








Qualidade de vida e perfil sociodemográfico e clínico de pacientes com câncer de mama e próstata

Quality of life and sociodemographic and clinical profile of breast and prostate cancer patients

Como citar este artigo:

Viana LRC, Ferreira GRS, Silva CRR, Freitas SA, Frazão MCLO, Costa TF, et al. Quality of life and sociodemographic and clinical profile of breast and prostate cancer patients. Rev Rene. 2023;24:e89231. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20232489231>

-  Lia Raquel de Carvalho Viana¹
-  Gerlania Rodrigues Salviano Ferreira¹
-  Cleane Rosa Ribeiro da Silva¹
-  Sthephanie de Abreu Freitas¹
-  Maria Cristina Lins Oliveira Frazão¹
-  Tatiana Ferreira da Costa²
-  Kátia Neyla de Freitas Macedo Costa¹

¹Universidade Federal da Paraíba.
João Pessoa, PB, Brasil.

²Universidade Federal de Pernambuco.
Vitória de Santo Antão, PE, Brasil.

Autor correspondente:

Lia Raquel de Carvalho Viana
Rua dos Milagres, Cristo Redentor,
CEP: 58070-530. João Pessoa, PB, Brasil.
E-mail: lia_viana19@hotmail.com

Conflito de interesse: os autores declararam que não há conflito de interesse.

EDITOR CHEFE: Ana Fatima Carvalho Fernandes

EDITOR ASSOCIADO: Ana Luisa Brandão de Carvalho Lira

RESUMO

Objetivo: avaliar a associação entre a qualidade de vida relacionada à saúde e as características sociodemográficas e clínicas de pacientes com câncer de mama e próstata. **Métodos:** estudo transversal com 305 pacientes. Foram utilizados o *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 30*, *Quality of Life Questionnaire Breast Cancer* e um instrumento estruturado. Realizaram-se análises estatísticas, descritiva e inferencial. **Resultados:** observou-se prevalência de faixa etária entre 50 e 69 anos, casados, 13 anos ou mais de estudo, aposentados, com renda de até dois salários mínimos, com câncer de mama em radioterapia. Houve associação significativa entre Escala de Saúde Global e sexo e conjugalidade; Escala Funcional e faixa etária e renda familiar; Escala de Sintomas e sexo, faixa etária, tipo de câncer, tratamento atual; Escala de Saúde Global e tipo de câncer, tratamento atual, tempo de tratamento, falta de acompanhante e número de comorbidades. **Conclusão:** a qualidade de vida relacionada à saúde é influenciada negativamente pelas características sociodemográficas e clínicas de pacientes com câncer de mama e próstata. **Contribuições para a prática:** os dados fornecem subsídios para concepção de um plano individualizado de cuidados de enfermagem.

Descritores: Neoplasias da Mama; Neoplasias da Próstata; Qualidade de Vida; Enfermagem Oncológica; Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to assess the association between health-related quality of life and sociodemographic and clinical characteristics of breast and prostate cancer patients. **Methods:** a cross-sectional study of 305 patients was performed. The *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 30*, the *Quality of Life Questionnaire Breast Cancer*, and a structured instrument were used. Descriptive and inferential statistical analyses were performed. **Results:** the study revealed a prevalence of patients aged 50-69 years, married, with 13 or more years of education, retired, with an income of up to two minimum wages, and receiving radiotherapy for breast cancer. Significant associations were observed between the Global Health Scale and gender and marital status, the Functional Scale and age group and family income, the Symptom Scale and gender, age group, cancer type, and current treatment, and between the Global Health Scale and cancer type, current treatment, treatment duration, lack of companion, and number of comorbidities. **Conclusions:** health-related quality of life in breast and prostate cancer patients is negatively influenced by sociodemographic and clinical characteristics. **Contributions to practice:** the data provide insights for designing individualized care plans.

Descriptors: Breast Neoplasms; Prostatic Neoplasms; Quality of Life; Oncology Nursing; Nursing Care.

Introdução

O câncer é, atualmente, um problema mundial de saúde pública por sua magnitude e morbimortalidade. No Brasil, estimou-se a incidência de 704 mil casos da doença para o período de 2023 a 2025, sendo o câncer de mama e o de próstata os mais incidentes entre a população feminina e masculina (73 mil e 71 mil casos, respectivamente), em consonância com os dados mundiais⁽¹⁾. Essa doença traz consigo um grande impacto na vida dos pacientes, pois além das alterações emocionais e psicológicas, sobretudo após a confirmação do diagnóstico, há o enfrentamento da terapia, a qual pode influenciar negativamente a qualidade de vida⁽²⁻⁴⁾.

A qualidade de vida envolve a percepção de si mesmo e da vida, considerando o aspecto cultural e valores em relação às suas expectativas, objetivos e preocupações. Salienta-se que, quando se refere ao processo de saúde-doença, nomeia-se “qualidade de vida relacionada à saúde” (QVRS)⁽⁵⁾.

As mulheres diagnosticadas com câncer de mama frequentemente apresentam a QVRS prejudicada em diversos aspectos. Na quimioterapia, há o surgimento de efeitos adversos como dores, náuseas/vômitos, fadiga, mal-estar, diarreia, insônia, entre outros^(2,6). Na radioterapia, tem-se a radiodermatite, que ocasiona limitações na funcionalidade e afastamento social⁽⁷⁾. Já a mastectomia geralmente repercute na autoimagem e conseqüentemente na função sexual e afetiva⁽⁸⁾. Em suma, evidenciam-se desconfortos físicos, psicoemocionais, espirituais, econômicos e sociais⁽⁹⁾.

Quanto ao câncer de próstata, o seu tratamento padrão-ouro, a prostatectomia, associada ou não a outras modalidades terapêuticas, pode ocasionar alterações nas funções urinária e sexual, como incontinência urinária, disúria, hematúria, polaciúria, redução da libido, da ereção e do orgasmo⁽¹⁰⁾, repercutindo diretamente na QVRS dos homens.

Além das alterações advindas da terapia, ressalta-se que a QVRS é influenciada pelas condições so-

ciodemográficas e clínicas dos pacientes, uma vez que estas podem modificar o curso da doença e do tratamento; um exemplo dessas condições é o baixo nível socioeconômico, que implica dificuldade financeira para custeio de necessidades durante o itinerário terapêutico⁽¹¹⁾.

