tabela 2** – Dados descritivos dos instrumentos de medida do impacto do câncer e qualidade de vida de mulher com câncer de mama, São Paulo, Brasil, 2016

Características	M (DP)
IC	
Preocupação com a Saúde	4,1 (0,9)
Mudanças Corporais	3,0 (1,5)
Sentimentos sobre o Câncer	3,9 (0,8)
Autoavaliação Negativa	1,8 (1,2)
Visão Negativa	2,8 (0,9)
Significado do Câncer	3,6 (0,9)
Preocupação com o Câncer	3,0 (1,2)
FACT-B	
Geral	85,8 (18,1)
Bem-Estar Físico	22,2 (7,8)
Bem-Estar Social/Familiar	21,5 (5,7)
Bem-Estar Emocional	19,7 (4,6)
Bem-Estar Funcional	22,3 (5,4)
Questões Adicionais – Mama	24,4 (7,9)

Nota: IC: Escala Impacto do Câncer (IC). FACT-B: Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast Cancer. M: média; DP: desvio-padrão.

No modelo final da regressão linear, foi possível identificar uma associação significativa entre menor intervalo de tempo de sobrevida (ano referência do diagnóstico) e presença de preocupação com a saúde ( $B=1,27$ ,  $DP=0,5$ ,  $p=0,02$ ), assim como entre término da quimioterapia antineoplásica (ano referência o último ciclo) e autoavaliação negativa ( $B=1,82$ ,  $DP=0,63$ ,  $p=0,01$ ). A condição econômica menos favorecida, classes C e D, associou-se a um menor grau de preocupação com a saúde ( $B=0,23$ ,  $DP=0,09$ ,  $p=0,01$ ), menor grau de preocupação com o câncer ( $B=0,24$ ,  $DP=0,13$ ,  $p=0,05$ ) e maior visão negativa sobre a experiência com seu processo de adoecer ( $B=0,24$ ,  $DP=0,90$ ,  $p=0,009$ ). Contudo, possuir maior escolaridade predisse uma visão positiva acerca do câncer ( $B=-0,11$ ,  $DP=0,52$ ,  $p=0,03$ ) (Tabela 3). No geral, maiores escores de QV (FACT-B) estiveram associados à proximidade com o ano do diagnóstico, e piores escores de QV ( $ps < 0,05$ ) foram identificados nas subescalas mudanças corporais, autoavaliação negativa e preocupação com o câncer (Tabela 3).

**Tabela 3** – Covariáveis associadas à qualidade de vida, São Paulo, Brasil, 2016

Covariáveis	B	DP	$\beta$	t	Valor de p
FACT-B					
Mudanças Corporais	-5,87	1,47	-0,36	-3,99	0,001
Autoavaliação Negativa	-4,48	1,85	-0,23	-2,42	0,02
Preocupação com o Câncer	-3,94	1,88	-0,19	-2,09	0,03

Nota: B: coeficiente; DP: desvio-padrão; FACT-B: Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast Cancer.

## DISCUSSÃO

Na presente investigação, a discussão minuciosa das variáveis sociodemográficas e clínicas foi importante para a caracterização dessa amostra pouco estudada no Brasil e para a interpretação das percepções da QV e do IC. Assim, participaram mulheres entre 35 e 88 anos, com a média de idade de 50 anos e diagnóstico histológico de carcinoma ductal, principalmente. Esses achados são compatíveis com a literatura internacional, assim como as principais modalidades de tratamentos realizados<sup>(1)</sup>.

Verificou-se que praticamente a totalidade das mulheres reportou possuir crença e espiritualidade, uma característica comum à cultura brasileira que pode estar associada aos mecanismos de enfrentamento, sendo um potencial influenciador da percepção de qualidade de vida e bem-estar<sup>(14)</sup>. Ademais, o fato de a maioria das pacientes declarar “viver acompanhadas” sugere um possível apoio social, emocional e instrumental, cuja qualidade precisa ser melhor explorada em outros estudos, por se tratar de um recurso importante para essas mulheres sobreviventes do câncer de mama, cuja autoestima e a autopreservação podem estar diminuídas<sup>(10-15)</sup>.

Delinear o contexto das pacientes diagnosticadas com câncer com exatidão, principalmente as adultas economicamente ativas, traz importantes reflexões para o planejamento da assistência qualificada no processo de adoecimento pelo câncer, capaz de aumentar as expectativas da sobrevida livre de doença,

bem como favorecer a recuperação da atividade econômica, gerando impacto positivo na própria família e na economia da sociedade<sup>(16)</sup>. Sendo assim, no presente estudo, destacou-se o baixo poder aquisitivo, com predomínio das classes econômicas C e D, a inatividade econômica, agravados pela pouca escolaridade, presença do analfabetismo e a média alta de filhos.

