

## INVESTIGAÇÃO DO SUPORTE SOCIAL E QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM CÂNCER

### Catarina Possenti Sette

Mestre e doutoranda no Programa de Pós-graduação em Psicologia na Universidade São Francisco (USF) Campinas., (SP), Brasil.

### Cláudio Garcia Capitão

Doutor em Educação pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Brasil.

**RESUMO:** O objetivo deste estudo foi investigar o suporte social e qualidade de vida (QV) em pacientes oncológicos. Para tanto, participaram 68 pacientes diagnosticados com câncer, 85,3% mulheres e a idade variou entre 25 anos e 83 anos ( $M=55,4$ ;  $DP=13,3$ ). Esses pacientes responderam ao Questionário de Identificação, a Escala de Percepção de Suporte Social e o *Medical Outcomes Study 36 - Item Short - Form Health Survey* (SF-36). Os resultados indicaram satisfação com o apoio social e boa QV. Quando comparados a outras amostras de diferentes pesquisas, os pacientes deste estudo demonstraram maior satisfação do suporte social e escores mais baixos de QV. Em relação à variável sexo, os resultados demonstraram maior satisfação com o suporte social pelos homens e na SF-36 maiores médias no domínio físico para as mulheres e saúde mental para os homens. Ressalta-se a importância de investigar o suporte social e QV nesses pacientes, visando diminuir os impactos causados pelo adoecimento.

**PLAVRAS-CHAVE:** Apoio social; Câncer; Rede social; Psico-oncologia.

## INVESTIGATION ON SOCIAL SUPPORT AND LIFE QUALITY IN PATIENTS SUFFERING FROM CANCER

**ABSTRACT:** Social and life quality in patients with cancer is investigated. Sixty-eight patients with cancer, comprising 85.3% females, aged between 25 and 83 years ( $M=55.4$ ;  $DP=13.3$ ), answered the Identification Questionnaire, Social Support Perception Scale and the Medical Outcomes Study 36 - Item Short - Form Health Survey (SF-36). Results revealed satisfaction with social support and good life quality. When compared to other samples from different research works, current patients demonstrated a higher satisfaction rate in social support and low LQ scores. In the case of the variable gender, results showed higher satisfaction with social support in males and higher means in SF-36 in physical domain for females and mental health for males. It is greatly relevant to investigate the social support and LQ in these patients to decrease impacts caused by disease.

**KEY WORDS:** Social support; Cancer; Social networking; Psycho-oncology.

## INTRODUÇÃO

O câncer é considerado um problema de saúde pública mundial com alta de 20% de incidência na última década<sup>1</sup>, além de ser compreendido como uma patologia grave e incapacitante, por ser uma doença complexa que pode comprometer de forma significativa a

### Autor correspondente:

Catarina Possenti Sette  
E-mail: [catarinasette@hotmail.com](mailto:catarinasette@hotmail.com)

vida dos pacientes em diferentes dimensões. Na maioria das vezes o diagnóstico de câncer é interpretado como uma doença de estigma negativo e ameaçador, tido como sinônimo de sofrimento e morte<sup>2-4</sup>. Em decorrência do impacto desse diagnóstico, os conflitos e sofrimentos emocionais podem levar o paciente a uma situação de desamparo, desesperança, estresse e angústia emocional<sup>5</sup>. Alguns fatores são considerados importantes para a redução da angústia e do sofrimento gerados pelo impacto do diagnóstico, adesão aos tratamentos, duração da sobrevivência e na qualidade de vida (QV) do paciente, como, por exemplo, o suporte social, também denominado como apoio social<sup>6,7</sup>.

Rodriguez e Cohen<sup>8</sup> ressaltam que o suporte social é um construto multifacetado e dinâmico, podendo ser avaliado por meio de três fontes de apoio, a saber: emocional, instrumental e informacional. A primeira fonte se refere à percepção que o sujeito tem acerca da afetividade recebida das pessoas, ou seja, relaciona-se ao sentimento de ser amado, apreciado e ter consciência de como os outros se preocupam com ele. O fator instrumental engloba a percepção de ajuda, por parte de outros, de forma prática, tais como auxílio financeiro, cozinhar em casos de impossibilidade do próprio indivíduo fazê-lo ou acompanhar ao médico. Por último, a fonte informacional inclui receber informações pertinentes em determinadas situações, sobretudo relacionadas à tomada de decisão<sup>8</sup>. A avaliação dessas fontes é subjetiva, portanto, depende da percepção do sujeito, pois em alguns casos, o apoio oferecido pode ser sentido e/ou compreendido como discrepante, possibilitando sua mensuração por intermédio de conceituações objetivas e subjetivas<sup>9</sup>.

O suporte social, enquanto objeto de estudo da psicologia e de outras ciências da saúde, tem demonstrado ser um importante construto a ser investigado quando relacionado à percepção da saúde e do bem-estar emocional, uma vez que é compreendido como um fator amortecedor e protetor em face de situações de estresse e adoecimento vivenciadas pelos indivíduos, além de estar associado com o aumento da QV e do bem-estar<sup>10</sup>. Também tem sido reconhecido pela literatura como fator-chave na manutenção da saúde e na QV, tendo em vista que a percepção positiva desse suporte apresenta impacto positivo na saúde física e mental, além de representar

uma estratégia eficaz para lutar contra a doença<sup>2,7,11</sup>. Estudos empíricos sugeriram que a satisfação com o suporte social proporciona alívio nos distúrbios emocionais e na depressão, melhora a adaptação psicológica e a capacidade de lidar com o estresse e, conseqüentemente, auxiliam no processo de recuperação do câncer e na melhora da QV em pacientes oncológicos<sup>12-15</sup>.