Diante disso, percebe-se que a avaliação da QVRS dessa população, considerando seu perfil socio-demográfico e clínico, constitui uma ferramenta útil para a assistência de enfermagem, pois possibilita a implementação de cuidados direcionados às necessidades individuais e contribui com a eficácia do tratamento e melhoria da qualidade de vida. Ressalta-se que o interesse em avaliar a associação entre QVRS e dados sociodemográficos e clínicos de pacientes com câncer de mama e de próstata surgiu devido à alta prevalência desses tipos na população feminina e masculina, respectivamente, excetuando-se o câncer de pele⁽¹⁾. Outras pesquisas foram realizadas nessa mesma perspectiva^(6,10). Entretanto, o presente estudo avança no sentido de trazer uma avaliação abrangente e específica da qualidade de vida em uma amostra robusta que abrange dois tipos de câncer.

Assim, o objetivou-se foi avaliar a associação entre a qualidade de vida relacionada à saúde e as características sociodemográficas e clínicas de pacientes com câncer de mama e próstata.

Métodos

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, exploratória e transversal, realizada em um Centro de Alta Complexidade em Oncologia, no estado da Paraíba, João Pessoa, Brasil. A população foi composta por adultos e idosos com diagnóstico de câncer de mama e de próstata que realizavam tratamento oncológico ambulatorial (quimioterapia ou radioterapia) no serviço.

Para a amostra, utilizou-se uma fórmula específica para testes e comparação de grupos, considerando o nível de significância de 95% e poder de teste de 80% pré-fixados e baseados em uma Análise

de Variância (ANOVA). O cálculo foi realizado no *software* estatístico R com base em médias obtidas em um estudo-piloto com 15 pacientes. Assim, a amostra foi subdividida em três grupos, de forma balanceada: “câncer de mama na quimioterapia”, “câncer de mama na radioterapia” e “câncer de próstata na radioterapia”. Foram 102 em cada grupo de câncer de mama e 101 no grupo de câncer de próstata, correspondendo ao total de 305 pacientes, que foram selecionados por meio de amostragem aleatória simples considerando um sorteio realizado entre os agendamentos do dia da coleta.

No estudo, foram incluídos pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, com câncer de mama ou de próstata, em tratamento de quimioterapia, desde que tivessem realizado, no mínimo, quatro sessões (ciclos semanais ou a cada 21 dias) ou em tratamento de radioterapia, desde que tivessem realizado, ao menos, 20 sessões diárias. Foram excluídos os pacientes em terapia paliativa, em hormonioterapia, com presença de metástases e que possuíam déficits cognitivos quando avaliados por meio do Mini Exame do Estado Mental.

A coleta de dados ocorreu durante o período de junho a novembro de 2019, com entrevistas individuais, sendo a abordagem aos pacientes realizada na sala de espera dos setores de quimioterapia e radioterapia. Após a explanação dos aspectos referentes ao estudo, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para a obtenção de dados sobre o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes, foi utilizado um instrumento estruturado contendo informações sobre sexo, faixa etária, cor/raça, conjugalidade, escolaridade, religião, situação profissional, renda, arranjo domiciliar, procedência, diagnóstico e tempo de diagnóstico, tipo e frequência de tratamento atual, bem como tipo de tratamento anterior, dificuldades enfrentadas, presença de comorbidades e uso de medicamentos. O referido instrumento foi elaborado para este estudo com base em outros instrumentos aplicados em pesquisas pgressas envolvendo o objeto de estudo em questão.

A QVRS foi avaliada por meio do *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire - “core” 30* (EORTC QLQ-C30), validado no Brasil. Esse questionário é composto por 30 questões com respostas tipo Likert e se subdivide em três escalas: Escala Funcional, abrangendo função física, desempenho de papéis, função emocional, cognitiva e social (nesta subescala, quanto mais próximo de 100 pontos, melhor a QVRS); Escala de Sintomas, abrangendo os sintomas fadiga, náuseas e vômitos, dispnéia/falta de ar, insônia, perda do apetite, constipação, diarreia, além de dificuldade financeira (nesta subescala, quanto mais próximo de 100 pontos, pior a QVRS); e Escala de Saúde Global (ESG), em que, quanto mais próximo de 100 pontos, melhor a QVRS. Os escores variam de 0 a 100 e são calculados separadamente para cada escala⁽¹²⁾.

Para os grupos de pacientes com câncer de mama, foi utilizado o módulo específico *Quality of Life Questionnaire Breast Cancer* (EORTC QLQ BR-23), que é composto por 23 questões e se divide em duas escalas: Escala Funcional (Imagem corporal e Sexualidade, que se subdivide em domínios de Imagem corporal, Perspectivas futuras, Função sexual e Satisfação/prazer sexual) e Escala de Sintomas (Efeitos colaterais, Preocupação com a queda de cabelo, Sintomas relacionados ao braço e Sintomas da mama). A sua pontuação varia de 0 a 100, sendo a interpretação semelhante à do questionário geral⁽¹²⁾.

Os dados coletados foram armazenados com auxílio do Microsoft Excel e, posteriormente, processados por meio do *software* SPSS, versão 22.0. Foram utilizados os testes de Kruskal-Wallis e Mann-Whitney para as associações, considerando-se o nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$).

A pesquisa foi realizada de acordo com a Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba sob parecer nº 3.293.768/2019, Certificado de Apresentação de Apreciação Ética nº 11352119.0.0000.5188.

Resultados

Observou-se a prevalência (66,9%) do sexo feminino (sobretudo devido à configuração da amostra em grupos cuja população feminina é predominante), faixa etária de 50 a 69 anos (56,1%), cor/raça parda/mulata (38%), casados (60%), que estudaram por 13 anos ou mais (42,3%), adeptos à religião (97%), aposentados (36,4%), com renda pessoal e familiar entre um e dois salários mínimos (75,1% e 86,2%, respectivamente) e que residiam com familiares (41,6%).