Trata-se de uma população de risco vulnerável, carente de políticas públicas eficientes em saúde. Tal achado ratifica a relevância da oferta de amplo apoio, com subsídios sociais necessários ao paciente com câncer durante e após o tratamento, incluindo o incentivo à recuperação da formação educacional e da atividade laboral<sup>(15)</sup>. Ademais, constata-se a necessidade de um suporte educacional e multidisciplinar para compreender o estado de adoecimento, superar as adversidades (econômicas, sociais, familiares) e capacitar-se para o atendimento de demandas de autocuidado em todas as fases, do diagnóstico ao seguimento, em condição crônica ou livre de doença<sup>(17-18)</sup>.

Aparentemente, os primeiros dois anos de seguimento são percebidos como os mais precários de informações e cuidados, associação esta que foi obtida também na presente investigação. Programas sistematicamente elaborados, implementados e avaliados que englobem e articulem informações sobre as etapas do adoecimento pelo câncer – detecção precoce, diagnóstico, tratamento, sobrevida, progressão, fim de vida – e que gerem habilidades para a tomada de decisões (autogerenciamento), com consequente melhora da qualidade de vida e alcance do bem-estar, são fundamentais para toda e qualquer população<sup>(7-8,19)</sup>.

Corroborando a importância dos achados socioeconômicos em relação ao impacto do câncer, as mulheres de maior vulnerabilidade econômica e educacional demonstraram menor grau de preocupação com a saúde e com o câncer, somando-se a uma visão negativa sobre a experiência de adoecimento. Esses dados reforçam a importância de medidas educativas referentes a esses fatores de risco no período subsequente ao término do tratamento, fase na qual essas mulheres retomam ou adquirirão novos comportamentos de risco, como obesidade, sedentarismo e o hábito tabágico<sup>(18-19)</sup>.

Em estudo colaborativo norte-americano<sup>(20)</sup>, envolvendo mais de 20.000 mulheres, que objetivou avaliar o hábito de fumar de mulheres antes e após o diagnóstico de câncer de mama, verificou-se que, aproximadamente, 10% das mulheres que eram fumantes quando do diagnóstico permaneceram fumantes. Os dados são enfáticos na recomendação de cessação do tabagismo, por este agravar o risco de morte em decorrência do câncer, como também por incorrer em maior número de óbitos por doenças cardiovasculares e respiratórias entre as sobreviventes<sup>(20)</sup>. Assim, presume-se que as mulheres sobreviventes pertencentes ao presente estudo estão sob risco de adoecimento e mesmo morte, necessitando de avaliação acurada sobre os hábitos e posterior aconselhamento para mudança de comportamento.

Retomando os achados da presente investigação, as mulheres com menor tempo de seguimento, economicamente mais favorecidas e com maior escolaridade reportaram uma auto-avaliação negativa, maior preocupação com o câncer e a saúde e uma visão menos negativa do câncer. Os sentimentos de preocupação podem ser interpretados como positivos para a adoção de comportamentos e atitudes saudáveis, busca por

informações, adesão à rotina de exames de controle do estado de saúde e de rastreamento de cânceres (secundários ao tratamento ou não) e de outras doenças que podem acometer o sobrevivente do câncer. Entretanto, cabe ressaltar a necessidade de uma devida assistência multiprofissional para auxiliar essa mulher e seus familiares/cuidadores a obterem informações e suporte adequado para superação das dúvidas, medos, incertezas quanto às alterações corporais, sinais e sintomas tardios do tratamento e da própria doença<sup>(5,7,9)</sup>.

Ademais, o impacto do câncer sobre as mudanças corporais e autoavaliação negativa esteve significativamente associado a uma pior QV. Os piores escores de QV foram identificados nas subescalas mudanças corporais, auto-avaliação negativa e preocupação com o câncer. Os dados são semelhantes aos descritos em outros estudos e podem ser compreendidos em razão das sequelas das terapêuticas instituídas<sup>(4,10-11)</sup>. O tipo de cirurgia realizada, por exemplo, independente da extensão, impacta na autoestima e na autoimagem dessas mulheres, bem como na maneira como elas se posicionam e se relacionam com o mundo. Há ainda, outros sinais e sintomas que podem perdurar no período pós-tratamento, como linfedema, dor, insônia, depressão, ansiedade e outros causadores de comprometimento funcional<sup>(8,19)</sup>.