Dessa forma, promover a QV tornou-se o objetivo de vários profissionais de saúde, pois os pacientes sofrem grande mudança em suas vidas, rotinas e hábitos, algo que exige adaptação psicológica a esta nova condição<sup>16</sup>. A mensuração de QV dos pacientes oncológicos, nos dias atuais, é um importante recurso para avaliar os resultados do tratamento na perspectiva do paciente<sup>16</sup>. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS)<sup>18</sup>, a QV consiste na percepção da pessoa acerca da posição que apresenta na vida, do contexto cultural onde se encontra inserida e dos sistemas de valores com os quais convive referentes aos seus objetivos e padrões, bem como às suas expectativas e preocupações. Trata-se, então, de um conceito amplo integrando a saúde física, estado psicológico, nível de independência, as relações sociais, as características da cultura, as crenças pessoais, inclusive as relações que o indivíduo possui com o ambiente<sup>18</sup>.

Alguns estudos vêm sendo realizados com pacientes oncológicos não somente a fim de investigar o suporte social e a QV, como também compreender as vivências de adoecimento para criar melhores intervenções. A pesquisa de Ferreira<sup>19</sup> demonstrou percepção positiva do suporte social, com escores mais elevados na dimensão afetiva/emocional. Contudo, outros estudos demonstram que os homens pontuaram mais na satisfação com o apoio social em comparação com as mulheres<sup>11,20</sup>. Por sua vez, a QV foi verificada como satisfatória e/ou boa, apresentando o domínio emocional como mais prejudicado, decorrentes dos medos e preocupações, assim como não mostrou haver diferenças entre os sexos<sup>21-23</sup>. Também foi evidenciado que o domínio físico obteve as menores médias, sugerindo limitações físicas, por consequência dos tratamentos<sup>21</sup>, entretanto, se os pacientes não estão acamados, observaram-se boas pontuações nesses domínios<sup>23</sup>. Os domínios “aspectos sociais”, “saúde mental” e “estado geral de saúde” foram os menos afetados, com escores elevados, para os pacientes que apresentaram sa-

tisfatório suporte social<sup>21</sup>. Em relação à comparação da QV de pacientes e da população geral, encontrou-se pior QV nos pacientes, principalmente nos domínios físicos e emocionais<sup>22</sup>.

Em face das formulações apresentadas, nota-se que os estudos demonstraram a importância de se avaliar o suporte social nos pacientes oncológicos, bem como a QV no contexto do adoecimento. É possível observar que os pacientes oncológicos, no geral apresentam satisfação positiva do seu suporte social, porém uma QV mais prejudicada quando comparados à população geral. Nesse sentido, o objetivo desta pesquisa foi investigar o suporte social e a qualidade de vida em pacientes oncológicos. Além disso, foram verificadas as possíveis diferenças em relação às variáveis sexo e tempo de tratamento.

## METODOLOGIA

### DELINEAMENTO DO ESTUDO

A pesquisa constituiu-se em um estudo transversal.

### Participantes

A pesquisa foi realizada com 68 pacientes oncológicos, selecionados por conveniência, de quatro instituições de municípios do interior do Estado de São Paulo. A maior parte da amostra foi composta por mulheres (85,3%), com a idade variando entre 25 anos e 83 anos ( $M=55,4$ ;  $DP=13,3$ ), a maioria (67,6%) era casada e havia passado por avaliação psicológica ou psicoterapia (52,9%). Em relação ao diagnóstico, 55,9% apresentavam câncer de mama, 10,3% de ovário, 4,4% de intestino e de pulmão, além de 22,1% com metástase em outro órgão. No que tange à escolaridade, 39,7% completaram o ensino superior, seguido de 22,1% com ensino médio completo e 16,2% finalizaram o ensino fundamental. Foi identificado que 29,4% não trabalhavam, 22,1% se referiram como do lar e 19,1% estavam afastados por motivo de saúde. Referente ao local de aplicação, 47,1% dos participantes eram pacientes de duas clínicas de quimioterapia, enquanto 52,9% participavam de atividades forneci-

das por ONGs. Por fim, o tempo de tratamento, a média foi de dois anos e quatro meses, sendo que o participante com menor tempo foi de três meses e o maior de 11 anos.

### Instrumentos

#### Questionário sociodemográfico

Questionário abrangendo as características sociodemográficas como idade, sexo, estado civil, escolaridade, emprego, diagnóstico, tipo de tratamento e tempo de tratamento, se havia passado por avaliação psicológica ou psiquiátrica, prática de religião e se tinha diagnóstico de doença crônica, dentre outros.

#### Escala de Percepção do Suporte Social (versão adulto) – EPSUS-A<sup>25</sup>

A EPSUS-A se baseia na teoria de Rodriguez e Cohen (1998), cujo objetivo é avaliar a percepção do suporte social. A escala composta por 36 itens engloba quatro fatores: “afetivo”, composto por 17 itens relacionados ao suporte de ordem emocional, o qual o indivíduo percebe que pode ser ajudado por outras pessoas; fator “interações sociais”, com cinco itens ligados aos relacionamentos do indivíduo com outras pessoas, e com a possibilidade de participação em eventos sociais. O fator denominado “instrumental”, contém sete itens relacionados à percepção de suporte de ordem material; e o fator “enfrentamento de problemas” é constituído por sete itens sobre a qualidade da circulação de informações nas relações sociais, bem como a percepção das pessoas referidas como suportes e, portanto, auxiliam o sujeito por meio de conselhos ou instruções úteis no processo de tomada de decisão e resolução de conflitos. A pontuação varia de 0 a 108 e quanto menor a pontuação, menor é a satisfação com o suporte social. Estudos anteriores apontaram para a adequação psicométrica<sup>24</sup>.