No tocante à condição clínica, a maioria da amostra tinha diagnóstico de câncer de mama (66,9%), há um ou dois anos (93,1%), realizava radioterapia (66,2%), com 20 a 29 sessões já completadas (50,5%), com histórico de tratamento anterior (55,7%), sendo este de cirurgia (82%), que mencionou o transporte como dificuldade (43,3%) e não tinha acompanhante (60%). Entre as comorbidades, destacaram-se a hipertensão arterial sistêmica (44,6%) e o diabetes *mellitus* (23,3%).

Quanto à qualidade de vida avaliada com o EORTC QLQ C-30, quando comparados os três grupos da amostra, considerando as subescalas, os que tinham câncer de mama em quimioterapia obtiveram melhores médias na ESG (71,8) e Escala Funcional (54,6). Em contrapartida, estes apresentaram média elevada na Escala de Sintomas (37,2). No que concerne à comparação entre as subescalas de cada grupo, verificou-se maior média na ESG (68,7) no grupo com câncer de mama realizando radioterapia. Nos pacientes com câncer de próstata, as melhores médias também foram correspondentes à ESG (62,5). Sobre o EORTC QLQ BR-23, observouse que as pacientes em quimioterapia obtiveram melhores médias na Escala Funcional (68,3) e piores na Escala de Sintomas, em comparação ao grupo da radioterapia (45,3).

Em relação aos domínios do questionário EORTC QLQ C-30, verificou-se que, quanto à Escala Funcional, as pacientes com câncer de mama em radioterapia tiveram melhores médias de função física (61,8) e social (66,2); e as que faziam quimioterapia, melhor função emocional (39,6) e cognitiva (71,0). Já os homens

apresentaram melhor desempenho de papéis (58,6). Quanto à Escala de Sintomas, os piores resultados foram observados no grupo de pacientes com câncer de mama da quimioterapia, com destaque para fadiga (51,3), dor (54,5) e insônia (54,4). A dificuldade financeira sobressaiu-se nos três grupos (91,1, 83,2 e 85,2).

Nos domínios do questionário EORTC BR-23, observou-se que, no tocante à Escala Funcional, tanto para as mulheres em quimioterapia quanto em radioterapia, as melhores médias foram na imagem corporal (73,9 e 73,8, respectivamente) e as piores, na satisfação sexual (12,2 e 12,0, respectivamente). Na Escala de Sintomas, para os dois grupos, os piores resultados foram os efeitos colaterais (55,5 e 63,2, respectivamente) e sintomas na mama (59,6 e 65,2) (Tabela 1).

Tabela 1 – Domínios de qualidade de vida relacionada à saúde dos pacientes com câncer de mama e de próstata (n=305). João Pessoa, PB, Brasil, 2019

Qualidade de vida	Próstata		Mama	
	Radioterapia	Quimioterapia	Radioterapia	Quimioterapia
	Média ± DP*	Média ± DP	Média ± DP	Média ± DP
Escala de Saúde Global	62,5 ± 24,1	71,8 ± 26,9	68,7 ± 26,3	68,7 ± 26,3
Escala Funcional	51,3 ± 14,2	54,6 ± 16,6	52,7 ± 15,4	52,7 ± 15,4
Função física	59,6 ± 18,4	58,6 ± 20,9	61,8 ± 18,6	61,8 ± 18,6
Desempenho de papéis	58,6 ± 17,3	48,9 ± 20,4	50,5 ± 20,2	50,5 ± 20,2
Função emocional	27,6 ± 28,4	39,6 ± 30,8	29,2 ± 28,3	29,2 ± 28,3
Função cognitiva	62,9 ± 21,1	71,0 ± 22,3	65,5 ± 25,8	65,5 ± 25,8
Função social	59,4 ± 17,7	64,2 ± 27,4	66,2 ± 23,4	66,2 ± 23,4
Escala de Sintomas	30,6 ± 11,6	37,2 ± 17,6	33,9 ± 16,3	33,9 ± 16,3
Fadiga	42,0 ± 21,0	51,3 ± 29,9	50,7 ± 26,9	50,7 ± 26,9
Náuseas e vômito	0,3 ± 3,3	7,9 ± 18,6	4,6 ± 14,2	4,6 ± 14,2
Dor	44,9 ± 28,1	54,5 ± 38,7	41,4 ± 34,5	41,4 ± 34,5
Dispneia	2,0 ± 9,2	9,7 ± 24,5	10,9 ± 25,4	10,9 ± 25,4
Insônia	53,5 ± 40,6	54,4 ± 45,3	54,1 ± 42,4	54,1 ± 42,4
Perda de apetite	5,9 ± 19,1	20,7 ± 32,7	14,2 ± 26,4	14,2 ± 26,4
Constipação	23,8 ± 31,7	27,8 ± 39,1	25,7 ± 37,1	25,7 ± 37,1
Diarreia	4,6 ± 17,7	9,1 ± 21,5	6,3 ± 19,3	6,3 ± 19,3
Dificuldade financeira	91,1 ± 23,0	83,2 ± 28,0	85,5 ± 28,1	85,5 ± 28,1
Módulo – Câncer de Mama				
Escala Funcional	–	68,3 ± 17,8	67,4 ± 18,8	67,4 ± 18,8
Imagem corporal	–	73,9 ± 28,0	73,8 ± 26,4	73,8 ± 26,4
Desejo sexual	–	17,8 ± 23,3	20,0 ± 24,0	20,0 ± 24,0
Satisfação sexual	–	12,2 ± 10,9	12,0 ± 9,6	12,0 ± 9,6
Perspectiva futura	–	17,5 ± 33,9	17,2 ± 33,2	17,2 ± 33,2
Escala de Sintomas	–	45,3 ± 18,9	40,7 ± 16,1	40,7 ± 16,1
Efeitos colaterais	–	55,5 ± 20,0	63,2 ± 15,3	63,2 ± 15,3
Sintomas do braço	–	49,7 ± 37,7	42,6 ± 29,2	42,6 ± 29,2
Sintomas da mama	–	59,6 ± 33,8	65,2 ± 26,5	65,2 ± 26,5
Preocupação com a perda de cabelo	–	22,7 ± 9,1	31,6 ± 0,3	31,6 ± 0,3

*DP: Desvio-padrão

No concernente à associação entre as características sociodemográficas dos pacientes e a QVRS, foram observadas associações significantes ($p \leq 0,05$) entre a ESG e as variáveis “sexo” e “conjugalidade”; entre a Escala Funcional e faixa etária e renda familiar; e entre a Escala de Sintomas e sexo e faixa etária (Tabela 2).