Verificou-se que a repercussão do câncer de mama nas mulheres sobreviventes estudadas é compatível com os descritos em investigações semelhantes, principalmente naquelas em que os estudos envolveram populações com vulnerabilidades econômicas, socioambientais e culturais<sup>(4-18)</sup>. Os grupos populacionais vulneráveis conformam demandas peculiares de cuidados na perspectiva da sobrevivência do câncer. Estudos devem incluir a análise contextualizada desses fatores que, sabidamente, repercutem na qualidade de vida e no bem-estar de indivíduos vulneráveis, favorecendo a implementação de políticas públicas mais abrangentes e potencialmente eficientes<sup>(10)</sup>.

Em síntese, deve-se considerar que, apesar dos muitos desafios para o diagnóstico e tratamento do câncer em países em desenvolvimento, como o Brasil, o aumento do número de sobreviventes é uma realidade que não pode ser negligenciada.

### Limitações do estudo

Apesar de a presente investigação ter gerado dados importantes sobre as mulheres sobreviventes do câncer de mama investigadas, há limitações para a generalização em decorrência da amostra não probabilística e de um único serviço ambulatorial, público, situado em um dos estados federativos brasileiros que dispõe de maiores recursos médico-hospitalares para o atendimento do câncer de mama. Recomendam-se novos estudos e que estes incluam variáveis não investigadas, como condições ambientais, abrangência de papéis sociais, atividade física, comorbidades, incertezas e nível de ansiedade e depressão.

### Contribuições para a área da enfermagem, saúde ou política pública

O estudo revela demandas de cuidados de mulheres sobreviventes de câncer de mama que devem auxiliar no planejamento e adoção de programas que contemplem, de forma individualizada e sistemática, cuidados nas esferas educativa e assistencial, a curto, médio e longo prazos.

## CONCLUSÃO

O estudo identificou que as mulheres sobreviventes ao câncer de mama apresentam boa QV, contudo reportam um considerável IC em alguns aspectos de suas vidas. Verificou-se que os estados de vulnerabilidade econômica e educacional geraram, com significância estatística, menor grau de preocupação com a saúde e com o câncer, bem como visão negativa sobre a experiência de adoecimento. A maior escolaridade predispsse uma visão positiva acerca do câncer. Ademais, piores

escores de QV foram associados a um impacto nas subesclas mudanças corporais, autoavaliação negativa e preocupação com o câncer, conformando potenciais demandas não atendidas nessa população durante o seguimento ambulatorial.

## FOMENTO

Pesquisa desenvolvida no Programa de Iniciação Científica, com bolsa financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, CNPq, período 2015-2016.