#### Medical Outcomes Short-Form Health Survey (SF-36)

O *Medical Outcomes Short-Form Health Survey* foi traduzido e adaptado para a realidade brasileira por Ciconelli, Ferraz, Santos, Meinão e Quaresma<sup>26</sup>. Este ins-

trumento engloba dados genéricos acerca da qualidade de vida. É composto por 36 itens distribuídos em oito domínios, a saber: capacidade funcional (10 itens relacionados ao desempenho das atividades diárias, como capacidade de cuidar de si, vestir-se, tomar banho e subir escadas), aspectos físicos (04 itens englobando o impacto da saúde física no desempenho das atividades diárias e/ou profissionais), Dor (02 itens referentes ao nível de dor e ao impacto no desempenho das atividades diárias e/ou profissionais), estado geral de saúde (05 itens relacionados à percepção subjetiva do estado geral de saúde), vitalidade (04 itens acerca do nível de energia e de fadiga), aspectos sociais (02 itens que avaliam o reflexo da condição de saúde física nas atividades sociais), aspectos emocionais (03 itens referindo-se ao reflexo das condições emocionais no desempenho das atividades diárias e/ou profissionais), saúde mental (05 itens da escala de humor e bem-estar), além de uma questão de avaliação comparativa entre a condição de saúde atual e a referente ao ano anterior. O escore varia entre 0 e 100 pontos, representando respectivamente a pior e a melhor percepção no domínio correspondente e cada domínio é avaliado separadamente. Neste estudo foi adotado como ponto de corte que os valores acima de 60 pontos indicam uma QV preservada ou boa.

#### PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi autorizada pelas instituições e o projeto obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade São Francisco (CAAE: 37484914.2.0000.5514). Os dias para a aplicação dos instrumentos foram agendados de acordo com a disponibilidade das instituições e dos pacientes. Os instrumentos foram aplicados somente após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo paciente e na seguinte ordem: EPSUS-A e a SF-36. A aplicação foi individual, nas salas de espera das ONGs e nos salões de quimioterapia nas clínicas de tratamento oncológico. A duração média foi de aproximadamente 30 minutos e, em alguns casos, os instrumentos foram lidos e respondidos com o auxílio da pesquisadora para os pacientes que estavam impossibilitados de se movimentar.

#### ANÁLISE DOS DADOS

Considerando os objetivos propostos neste estudo, a primeira análise a ser realizada foi descritiva visando caracterizar a amostra geral da pesquisa e compreender como esta pontuou nos instrumentos, oferecendo não apenas as menores e maiores pontuações, como também a média e o desvio-padrão. As médias das amostras de outros estudos foram consideradas para análise, a fim de verificar se os pacientes apresentaram maior ou menor suporte social quando comparados aos estudantes universitários e melhor ou pior qualidade de vida quando comparados aos pacientes com câncer de pulmão e população geral. Isto é foram selecionados os valores de média e desvio-padrão dos estudos da literatura, e realizado teste t de *Student* e o d de Cohen para verificar as diferenças. Foi investigada da mesma forma a diferença entre o sexo da presente amostra, considerando também o teste t de *Student* e o d de Cohen.

#### RESULTADOS

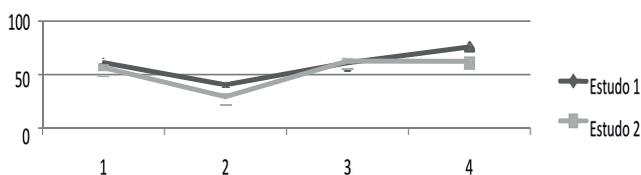
Inicialmente são expostas as estatísticas descritivas acerca do suporte social e da qualidade de vida, assim como as médias de outros estudos com os mesmos instrumentos para comparação dos resultados. Vale destacar que antes de iniciar as análises para alcançar os objetivos propostos neste estudo, verificou-se, por meio do teste t de *Student* e d de Cohen, que não houve diferença nas respostas da EPSUS-A e da SF-36 em relação aos participantes que responderam sozinhos (n=27) e aqueles para os quais a pesquisadora leu em conjunto e auxiliou na aplicação (n=41).

A seguir, na Tabela 1, apresentam-se as estatísticas descritivas para o escore total e as dimensões da Escala de Percepção do Suporte Social – EPSUS-A da presente pesquisa e de um estudo realizado com universitários<sup>27</sup>, as diferenças por meio do teste t de *Student* e pelo d de Cohen, enquanto na Figura 1 é demonstrado o perfil das médias nas dimensões da EPSUS-A para as amostras dos estudos. Cabe enfatizar que foram utilizados os resultados dos alunos do ensino superior, visto ter sido o único trabalho publicado até o presente momento com os dados necessários para analisar as diferenças de médias.

**Tabela 1.** Valores de média e desvio padrão da pontuação nas dimensões da EPSUS-A e a diferença de média entre os estudos

	Onco- lógicos (n=68)	Universi- tários (n=783)			
	Média (DP)	Média (DP)	t	p	d
Afetivo (1)	42,21 (9,84)	37,16 (8,88)	4,19	0,01	0,56
Interação Social (2)	9,67 (3,69)	9,01 (3,10)	1,46	0,14	0,21
Instrumental (3)	14,72 (5,77)	14,13 (4,60)	0,83	0,40	0,12
Enfrentamento de Problemas (4)	15,52 (4,8)	13,27 (4,10)	3,78	0,01	0,54
EPSUS TOTAL	82,90 (19,78)	73,56 (17,43)	3,83	0,01	0,53

Fonte: Dados da pesquisa

**Figura 1.** Mapa do perfil nas dimensões da EPSUS-A

Nota: 1 = Afetivo; 2 = Interação Social; 3 = Instrumental; 4 = Enfrentamento de Problemas.

De acordo com os dados observados na Tabela 1 e na Figura 1 é possível verificar que no presente estudo o escore total foi de 82 pontos. Apesar da EPSUS-a não apresentar um ponto de corte estabelecido, a pontuação varia de 0 a 108 pontos e quanto maior a pontuação maior é a satisfação com o suporte social recebido. Em contrapartida, os dados encontrados no estudo com universitários demonstraram a pontuação de 73 pontos, indicando menor satisfação com o apoio social. Em relação às dimensões, em ambos os estudos a dimensão “afetivo” apresentou maiores médias e “interação social” foi a com menores pontuações.