Tabela 2 – Associação entre as características sociodemográficas e a qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer de mama e de próstata (n=305). João Pessoa, PB, Brasil, 2019

Variáveis	Escala de Saúde Global	Escala Funcional	Escala de Sintomas
	Média ± DP*	Média ± DP	Média ± DP
Sexo			
Feminino	70,3 ± 26,5	53,6 ± 15,9	35,5 ± 16,9
Masculino	62,5 ± 24,0	51,3 ± 14,1	30,5 ± 11,5
p-valor	0,002 [†]	0,185 [†]	0,021 [†]
Faixa etária (anos)			
Adulto (20-59)	69,6 ± 27,3	55,7 ± 15,0	31,9 ± 16,2
Idoso (> 60)	67,2 ± 25,1	51,8 ± 15,3	34,6 ± 15,1
p-valor	0,239 [‡]	0,034 [‡]	0,049 [‡]
Cor/Raça			
Branca	69,0 ± 24,0	53,5 ± 15,8	35,6 ± 17,5
Parda/Mulata	66,6 ± 26,2	54,1 ± 14,6	32,0 ± 13,4
Preta/Negra	67,7 ± 27,6	50,6 ± 15,6	34,5 ± 15,8
p-valor	0,916 [†]	0,348 [‡]	0,332 [‡]
Conjugalidade			
Solteiro(a)	69,4 ± 23,3	53,6 ± 14,4	33,2 ± 15,4
Casado(a) ou união estável	72,9 ± 26,4	59,6 ± 14,7	26,4 ± 13,1
Separado(a) ou divorciado(a)	67,7 ± 26,5	51,7 ± 12,8	35,8 ± 14,9
Viúvo(a)	53,8 ± 32,1	42,6 ± 17,9	43,4 ± 14,2
p-valor	0,020 [‡]	0,231 [†]	0,194 [‡]
Escolaridade (anos)			
Analfabeto	64,1 ± 25,7	49,8 ± 13,2	32,4 ± 12,0
1-4	83,3 ± 0,0	57,7 ± 0,0	23,0 ± 0,0
5-8	62,0 ± 30,8	48,8 ± 17,1	38,7 ± 38,7
9-12	74,4 ± 23,8	53,4 ± 13,1	33,8 ± 33,8
> 13	68,6 ± 23,6	55,7 ± 15,7	32,0 ± 32,0
p-valor	0,113 [‡]	0,222 [‡]	0,157 [‡]
Religião			
Sim	57,4 ± 31,3	60,4 ± 13,6	29,0 ± 16,7
Não	68,0 ± 25,7	52,6 ± 15,4	34,0 ± 15,5
p-valor	0,284 [†]	0,108 [†]	0,272 [†]
Renda pessoal (salário mínimo)			
Não tem renda	67,9 ± 28,5	56,1 ± 16,0	35,4 ± 17,9
< 1	64,5 ± 44,2	51,7 ± 12,3	43,5 ± 32,0
1-2	67,7 ± 25,1	51,8 ± 15,3	33,6 ± 14,4
3-4	66,6 ± 21,0	57,7 ± 6,8	23,0 ± 10,5
p-valor	0,917 [‡]	0,259 [‡]	0,300 [‡]
Renda familiar (salário mínimo)			
Não tem renda	88,8 ± 13,6	72,5 ± 16,9	24,7 ± 20,8
< 1	61,6 ± 38,9	41,7 ± 12,9	49,7 ± 25,4
1-2	66,9 ± 26,4	52,2 ± 14,8	33,8 ± 14,9
3-4	69,4 ± 20,2	54,8 ± 17,0	34,0 ± 14,6
> 5	83,3 ± 13,6	65,0 ± 15,1	32,0 ± 31,7
p-valor	0,167 [‡]	0,017 [‡]	0,177 [‡]
Arranjo domiciliar			
Mora acompanhado	67,6 ± 25,2	52,6 ± 15,3	34,1 ± 15,8
Sozinho	68,4 ± 32,7	55,3 ± 16,2	31,4 ± 12,3
p-valor	0,462 [‡]	0,573 [‡]	0,620 [‡]
Procedência			
Sertão paraibano	71,3 ± 26,1	53,9 ± 14,6	31,5 ± 14,6
Borborema	56,5 ± 30,2	51,1 ± 11,1	43,5 ± 15,2
Agreste paraibano	68,9 ± 19,5	47,7 ± 16,6	37,1 ± 16,7
Mata paraibana	66,3 ± 26,8	53,4 ± 15,4	34,0 ± 15,6
p-valor	0,321 [‡]	0,307 [‡]	0,128 [‡]

*DP: Desvio-padrão; [†] Mann-Whitney; [‡] Kruskal-Wallis

Na associação entre a QVRS e as características clínicas dos pacientes, a ESG apresentou associação significativa ($p \leq 0,05$) com as variáveis: tipo de câncer, tratamento atual, tempo de tratamento, falta de acompanhante e número de comorbidades. A Escala Funcional obteve associação significativa com: número de comorbidades, diabetes *mellitus*, doença musculoesquelética, número de medicamentos e hipoglicemiantes. Já a Escala de Sintomas associou-se com as variáveis: tipo de câncer, tratamento atual, número de comorbidades, diabetes *mellitus*, doença musculoesquelética, número de medicamentos e hipoglicemiantes (Tabela 3).