---

## REFERÊNCIAS

1. Miller KD, Siegel RL, Lin CC, Mariotto AB, Kramer JL, Rowland JH, et al. Cancer treatment and survivorship statistics, 2016. *CA Cancer J Clin*[Internet]. 2016[cited 2017 Mar 20];66(4):271-89. Available from: <https://doi.org/10.3322/caac.21349>
2. Instituto Nacional do Câncer José de Alencar. *CANCERES Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil*[Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2015[cited 2017 Oct 21]. Available from: <http://www.inca.gov.br/wcm/dncc/2015/estimativa-2016.asp>
3. Cecilio AP, Takakura ET, Jumes JJ, Santos JW, Herrera AC, Victorino VJ, et al. Breast cancer in Brazil: epidemiology and treatment challenges. *Breast Cancer*[Internet]. 2015[cited 2017 Oct 21];7:43-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4317062/>
4. Ansa B, Yoo W, Whitehead M, Coughlin S, Smith S. Beliefs and behaviors about breast cancer recurrence risk reduction among African American breast cancer survivors. *Int J Environ Res Public Health*[Internet]. 2015[cited 2017 Oct 21];13(1):46. Available from: <https://doi.org/10.3390/ijerph13010046>
5. Ness S, Kokal J, Fee-Schoroeder K, Novotny P, Satele D, Barton D. Concerns across the survivorship trajectory: results from a survey of cancer survivors. *Oncol Nurs Forum*[Internet]. 2013[cited 2017 Mar 19];40(1):35-42. Available from: <https://doi.org/10.1188/13.ONF.35-42>
6. Surbone A, Tralongo P. Categorization of cancer survivors: why we need it. *J Clin Oncol*[Internet]. 2016[cited 2017 Mar 19];34(28):3372-4. Available from: <https://doi.org/10.1200/JCO.2016.68.3870>
7. Ellegaard MB, Grau C, Zachariae R, Bonde Jensen A. Fear of cancer recurrence and unmet needs among breast cancer survivors in the first five years: a cross-sectional study. *Acta Oncol*[Internet]. 2017[cited 2017 Mar 19];56(2):314-20. Available from: <https://doi.org/10.1080/0284186X.2016.1268714>
8. Miyashita M, Ohno S, Kataoka A, Tokunaga E, Masuda N, Shien T, et al. Unmet information needs and quality of life in young breast cancer survivors in Japan. *Cancer Nurs*[Internet]. 2015[cited 2017 Mar 19];38(6):E1-E11. Available from: <https://doi.org/10.1097/NCC.000000000000201>
9. Cheng KKF, Wong WH, Koh C. Unmet needs mediate the relationship between symptoms and quality of life in breast cancer survivors. *Supp Care Cancer*[Internet]. 2016[cited 2017 Feb 11];24(5):2025-33. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00520-015-2994-0>
10. Lopez-Class M, Gomez-Duarte J, Graves K, Ashing K. A contextual approach to understanding breast cancer survivorship among Latinas. *Psychooncol*[Internet]. 2012[cited 2017 Feb 11];21:115-24. Available from: <https://doi.org/10.1002/pon.1998>
11. Zebrack BJ, Ganz PA, Bernaards CA, Petersen L, Abraham L. Assessing the impact of cancer: development of a new instrument for long-term survivors. *Psychooncol*[Internet]. 2006[cited 2017 Feb 11];15(5):407-21. Available from: <https://doi.org/10.1002/pon.963>
12. Mendes TL, Santos EM. *Adaptação transcultural do instrumento Impacto do Câncer em sobreviventes de câncer colorretal: instrumento para avaliação da qualidade de vida*[Dissertação]. São Paulo: Fundação Antônio Prudente; 2011.
13. Oliveira IS, Costa LCM, Manzoni ACT, Cabral CMN. Assessment of the measurement properties of quality of life questionnaires in Brazilian women with breast cancer. *Braz J Phys Ther*[Internet]. 2014[cited 2017 Feb 11];18(4):372-83. Available from: <https://doi.org/10.1590/bjpt-rbf.2014.0045>
14. Mello ML, Oliveira SS. Health, religion and culture: a dialogue based on afro Brazilian customs. *Saúde Soc*[Internet]. 2013[cited 2017 Feb 11];22(4):1024-35. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902013000400006>
15. Hasson-Ohayon I, Tuval-Mashiach R, Goldzweig G, Levi N, Pizem N, Kaufman B. The need for friendships and information: dimensions of social support and posttraumatic growth among women with breast cancer. *Palliat Supp Care*[Internet]. 2016[cited 2017 Feb 20];14(4):387-92. Available from: <https://doi.org/10.1017/S1478951515001042>
16. Guy GP, Donatus U, Ekwueme K, Yabroff R, Dowling EC, Li C, et al. Economic burden of cancer survivorship among adults in the United States. *J Clin Oncol*[Internet]. 2013[cited 2017 Feb 20];31(30):3749-57. Available from: <https://doi.org/10.1200/JCO.2013.49.1241>
17. Yabroff KR, Dowling EC, Guy GP, Banegas MP, Davidoff A, Han X, et al. Financial hardship associated with cancer in the United

- States: findings from a population-based sample of adult cancer survivors. *J Clin Oncol*[Internet]. 2016[cited 2017 Feb 20];34(3):259-67. Available from: <https://doi.org/10.1200/JCO.2015.62.0468>
18. Martin DN, Lam TK, Brignole K, Ashing KT, Blot WJ, Burhansstipanov L, et al. Recommendations for cancer epidemiologic research in understudied populations and implications for future needs. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*[Internet]. 2016[cited 2017 Feb 20];25(4):573-80. Available from: <https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-15-1297>
  19. Tan AS, Nagler RH, Hornik RC, DeMichele A. Evolving information needs among colon, breast, and prostate cancer survivors: results from a longitudinal mixed-effects analysis. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*[Internet]. 2015[cited 2017 Feb 20];24(7):1071-8. Available from: <https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-15-0041>
  20. Passarelli MN, Newcomb PA, Hampton JM, Trentham-Dietz A, Titus LJ, Egan KM, et al. Cigarette smoking before and after breast cancer diagnosis: mortality from breast cancer and smoking-related diseases. *J Clin Oncol*[Internet]. 2016[cited 2017 Feb 20];34(12):1315-22. Available from: <https://doi.org/10.1200/JCO.2015.63.9328>
-