Convém destacar que os pacientes oncológicos apresentaram maiores médias em todas as dimensões e no escore total da EPSUS-A quando comparado aos universitários, com diferenças expressivas, exceto para a dimensão “instrumental”. Na sequência foram analisadas as estatísticas descritivas para os domínios avaliados pela SF-36, considerando a amostra deste estudo e de outras duas pesquisas, uma com pacientes com câncer no pulmão e outra com a população geral. As informações estão apresentadas na Tabela 2, bem como o perfil das amostras na Figura 2. Ressalta-se que as amostras foram escolhidas de pesquisas utilizando o instrumento SF-36 e apresentaram dados de média e desvio-padrão para que fosse possível realizar as análises. Para cada domínio foi analisada a diferença entre a amostra desta pesquisa e outros dois estudos por meio do teste t de Student e d de Cohen.

**Tabela 2.** Valores de média e desvio padrão da pontuação nas dimensões da SF-36 e diferença de média para as pontuações dos estudos

(Continua)

	Estudo 1	Estudo 2	Estudo 3			
	Oncológico	Câncer de pulmão	População geral			
	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)		t	p
Capacidade funcional	61,25 (24,27)	56,49 (28,39)	89,0 (13,80)	Estudo 1 X estudo 2	1,61	0,11
				Estudo 1 X estudo 3	-9,42	0,01
Aspectos físicos	40,44 (42,10)	29,39 (36,94)	82,89 (28,80)	Estudo 1 X estudo 2	2,16	0,03
				Estudo 1 X estudo 3	-8,31	0,01
Dor	61,04 (29,21)	62,72 (28,72)	81,54 (19,07)	Estudo 1 X estudo 2	-0,50	0,61
				Estudo 1 X estudo 3	-6,15	0,01
Estado geral saúde	75,88 (18,81)	62,51 (25,57)	84,47 (13,47)	Estudo 1 X estudo 2	5,81	0,01
				Estudo 1 X estudo 3	-3,76	0,01
Vitalidade	62,13 (21,92)	61,61 (23,82)	79,12 (17,68)	Estudo 1 X estudo 2	0,19	0,84
				Estudo 1 X estudo 3	-6,38	0,01

(Conclusão)

	Estudo 1	Estudo 2	Estudo 3				
	Oncológico	Câncer de pulmão	População geral				
	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)		t	p	d
Aspectos sociais	69,19 (25,57)	72,87 (29,20)	91,67 (17,44)	Estudo 1 X estudo 2	- 1,18	0,24	0,13
				Estudo 1 X estudo 3	-7,24	0,00	1,01
Aspectos emocionais	61,57 (38,78)	42,78 (44,78)	86,55 (28,77)	Estudo 1 X estudo 2	3,99	0,01	0,45
				Estudo 1 X estudo 3	-5,31	0,01	0,72
Saúde mental	71,35 (20,38)	68,28 (23,46)	82,63 (17,44)	Estudo 1 X estudo 2	1,24	0,21	0,14
				Estudo 1 X estudo 3	-4,56	0,01	0,59

Nota: N dos pacientes oncológicos = 68; N câncer de pulmão = 57; N população geral = 57.

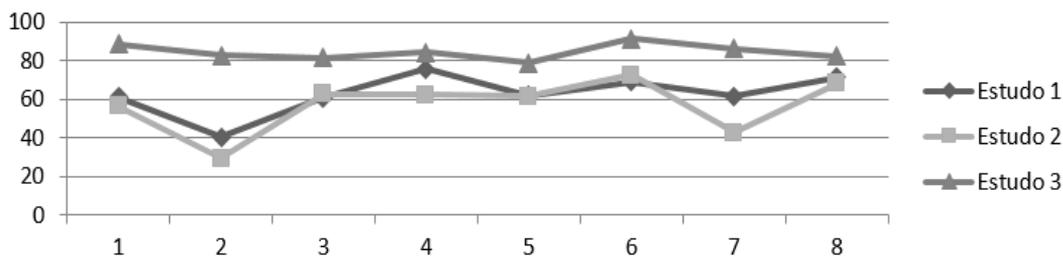


Figura 2. Mapa de perfil dos estudos nos domínios da SF-36

Nota: 1 = Capacidade funcional; 2 = Aspectos físicos; 3 = Dor; 4 = Estado Geral de Saúde; 5 = Vitalidade; 6 = Aspectos sociais; 7 = Aspectos emocionais; 8 = Saúde mental.

De acordo com a Tabela 2 e Figura 2, os resultados do estudo 1 apontam que, a partir do ponto de corte estabelecido para o instrumento e utilizado nesta pesquisa, todos os domínios de qualidade de vida foram pontuados como satisfatórios, exceto “aspectos físicos”. Os domínios com maior média na qualidade de vida dos pacientes oncológicos (estudo 1) foi “estado geral de saúde”, seguido por “saúde mental”, enquanto “aspectos físicos” obteve a menor pontuação, considerado como o pior ou mais prejudicado.

Quando comparados os estudos, os resultados descritos na Tabela 2 indicam que entre os estudos com pacientes oncológicos (estudos 1 e 2) alguns domínios se diferiram expressivamente, como é o caso dos “aspectos físicos”, “estado geral de saúde” e “aspectos emocionais”, com os pacientes desta pesquisa (estudo 1) apresentando maiores médias. Em relação à comparação dos pacientes (estudo 1) com a população geral (estudo 3), verificou-se

que os grupos demonstraram diferenças, com efeito expressivo em todos os domínios, sendo as maiores médias na amostra da população geral para todos os domínios de qualidade de vida. Na Tabela 3 são apresentadas as diferenças nas dimensões da EPSUS-A e nos domínios da SF-36 com base na variável “sexo”.