Tabela 3 – Associação entre a condição clínica e a qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer de mama e próstata (n=305). João Pessoa, PB, Brasil, 2019

Variáveis	Escala de Saúde Global	Escala Funcional	Escala de Sintomas
	Média ± DP*	Média ± DP	Média ± DP
Tipo de câncer			
Mama	70,3 ± 26,5	53,6 ± 15,9	35,5 ± 16,9
Próstata	62,5 ± 24,0	51,3 ± 14,1	30,5 ± 11,5
p-valor	0,002 [†]	0,0185 [†]	0,021 [†]
Tempo de diagnóstico (anos)			
> 1	68,3 ± 22,3	54,5 ± 15,3	31,8 ± 13,9
1-2	66,8 ± 28,5	52,1 ± 15,5	34,2 ± 15,8
3-4	67,3 ± 34,5	46,4 ± 19,2	42,3 ± 19,2
> 5	74,0 ± 18,3	49,6 ± 9,4	46,7 ± 20,7
p-valor	0,881 [‡]	0,645 [‡]	0,070 [‡]
Tratamento atual			
Radioterapia	65,6 ± 25,3	52,0 ± 14,7	32,2 ± 14,1
Quimioterapia	71,8 ± 26,8	54,6 ± 16,5	37,2 ± 17,5
p-valor	0,020 [†]	0,164 [†]	0,016 [†]
Tempo de tratamento (sessões)			
5-9	66,9 ± 29,6	53,9 ± 17,5	38,7 ± 18,0
10-19	73,3 ± 23,9	55,9 ± 17,2	36,4 ± 17,2
20-9	71,0 ± 22,7	53,6 ± 13,2	31,7 ± 14,4
> 30	57,1 ± 28,6	48,4 ± 16,7	33,8 ± 14,2
p-valor	0,007 [‡]	0,083 [‡]	0,054 [‡]
Frequência de tratamento			
1 vez por dia	65,6 ± 25,3	52,0 ± 14,7	32,2 ± 14,1
1 vez por semana	71,3 ± 28,9	56,2 ± 16,3	36,2 ± 18,0
3 vezes por semana	83,3 ± 0,0	44,4 ± 0,0	46,1 ± 0,0
A cada 21 dias	71,9 ± 71,9	53,7 ± 16,8	37,7 ± 17,4
p-valor	0,130 [‡]	0,364 [‡]	0,079 [‡]
Dificuldades com o tratamento			
Transporte			
Sim	64,7 ± 27,1	51,0 ± 15,3	35,2 ± 14,8
Não	69,9 ± 25,5	54,4 ± 15,4	32,6 ± 15,6
p-valor	0,085 [‡]	0,085 [‡]	0,116 [‡]
Falta de acompanhante			
Sim	39,3 ± 36,7	40,4 ± 9,9	56,4 ± 15,7
Não	68,6 ± 25,3	53,3 ± 15,4	32,9 ± 14,5
p-valor	0,007 [†]	0,211 [†]	0,316 [†]
Número de comorbidades			
Nenhuma	72,7 ± 22,6	57,1 ± 15,6	32,0 ± 16,3
1-2	66,6 ± 27,1	52,2 ± 13,9	33,1 ± 14,5
3-4	54,7 ± 26,7	40,3 ± 15,8	45,4 ± 13,7
p-valor	0,004 [†]	< 0,001 [†]	< 0,001 [†]
Tipo de comorbidade			
Hipertensão arterial			
Sim	66,6 ± 26,9	51,7 ± 14,0	32,9 ± 14,2
Não	68,6 ± 25,4	53,7 ± 16,4	34,6 ± 16,5
p-valor	0,592 [†]	0,250 [†]	0,444 [†]

(A Tabela 3 continua na próxima página)

Variáveis	Escala de	Escala	Escala de
	Saúde Global	Funcional	Sintomas
	Média ± DP*	Média ± DP	Média ± DP
Diabetes mellitus			
Sim	63,3 ± 27,7	46,7 ± 15,5	38,1 ± 15,9
Não	69,0 ± 25,3	54,7 ± 14,9	32,6 ± 15,2
p-valor	0,142 [†]	< 0,001 [‡]	0,004 [†]
Doença musculoesquelética			
Sim	58,5 ± 30,7	45,9 ± 15,6	40,7 ± 14,5
Não	68,8 ± 25,1	53,7 ± 15,1	33,1 ± 15,5
p-valor	0,142 [†]	< 0,001 [‡]	0,004 [†]
Número de medicamentos			
Nenhum	72,4 ± 23,2	56,8 ± 15,8	32,1 ± 16,2
1	65,3 ± 27,4	53,2 ± 14,1	32,9 ± 14,9
> 2	64,3 ± 26,7	46,4 ± 14,7	38,2 ± 14,8
p-valor	0,073 [‡]	< 0,001 [‡]	0,008 [‡]
Tipo de medicamento			
Anti-hipertensivo			
Sim	64,4 ± 26,8	49,7 ± 14,8	34,8 ± 14,8
Não	67,7 ± 28,6	54,3 ± 13,3	35,5 ± 16,7
p-valor	0,413 [‡]	0,153 [‡]	0,704 [‡]
Hipoglicemiante			
Sim	63,4 ± 27,1	47,8 ± 15,3	37,9 ± 15,8
Não	65,9 ± 27,2	52,1 ± 14,1	33,1 ± 14,3
p-valor	0,512 [‡]	0,025 [‡]	0,024 [‡]
Anti-inflamatório			
Sim	60,4 ± 30,1	48,7 ± 14,1	39,7 ± 15,1
Não	65,2 ± 26,7	50,8 ± 14,7	34,3 ± 15,0
p-valor	0,473 [‡]	0,478 [‡]	0,069 [‡]

*DP: Desvio-padrão; [†]Mann-Whitney; [‡]Kruskal-Wallis

Discussão

A avaliação da QVRS com o questionário EORTC QLQ C-30 evidenciou que as pacientes do grupo de câncer de mama em quimioterapia obtiveram melhores médias na ESG e na Escala Funcional, sobretudo nas funções cognitiva e emocional. Entretanto, apresentaram as piores médias na Escala de Sintomas, destacando-se dor, insônia e fadiga. Um estudo com pacientes oncológicos em tratamento de quimioterapia evidenciou boa função cognitiva (78,43), enquanto as funções emocional (55,66) e social (55,88) estiveram prejudicadas⁽²⁾.

No tocante à função cognitiva, o resultado aqui encontrado discordou da literatura. Comumente a quimioterapia associa-se à redução dessa função, sendo a cognição afetada em até 24 meses após o tratamento, sobretudo devido à capacidade dos antineoplásicos de atravessar a barreira hematoencefálica e trazer danos

e alterações ao DNA, citocinas, reparo neural, neurotransmissores e hormônios⁽¹³⁾.

Quanto à função emocional, sabe-se da grande probabilidade de esta ser afetada durante o curso da doença e do tratamento. Durante a quimioterapia, por exemplo, autores acreditam que o impacto social e psíquico do tratamento seja mais forte que o físico, ocasionado geralmente pelos efeitos colaterais, por isso é importante o apoio emocional proveniente da rede social de apoio⁽¹⁴⁾.

A quimioterapia aumenta a expectativa de vida e melhora o prognóstico, contudo possui elevada toxicidade. Assim, efeitos adversos como náuseas/vômitos, diarreia ou constipação, dor, alopecia e fadiga são esperados e podem desencadear preocupações em relação à autoimagem, situação empregatícia, conjugal e perspectivas futuras⁽¹⁵⁾. Neste estudo, entre os sintomas mais referidos pelos pacientes, destacaram-se a fadiga, a dor e a insônia.

A fadiga envolve múltiplos aspectos e é bastante subjetiva. Comumente engloba fatores biopsicológicos, sendo o sintoma mais prevalente em pacientes com câncer de mama, principalmente em estágios mais avançados e durante a quimioterapia⁽⁵⁾. A realização de atividades físicas, quando possível, é indicada para minimizar os seus impactos.

Já a dor em pacientes oncológicos é bastante comum e ocasiona limitações que têm influência negativa sobre os aspectos emocionais, sociais e funcionais, reduzindo a QVRS. Desse modo, torna-se relevante um manejo eficiente e eficaz por meios farmacológicos ou não farmacológicos de alívio da dor⁽⁵⁾.

A privação do sono, por sua vez, geralmente está relacionada ao desequilíbrio psicológico, devido à incerteza de um prognóstico. A insônia relatada por pacientes com câncer de mama é frequentemente associada à preocupação com aspectos futuros e tristeza⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

A dificuldade financeira destacou-se na Escala de Sintomas dos três grupos desta amostra. Quando a renda individual e/ou familiar é insuficiente, surgem dificuldades como incapacidade de custear transpor-

te, alimentação e medicamentos⁽¹⁸⁻¹⁹⁾. Pacientes com baixa renda familiar mostraram pior qualidade de vida⁽²⁰⁾.

No presente estudo, as pacientes com câncer de mama em radioterapia apresentaram maiores médias na ESG e Escala Funcional, destacando-se as funções física e social. Por se tratar de terapêutica local, a radioterapia é menos agressiva. Os efeitos adversos, quando presentes, são mais amenos quando comparados aos da quimioterapia, sendo mais frequente a radiodermatite, geralmente prevenida e tratada por meio da aplicação de agentes tópicos que minimizam o efeito radiotóxico cutâneo⁽⁷⁾. Dessa forma, tais pacientes podem apresentar melhor percepção de saúde, bem como da qualidade de vida durante a radioterapia.

Considerando o grupo com câncer de próstata em radioterapia, também se observaram boas médias na ESG e na Escala Funcional, sobressaindo-se o desempenho de papéis. Tal função é, frequentemente, mais prejudicada nas mulheres com câncer de mama⁽²¹⁾, sobretudo após o tratamento cirúrgico, que impõe limitações físicas envolvendo restrição de amplitude de movimento devido ao risco de surgimento de linfodema e suas complicações, interferindo na execução de tarefas. O desempenho de papéis esteve correlacionado a um maior escore de sintomatologia depressiva e maiores níveis de ansiedade em pacientes com câncer⁽³⁾.

Ademais, os homens também sofrem mudanças de vida durante o curso do câncer de próstata e de seu tratamento. O diagnóstico gera um transtorno familiar, sendo necessário, por vezes, mudanças na estrutura e papéis familiares em que a figura do homem passa a ser a que necessita de cuidados bem como da participação e suporte de outros membros em vários momentos do tratamento⁽²²⁾.

A avaliação da QVRS das mulheres com o EORTC QLQ BR-23 mostrou que, quanto à Escala Funcional, as melhores médias estiveram relacionadas à imagem corporal; e as piores, à satisfação sexual. Na Escala de Sintomas, os piores resultados foram nos

domínios Efeitos colaterais e Sintomas na mama, discordando de achados que evidenciam um declínio da autoimagem da mulher^(8,19).

De modo geral, as alterações na imagem corporal são resultantes da alopecia e da mutilação cirúrgica. A alopecia ocorre após o início da quimioterapia, e o retorno dos fios é lento. Pode-se recorrer ao uso de lenços, perucas e turbantes em busca de conforto e bem-estar, bem como à prevenção com a touca térmica que se utiliza da crioterapia para prevenir a queda⁽²³⁾. Quanto à mastectomia, é frequente a sensação de incompletude após a perda da mama, afetando além da autoimagem, a identidade e a autoestima das mulheres, o que repercute negativamente em aspectos relativos à sexualidade, como a satisfação sexual, visto que a mama é uma parte do corpo feminino de considerável relevância sexual e uma solução que pode amenizar essa sensação é a reconstrução mamária⁽⁸⁾, atualmente realizada pelo Sistema Único de Saúde no Brasil.

Os domínios de efeitos colaterais e sintomas na mama foram os que apresentaram pior QVRS na Escala de Sintomas da amostra estudada. Os piores resultados na Escala de Sintomas são referentes à preocupação com a perda do cabelo, efeitos colaterais e aos sintomas da mama, que incluem prurido, comichão, edema e dor, sendo esta última mais frequente⁽²⁴⁾.

Na associação entre as escalas do EORTC QLQ C-30 e as características sociodemográficas, houve significância estatística entre a ESG e as variáveis “sexo feminino” e “conjugalidade (casados)”, o que pode ser reflexo da predominância de mulheres e pessoas casadas/em união estável na amostra. Em estudo realizado com mulheres diagnosticadas com câncer mamário, as que eram casadas obtiveram melhor qualidade de vida⁽²⁰⁾.

A percepção da saúde e da qualidade de vida considera o contexto e as experiências vivenciadas. Frequentemente, a disponibilidade de uma rede de apoio social vem sendo relevante para a promoção da qualidade de vida. As mulheres percebem a rede social como um fator importante no decorrer do tra-

tamento devido à oferta de um suporte físico e emocional; e evidenciam a rede primária (cônjuge, filhos e irmãos) como a principal provedora desse apoio⁽¹⁴⁾.