Tabela 3. Diferença de média entre as pontuações nos instrumentos com base na variável sexo

(Continua)

	Sexo	Média (DP)	T	p	d
Afetivo	F	41,86 (10,30)	-0,69	0,49	0,24
	M	44,20 (6,76)			
Interações Sociais	F	9,56 (3,85)	-0,58	0,56	0,20
	M	10,30 (2,58)			

(Conclusão)

	Sexo	Média (DP)	T	p	d
Instrumental	F	14,58 (5,98)	-0,46	0,64	0,16
	M	15,50 (4,60)			
Enfrentamento de Problemas	F	15,27 (5,02)	-0,98	0,32	0,34
	M	16,90 (3,21)			
EPSUS TOTAL	F	82,19 (20,73)	-0,69	0,49	0,24
	M	86,90 (13,45)			
Capacidade funcional	F	63,10 (23,52)	1,53	0,13	0,52
	M	50,50 (27,02)			
Aspectos físicos	F	43,53 (43,31)	1,90	0,01	0,51
	M	22,50 (29,93)			
Dor	F	61,14 (28,16)	0,06	0,94	0,02
	M	60,50 (24,26)			
Estado geral saúde	F	76,19 (17,86)	0,32	0,74	0,11
	M	74,10 (24,67)			
Vitalidade	F	62,33 (22,06)	0,17	0,86	0,06
	M	61,00 (22,21)			
Aspectos sociais	F	69,52 (25,84)	0,25	0,80	0,09
	M	67,30 (25,18)			
Aspectos emocionais	F	60,74 (40,07)	-0,42	0,67	0,15
	M	66,40 (31,58)			
Saúde mental	F	68,83 (20,68)	-2,56	0,03	0,88
	M	86,00 (10,19)			

Nota: F=feminino; M=masculino; N feminino=52; N masculino=10.

Em relação aos dados da EPSUS-A, os resultados descritos na Tabela 3 demonstram que os pacientes masculinos apresentaram maiores médias em todas as dimen-

sões e no escore total, com diferenças expressivas, exceto na dimensão “instrumental”. Referente aos dados de qualidade de vida, apenas nos domínios “capacidade funcional”, “aspectos físicos” e “saúde mental”, os grupos se diferiram expressivamente, nos dois primeiros domínios as mulheres obtiveram médias mais elevadas e na “saúde mental” os homens apresentaram maiores pontuações.

## DISCUSSÃO

No que tange à avaliação do suporte social, os resultados encontrados e descritos na Tabela 1 para os participantes desta pesquisa indicaram que a dimensão “afetivo”, da EPSUS-A, foi a que apresentou maior escore, indicando maior satisfação com essa fonte de apoio. Resultado semelhante foi encontrado na pesquisa realizada por Ferreira<sup>19</sup>, indicando que 75% da amostra apresentaram bom apoio afetivo, assim como no estudo realizado por Lee et al.<sup>28</sup>, no qual, no momento do diagnóstico, as mulheres com câncer relataram melhor apoio emocional. Entretanto, na amostra de universitários o escore mais elevado também foi na dimensão “afetivo”, indicando que essa dimensão apresentou a maior satisfação em ambos os grupos. A dimensão “afetivo” da EPSUS-A está relacionada à fonte emocional que, por sua vez, foi considerada por Rodriguez e Cohen<sup>8</sup> relacionada às demais fontes de apoio social, pois ao oferecer suporte ocorrem também demonstrações de afeto e preocupação. Taylor<sup>9</sup> ainda destaca que o suporte de ordem emocional possui efeito direto e mais eficaz, quando comparado aos outros tipos de apoio, ou seja, a dimensão emocional é a de maior efeito positivo para os indivíduos. Dessa forma, é possível aventar a hipótese de que pelo fato da fonte emocional estar relacionada às demais, era esperado que a dimensão “afetivo” apresentasse as maiores médias na maioria dos estudos, uma vez que parece ser a principal.

Em relação à dimensão que apresentou a menor média, para ambos os estudos, foi a “interação social”. Esse resultado indica que embora seja a dimensão mais prejudicada nos pacientes, quando comparada à população geral, os dados apontaram que os universitários tiveram maior dificuldade de relacionamento com outras pessoas e menor possibilidade de participação nos even-

tos sociais, provavelmente em virtude da dificuldade de se adaptarem ao novo contexto do ensino superior. Teixeira et al.<sup>29</sup> demonstraram que o ingresso na universidade implica diversas transformações nas redes de amizade e de apoio social dos jovens, pois a rede social do aluno irá ser modificada com novas relações, pessoas e grupos, além das novas responsabilidades e exigências sociais.

Entretanto, o fato da dimensão “interações sociais” apresentar o menor escore, nos pacientes oncológicos, vai ao encontro dos dados da literatura que sugerem a diminuição ou impossibilidade de participar de atividades sociais, fato que pode dificultar os relacionamentos interpessoais, o convívio com outras pessoas, tendo em vista as limitações acarretadas pelo câncer e o seu tratamento. Kolankiewicz et al.<sup>11</sup> também encontraram a dimensão “interação social” como a mais afetada, ressaltando as dificuldades encontradas pelos pacientes pelos tratamentos invasivos e incapacitantes. O contexto social do paciente oncológico é permeado por dificuldades, caracterizadas pelo afastamento de pessoas próximas, por não saberem como reagir diante da doença e do doente, além do afastamento da rotina diária ou do contexto do trabalho pelos tratamentos necessários, o que acarreta no isolamento social e dificulta os relacionamentos interpessoais do paciente<sup>4,5</sup>.

Pode-se observar na Tabela 1 e na Figura 1 que os pacientes oncológicos apresentaram maiores médias em todas as dimensões e no escore total da EPSUS-A quando comparado à amostra de universitários, com diferenças expressivas, exceto para a dimensão “instrumental”. Esse resultado sugere que os pacientes com câncer tendem a receber maior apoio social, ou a percepção acerca do suporte é mais positiva. Levantou-se a hipótese de que os pacientes têm maior satisfação do apoio social, por se encontrarem em situação de adoecimento e, muitas vezes, com dificuldades de realizarem as atividades diárias, as pessoas da rede social poderão demonstrar mais a afetividade, carinho e auxiliarem nas tarefas diárias pela incapacidade do próprio paciente. Em situações de crise, como é o caso do diagnóstico e tratamento do câncer, o doente necessita ter assegurado o amor e o apoio emocional daqueles que estão próximos, no sentido de manter a própria identidade e conseguir enfrentar esse momento<sup>30</sup>.

No que concerne aos dados sobre qualidade de

vida, os resultados descritos na Tabela 2 e Figura 2 demonstraram que em todos os domínios da SF-36 as pontuações foram acima do ponto de corte utilizado neste estudo, exceto nos “aspectos físicos”. Apesar da literatura da área oncológica estabelecer que o câncer gera grande impacto na vida do paciente e em sua qualidade de vida<sup>31,32</sup>, alguns autores esclarecem que ocorre decréscimo na qualidade de vida imediatamente após o início do tratamento, com retorno gradual após um intervalo de seis meses<sup>33</sup>, isto explicaria as altas pontuações nos domínios avaliados pela SF-36, uma vez que a maior parte dos pacientes já estava há mais de seis meses em tratamento.

Ao comparar as médias dos pacientes com as obtidas pela população geral, observou-se na Figura 2 que o grupo de pacientes obteve menores médias em todos os domínios, indicando que a população geral apresentou melhor qualidade de vida. Esse resultado demonstra que, apesar dos pacientes considerarem a sua qualidade de vida como boa, ainda assim, as pontuações foram mais baixas quando comparadas às pessoas que não têm diagnóstico de câncer. Entretanto, estudo de Soares et al.<sup>34</sup>, cotejando sobreviventes do câncer de mama e mulheres sem diagnóstico, apresentou que as sobreviventes obtiveram as maiores médias nos domínios de qualidade de vida. A explicação sugerida pelos autores foi o fato de sobreviventes terem encontrado apoio de suas famílias e profissionais de saúde, além de, talvez, reconhecerem melhor significado em suas vidas após a doença.

Em relação às diferenças encontradas para as amostras com pacientes, observou-se que os pacientes (estudo 1) quando comparados aos com câncer de pulmão (estudo 2) também se diferenciaram em alguns domínios; e de acordo com o perfil da Figura 2, verificou-se que, na maioria dos domínios da qualidade de vida, os pacientes do estudo 1 apresentaram maiores médias. O câncer de pulmão é a neoplasia de maior mortalidade, visto que o seu diagnóstico geralmente é tardio, em estágios avançados da doença, impedindo um tratamento curativo<sup>35</sup>, além da qualidade de vida dos pacientes ser afetada por vários fatores, como o estágio da doença, características do tratamento e aspectos individuais<sup>24</sup>. Pacientes com câncer de pulmão, provavelmente, apresentam menor qualidade de vida quando comparado a outros diagnósticos, pelo caráter do tratamento ser mais invasivo, decor-

rente dos diagnósticos tardios e suas implicações.

Segundo a Tabela 2 e como citado anteriormente, o “aspecto físico” apresentou a menor média, sendo considerado o mais prejudicado e o único domínio abaixo do ponto de corte para os pacientes oncológicos (estudo 1). Amaral et al.<sup>21</sup> também evidenciaram o “aspecto físico” como o mais afetado na qualidade de vida das pacientes com câncer de mama, uma vez que os tratamentos trazem, por vezes, consequências nas funções físicas dos pacientes e necessidade de reduzir as atividades diárias, pois acarreta efeitos colaterais desagradáveis. Os dados encontrados na pesquisa de Lôbo et al.<sup>23</sup> demonstraram que as funções físicas não foram consideradas prejudicadas, apresentando elevados escores. Os autores levantaram a hipótese de que as funções não foram afetadas de forma prejudicial, porquanto a maior parte das pacientes não estava acamada, não necessitava de ajuda para as atividades diárias nem apresentava limitações para realizar as atividades de lazer, então, as condições físicas e o tratamento não interferiram na vida familiar tampouco nas atividades sociais.

Os domínios da SF-36 que apresentaram melhores médias foram “estado geral de saúde” e “saúde mental”, englobando percepção subjetiva do estado geral de saúde, escala de humor e bem-estar, respectivamente. Dados similares também foram encontrados na pesquisa de Amaral et al.<sup>21</sup> e os autores concluíram que esses domínios tiveram maiores médias, pois o apoio social recebido da família e da equipe se constitui em um dos alicerces da recuperação física e psíquica dos pacientes. A dimensão emocional (ou afetiva) desempenha papel primordial na saúde mental dos indivíduos, pois se a afetividade for percebida de modo positivo no processo de vinculação dos indivíduos, esta tende a desempenhar uma função amortecedora em relação aos eventos estressores<sup>36</sup>. Em virtude de os pacientes oncológicos deste estudo apresentarem percepção positiva de seu suporte social, principalmente emocional/afetiva, esperavam-se médias elevadas nos domínios “estado geral de saúde” e “saúde mental”, pois a literatura referente a este suporte considera-o como fator protetor na saúde, sendo associado positivamente ao bem-estar e à qualidade de vida<sup>5,7,10,37</sup>.

Outro fato a ser considerado para as médias mais

elevadas nos domínios “estado geral de saúde” e “saúde mental” é que a maior parte da amostra faz parte de ONGs que proporcionam atividades. Dois pontos importantes residem no apoio oferecido pelas diferentes intervenções, pode-se pensar que esse suporte propiciou condições de maior estabilidade do humor e melhor bem-estar; e nas pessoas que fornecem esse apoio social para os pacientes, por vezes, dão incentivos positivos em relação à saúde destes, reforçando a participação nas atividades e acompanhando o adoecimento. Diante disso, levanta-se a hipótese de que a visão positiva dos profissionais das ONGs e o apoio de outros pacientes ajudam o paciente a ter uma percepção melhor de sua saúde geral.

Na Tabela 3 observou-se a diferença nas pontuações dos instrumentos na variável sexo. Os dados da EPSUS-A demonstraram que os pacientes homens apresentaram maiores médias em todas as dimensões, assim como no escore total, com diferenças expressivas, exceto na dimensão “instrumental”. Esses resultados sugerem que os pacientes do sexo masculino reportaram receber maior apoio social. No estudo de Kolankiewicz et al.<sup>11</sup>, os homens também obtiveram maiores escores na escala de suporte social. Estudos discutem que as atividades exercidas pelas mulheres na organização familiar ainda se mantêm demarcadas pela geração do cuidado e, para o cuidar, tornando-se cuidadora da família. Apesar de estar doente, e receber apoio da família e pessoas da rede social, não deixa de cuidar da casa, ao se preocupar com o estado emocional dos membros familiares<sup>20</sup>.