A Escala Funcional associou-se às variáveis faixa etária de 20 a 59 anos e renda maior que cinco salários mínimos. A associação da Escala Funcional com a idade foi encontrada em outros estudos⁽²⁴⁻²⁵⁾. Geralmente os jovens apresentam altas médias de funcionamento físico, e isso pode ser consequência da melhor funcionalidade do organismo nessa idade⁽²⁵⁾. Quanto à Escala Funcional e renda, esta última influencia a escolaridade, pois contribui para maiores níveis de conhecimento, favorecendo o acesso a recursos para lidar com o câncer, além da prática de hábitos mais saudáveis, como atividade física e alimentação adequada. O resultado desse efeito em cascata é a melhoria da qualidade de vida.

A Escala de Sintomas esteve associada ao sexo feminino e à faixa etária maior de 60 anos. A associação entre a Escala de Sintomas e o sexo feminino pode ser resultante da composição majoritária de mulheres na amostra. Quanto maior a idade, menor a qualidade de vida, o que pode ser reflexo do impacto mais significativo dos sintomas durante o tratamento em pessoas em idades mais avançadas⁽²⁾.

A associação entre a QVRS e as características clínicas evidenciou significância estatística entre a ESG e as seguintes variáveis: diagnóstico de câncer de mama, quimioterapia, 10 a 19 sessões, presença de acompanhante e nenhuma comorbidade. Quanto à relação da escala com o câncer de mama e quimioterapia, não foram encontradas associações semelhantes. No entanto, demonstrou-se em estudo que a percepção negativa da doença foi maior em pacientes que recebiam quimioterapia, sendo associada a uma redução no bem-estar⁽²⁶⁾ e, conseqüentemente, na qualidade de vida. Isso indica que essas mulheres têm tendência a uma pior QVRS, divergindo do resultado encontrado nesta pesquisa.

A melhor percepção na ESG pode ter relação com o tempo de tratamento, de modo que, até as pri-

meiras sessões, em alguns casos, a toxicidade ainda é leve, apresentando menos sintomas e melhor funcionalidade. Sintomas como insônia e náuseas e vômitos tiveram relação com o tempo de tratamento, pois quanto maior o tempo, piores foram os impactos desses efeitos colaterais⁽²⁾.

No referente à presença de acompanhante e de comorbidades, salienta-se que o fato de ter um acompanhante implica maior oferta de apoio, conferindo sensação de bem-estar. O papel de acompanhante, muitas vezes, fica a cargo da rede primária de apoio, como cônjuge ou filhos, os quais são apontados como principal fonte de suporte instrumental, além de terem grande relevância no apoio afetivo⁽¹⁴⁾. A ausência de comorbidades, por sua vez, resulta em menor carga de sintomas e, por conseguinte, melhor funcionalidade e percepção da QVRS.

Observou-se que a Escala Funcional associou-se com as variáveis: nenhuma comorbidade, incluindo diabetes e doenças musculoesqueléticas; e não usar medicamentos, incluindo hipoglicemiante. A Escala de Sintomas dos pacientes desta pesquisa esteve relacionada estatisticamente às variáveis: diagnóstico de câncer de mama, quimioterapia, presença de três a quatro comorbidades, incluindo diabetes e doença musculoesquelética, e tomar dois ou mais medicamentos, incluindo hipoglicemiante⁽²⁷⁾. Ratifica-se que a quimioterapia frequentemente altera o estilo de vida das mulheres por ser uma terapêutica debilitante devido aos efeitos adversos.

Constata-se que a qualidade de vida relacionada à saúde esteve prejudicada em diversos aspectos, associando-se às características sociodemográficas e clínicas dos pacientes. Assim, torna-se imprescindível que o enfermeiro esteja atento a identificar precocemente os fatores que interferem na qualidade de vida dessa população, considerando seu contexto socioeconômico e cultural, para um cuidado integral e direcionado a ações de promoção de qualidade de vida, a fim de alcançar melhores resultados nas condições de vida e saúde⁽⁵⁾.

Limitações do estudo

A principal limitação desta pesquisa é o seu delineamento transversal, uma vez que não permite abordar a relação entre causalidade e seu efeito entre variáveis. Assim, sugere-se que sejam realizados estudos com desenho metodológico adequado para entender os aspectos relativos à qualidade de vida relacionada à saúde, entre outras variáveis importantes ligadas à saúde e condições de vida dessa população.

Contribuições para a prática

Os resultados da presente pesquisa são relevantes à prática no contexto da saúde visto que subsidiam o desenvolvimento de um cuidado de enfermagem direcionado às individualidades do paciente, alinhado ao seu contexto e as suas condições de vida, favorecendo o ajuste das intervenções em saúde e a redução do impacto negativo da doença e das terapias na qualidade de vida. No tocante ao ensino e pesquisa, os dados podem subsidiar a reformulação do currículo da graduação em Enfermagem, contribuindo para a implementação de uma disciplina direcionada à enfermagem oncológica, além da realização de pesquisas envolvendo esse segmento.

Conclusão

Este estudo evidenciou que diversos aspectos e funções da qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer de mama e próstata estiveram prejudicados durante a terapia. No que diz respeito às características sociodemográficas e clínicas, quando associadas, observou-se significância estatística entre a Escala de Saúde Global e as variáveis “sexo” e “conjugalidade”; Escala Funcional e faixa etária e renda familiar; Escala de Sintomas e sexo e faixa etária; Escala de Saúde Global e tipo de câncer, tratamento atual, tempo de tratamento, falta de acompanhante e número de comorbidades; Escala Funcional e número de comorbidades, diabetes *mellitus*, doença musculoesque-

lética, número de medicamentos e hipoglicemiantes; Escala de Sintomas e tipo de câncer, tratamento atual, número de comorbidades, diabetes *mellitus*, doença musculoesquelética, número de medicamentos e hipoglicemiantes. Esses achados indicam que diferentes aspectos sociodemográficos e clínicos influenciam diretamente a qualidade de vida da amostra avaliada.

Contribuição dos autores

Concepção e desenho ou análise e interpretação dos dados, redação do manuscrito ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual, aprovação final da versão a ser publicada e responsabilidade por todos os aspectos do texto na garantia da precisão e integridade de qualquer parte do manuscrito: Viana LRC, Costa KNFM.