Por fim, referente aos resultados de qualidade de vida, a maior parte das diferenças entre os grupos separados por sexo não as demonstraram com efeito expressivo. Alguns domínios tiveram distinção expressiva: o domínio “capacidade funcional” e “aspectos físicos”, as mulheres obtiveram maiores médias indicando possuir menores dificuldades físicas. Dois pontos devem ser considerados, o primeiro que a maior parte das mulheres deste estudo tinha diagnóstico de câncer de mama e eram provenientes de ONGs que realizam trabalho com fisioterapeutas e educadores físicos, donde se pode induzir que tais atividades auxiliam as mulheres nas suas funções físicas durante e após o tratamento. O segundo ponto refere-se ao fato de que a maior parte das mulheres da amostra já tinha finalizado os tratamentos mais invasivos

e incapacitantes, diferente dos homens que estavam, em quase sua totalidade, submetendo-se à quimioterapia entre outros tratamentos. No domínio “saúde mental”, que inclui questões sobre ansiedade, depressão, alterações no comportamento, descontrole emocional e bem-estar psicológico, os pacientes masculinos obtiveram maiores pontuações, sugerindo que os homens apresentam menos dificuldades emocionais relacionadas ao câncer, em corroboração com a literatura ao apontar propensão maior nas mulheres de desenvolver depressão e quadros de ansiedade<sup>38</sup>. Diferentemente, na pesquisa realizada por Chaves e Gorini com pacientes com câncer colorretal, os resultados não demonstraram diferenças para homens e mulheres em relação aos domínios da qualidade de vida, referida como boa.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando os resultados descritos é possível verificar que os pacientes oncológicos apresentaram satisfação com o suporte social, além de escores mais elevados quando comparados à amostra de estudantes universitários; possivelmente em virtude de o adoecimento gerar maior apoio de familiares e amigos. No que se refere à qualidade de vida, foi verificado que as pontuações da SF-36, na maior parte dos domínios, demonstraram boa qualidade de vida nos pacientes. Entretanto, ao ser comparado com a população geral, verificaram-se menores médias, sugerindo qualidade de vida menor do que em pessoas sem o diagnóstico de câncer; provavelmente pelas diversas situações trazidas junto com o tratamento.

Entre as limitações deste estudo destaca-se o número reduzido da amostra, pela dificuldade de acesso aos pacientes. Outro ponto a ser destacado é a heterogeneidade da amostra, pois não foram consideradas as variáveis renda, escolaridade, local e forma de coleta, tempo de diagnóstico e tratamento para as análises. A amostra reduzida e a falta de controle das variáveis inviabilizaram a criação de grupos para verificar as possíveis diferenças. O fato de não terem sido controladas essas variáveis, podem ter ocorrido vieses nos resultados deste estudo, considerando que as condições dos pacientes parecem ter impacto direto em seu sofrimento psicológico e sua

qualidade de vida. Vale salientar a diferença no modo de coleta de dados, ou seja, em alguns casos, a leitura dos instrumentos se deu em conjunto com o paciente e, em outros momentos, este respondeu sozinho. Apesar de não terem sido encontradas diferenças nas respostas desta pesquisa, evidencia-se a necessidade de que esse aspecto seja objeto de preocupação e análise em futuros estudos, sendo imprescindível tal controle para impedir vieses nas respostas e interfiram nos resultados.

Nesse sentido, sugere-se que estudos futuros avaliem pacientes com o mesmo diagnóstico, que estejam realizando o mesmo tipo de tratamento, uma vez que cada um irá provocar efeitos colaterais diferentes, além de avaliar a influência do suporte social na qualidade de vida, pois é considerado fator protetor no adoecimento. Outra sugestão seria a investigação qualitativa e quantitativa, realizadas em conjunto, para que sejam levadas em consideração as queixas desses pacientes, angústias, expectativas ou crenças, ou seja, fatores subjetivos que não puderam ser contemplados nesta pesquisa.

## REFERÊNCIAS

1. Stewart BW, Wild CP. World cancer report 2014. Lyon: World Health Organization/Internacional Agency for Research on Cancer. 2014. Disponível em: <http://www.iarc.fr/en/publications/books/wcr/wcr-order.php>
2. Espirito Santo FH, Souza MGG. O olhar que olha o outro: um estudo com familiares de pacientes em quimioterapia antineoplásica. *Rev Brasiler Cancerol*. 2008;54(1):31-41.
3. Santana JJRA, Zanin CR, Maniglia, JV. Pacientes com câncer: enfrentamento, rede social e apoio social. *Paidéia*. 2008;18(40):371-84.
4. Sengul MCB, Kaya V, Sen CA, Kaya K. Association between suicidal ideation and behavior, and depression, anxiety, and perceived social support in cancer patients. *Medical Scie Monitor*. 2014; 20:329-36.
5. Shrestha JS, Shrestha A, Spkata A, Sharma R, Shrestha S, Shrestha S, et al. Social support, quality of life and mental health status in breast cancer patients. *Cancer*

- Rep Rev, 2017;1(2):1-5.
6. Silva NM, Piassa MP, Oliveira RMC, Duarte MSZ. Depressão em adultos com câncer. *Ciênc Atual*. 2014;2(1):02-14. Disponível em: <http://inseer.ibict.br/cafsj/index.php/cafsj/article/view/48>
  7. Usta YY. Important of social support in cancer patients. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2012;13:3569-72, 2012.
  8. Rodriguez MS, Cohen S. Social support: encyclopedia of mental health. 3. ed. New York: Academic Press; 1998.
  9. Taylor SE. Social Support. In: Friedman HS, organizador. *The Oxford Handbook of Health Psychology*. Oxford University Press; 2011. p. 189-214.
  10. Ardahan M. Social support and nursing. *J University School of Nursing*. 2006;9:68-76.
  11. Kolankiewicz ACB, Souza MM, Magnago TSBS., Domenico EBL. Apoio social percebido por pacientes oncológicos e sua relação com as características socio-demográficas. *Rev Gaucha Enferm*. 2014;35(1):31-38.
  12. Brusilovskiy E, Mitstifer M, Salzer MS. Perceived partner adaptation and psychosocial outcomes for newly diagnosed stage I and stage II breast cancer patients. *J Psychosoc Oncol* 2009;27(1):42-58.
  13. Epplein M, Zheng Y, Zheng W, Chen Z, GU K, Person D, et al. Quality of life after breast cancer diagnosis and survival. *J Clin Oncol*. 2011;29(4):406-12.
  14. Hoyer M, Johansson B, Nordin K, Bergkvist L, Ahlgren J, Lidin-lindqvist A, Lambe A, et al. Health-related quality of life among women with breast cancer e a population-based study. *Acta Oncol*. 2011;50(7):1015-26.
  15. Zhou ES, Penedo FJ, Lewis JE, Rasheed M, Traeger L, Lechner S, et al. Perceived stress mediates the effects of social support on health-related quality of life among men treated for localized prostate cancer. *J Psychosom Res*. 2010;69(6):587-90.
  16. Souza JR. Estudo sobre avaliação de eficácia terapêutica em oncologia: grupo psico-educacional “Aprendendo a enfrentar” [dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília; 2009. 228p.
  17. Silveira CF, Regino PA, Soares MBO, Mendes LC, Elias TC, Silva SR. Qualidade de vida e toxicidade por radiação em pacientes com câncer ginecológico e mama. *Esc Anna Nery*. 2016;20(4).
  18. World health organization. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Medicine, Science & Society*. 1998;46:1569-85.
  19. Ferreira DB. Qualidade de vida em pacientes em tratamento de câncer de mama: associação entre rede social, apoio social e atividade física [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca do Rio de Janeiro; 2011. 115p.
  20. Salci MA, Marcon SS. De cuidadora a cuidada: quando a mulher vivencia o câncer. *Texto & Contexto Enferm*. 2008;17(3):544-51.
  21. Amaral AV, Melo RMM, Santos NO, Lôbo RCMM, Benu-te GRG, Lucia MCS. Qualidade de vida em mulheres mastectomizadas: As marcas de uma nova identidade impressa no corpo. *Rev Hospitalar*. 2009;7(2):36-54.
  22. Chaves PL, Gorini MIPC. Qualidade de vida do paciente com câncer colorretal em quimioterapia ambulatorial. *Rev Gaucha Enferm*. 2001; 32(4): 767-73.
  23. Lôbo SA, Fernandes AFC, Almeida PC, Carvalho CML, Sawada NO. Qualidade de vida em mulheres com neoplasias de mama em quimioterapia. *Acta paul. enferm*. 2014;27(6):554-9.
  24. Franceschini J, Santos AA dos, El Mouallem I, Jamnik S, Uehara C, Fernandes AL, et al. Avaliação da qualidade de vida em pacientes com câncer de pulmão através da aplicação do questionário Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey. *J. bras. pneumol*. 2008;34(6):387-93.
  25. Cardoso HF, Baptista MN. Escala de Percepção do Suporte Social (versão adulta) - EPSUS-A: estudo das qualidades psicométricas. *Psico-USF*. 2014;19(3):499-

- 510.
26. Ciconoreli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quarasma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol*. 1999;39:143-50.
27. Cardoso HF. Construção e estudos psicométricos da Escala de Percepção do Suporte Social (versão adulto) – EPSUS-A [tese]. Itatiba: Universidade São Francisco; 2013. 175p.
28. Lee MK, Park S, Lee ES, Ro J, Kang HS, Shin KH, et al. Social support and depressive mood 1 year after diagnosis of breast cancer compared with the general female population: a prospective cohort study. *Support Care Cancer*. 2010;19:1379-92.
29. Teixeira MAP, Dias ACG, Wottrich SH, Oliveira AM. Adaptação à universidade em jovens calouros. *Psicol. Esc. Educ*. 2008;12(1):185-201.
30. Lugton J. The nature of social support as experienced by women treated for breast cancer. *J Adv Nurs*. 1997;25(11):84-91.
31. Nucci NAG. Qualidade de vida e câncer: um estudo compreensivo [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2003. 225p.
32. World Health Organization. Union International against Cancer. Global action against cancer. Geneva: WHO; 2005.
33. Dallabrida FA, Loro MM, Rosanelli CLSP, Souza MM, Gomes JS, Kolankiewick ACB. Qualidade de vida de mulheres tratadas por câncer do colo de útero. *Rev Rene*. 2014;15(1):116-22.
34. Soares PBM, Carneiro JA, Rocha LA, Gonçalves RCR, Martelli DRB, Silveira MF, et al. The quality of life of disease-free Brazilian breast cancer survivors. *Rev esc enferm USP*. 2013;47(1):69-75.
35. Oliveira MMF, Souza GA, Miranda MS, Okubo MA, Amaral MTP, Silva MPP, et al. Exercícios para membros superiores durante radioterapia para câncer de mama e qualidade de vida. *RBGO*. 2010;32(3):133-8.
36. Cohen S, Pressman SD. Positive affect and health. *Curr Dir Psychol Sci* 2006;15(3):122-25.
37. Horowitz A, Reinhardt JP, Boerner K, Travis LA. The influence of health, social support quality and rehabilitation on depression among disabled elders. *Aging Ment Health*. 2003;7(5):342-50.
38. Van de Velde S, Bracke P, Levecque K. Gender differences in depression in 23 European countries. Cross-national variation in the gender gap in depression. *Social Science & Medicine*. 2010;71(2):305-13.

*Recebido em: 30/09/2017*

*Aceito em: 01/03/2018*