Aprovação final da versão a ser publicada e responsabilidade por todos os aspectos do texto na garantia da precisão e integridade de qualquer parte do manuscrito: Ferreira GRS, Silva CRR, Freitas SA, Frazão MCLO, Costa TF.

Referências

1. Santos MO, Lima FCSD, Martins LFL, Oliveira JFP, Almeida LMD, Cancela MC. Estimated cancer incidence in Brazil, 2023-2025. *Rev Bras Cancerol.* 2023;69(1):e-213700. doi: <https://dx.doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2023v69n1.3700>
2. Carlos EA, Borgato JA, Garbio DC. Evaluation of the quality of life of cancer patients undergoing chemotherapy. *Rev Rene.* 2022;23:e71133. doi: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20222371133>
3. Salvetti MG, Machado CSP, Donato SCT, Silva AMD. Prevalence of symptoms and quality of life of cancer patients. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(2):e20180287. doi: <http://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0287>
4. Silveira FM, Wysocki AD, Mendez RD, Pena SB, Santos EM, Malaguti-Toffano S, et al. Impact of chemotherapy treatment on the quality of life of patients with cancer. *Acta Paul Enferm.* 2021;34:eAPE00583. doi: <https://dx.doi.org/10.37689/actape/2021A000583>

5. Lima EOL, Silva MMD. Quality of life of women with locally advanced or metastatic breast cancer. *Rev Gaúcha Enferm.* 2020;41:e20190292. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190292>
6. Medeiros MBD, Silva RMCRA, Pereira ER, Melo SHDS, Joaquim FL, Santos BMD, et al. Perception of women with breast cancer undergoing chemotherapy: a comprehensive analysis. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(Suppl 3):103-10. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0165>
7. Rocha DM, Pedrosa AO, Oliveira ACD, Benício CD, Santos AMD, Nogueira LT. Predictors and quality of life in patients with radiodermatitis: a longitudinal study. *Acta Paul Enferm.* 2021;34:eAPE01063. doi: <http://dx.doi.org/10.37689/actaape/2021A001063>
8. Salgado NDM, Silva FRF, Souza JCFD, Chagas JMA, Botelho LL, Gonçalves LSF, et al. Psychological impacts of mastectomy due to breast cancer in women's lives. *Rev Eletr Acervo Cientif.* 2021;31:1-6. doi: <https://doi.org/10.25248/REAC.e8386.2021>
9. Bardaweel SK, Akour AA, Al-Muhaisen S, Al-Salamat HA, Ammar K. Oral contraceptive and breast cancer: do benefits outweigh the risks? A case - control study from Jordan. *BMC Womens Health.* 2019;319(1):72. doi: <https://dx.doi.org/10.1186/s12905-019-0770-x>
10. Araújo JS, Zago MMF. Masculinities of prostate cancer survivors: a qualitative metasynthesis. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(1):231-40. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0730>
11. Abedalrahman SK, Ali BM, Al-Khalidy NAI, Al-Hashimi AS. Risk factors of breast cancer among Iraqi women. *J Contemp Med Sci.* 2019;3(5):149-53. doi: <https://doi.org/10.22317/jcms.v5i3.609>
12. Michels FAS, Latorre, MRDS, Maciel MS. Validity, reliability and understanding of the EORTC-C30 and EORTC-BR23, quality of life questionnaires specific for breast cancer. *Rev Bras Epidemiol.* 2013;16(2):352-63. doi: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2013000200011>
13. Gregorowitsch ML, Ghedri A, Young-Afat DA, Bijlsma R, Baas IO, Van Schaik-van de Mheen C, et al. The effect of chemotherapy on subjective cognitive function in younger early-stage breast cancer survivors treated with chemotherapy compared to older patients. *Breast Cancer Res Treat.* 2019;175(2):429-41. doi: <https://dx.doi.org/10.1007/s10549-019-05149-4>
14. Oliveira DAL, Silva LBF, Alves SKM, Guerra MCGC, Ramos VP. Social network support for women with breast cancer undergoing chemotherapy. *Rev Enferm Digit Cuid Prom Saúde.* 2023;8:1-8. doi: <https://doi.org/10.5935/2446-5682.20230186>
15. Dano D, Hénon C, Sarr O, Ka K, Ba M, Badiane A, et al. Quality of life during chemotherapy for breast cancer in a west African population in Dakar, Senegal: a prospective study. *J Glob Oncol.* 2019;5:1-9. doi: <https://ascopubs.org/doi/full/10.1200/JGO.19.00106>
16. Nunes MAH, Ceolim MF. Quality of sleep and symptom cluster in cancer patients undergoing chemotherapy treatment. *Cogitare Enferm.* 2019;24:e58046. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.58046>
17. Silva PR, Cruz LAP, Nascimento TG, Gozzo TO. Sleep quality and fatigue in women with breast cancer during chemotherapy. *Rev Enferm UFSM.* 2019;9:e20. doi: <https://dx.doi.org/10.5902/2179769232732>
18. Bedoya AM, Arcila AL, Cardona-Arias JA. Factores de riesgo para el cáncer de mama. *Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet].* 2019 [cited May 23, 2023];45(2):e370. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2019000200002&lng=es
19. Pereira LDA, Musso MAA, Calmon MV, Souza CBD, Zandonade E, Costa Neto SB, et al. Quality of life of women with breast cancer in the preoperative, postoperative and chemotherapy treatments. *Braz J Hea Rev.* 2021;4(2):6647-62. doi: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n2-216>
20. Tran TH, Trinh NL, Hoang Y, Nguyen TL, Vu TT. Health-related quality of life among vietnamese breast cancer women. *Cancer Control.* 2019;26(1):1073274819862787. doi: <http://doi.org/10.1177/1073274819862787>
21. Vassilievitch AC, Amorim BF, Kameo SY, Silva GO, Sawada NO. Sociodemographic and quality of life analysis related to the health of women with breast cancer after chemotherapy treatment. *RG&PP.* 2020;10(1):139-55. doi: <https://dx.doi.org/10.11606/rgpp.v10i1.175028>

22. Sant'Anna SS, Rosa RS, Gomes LOS, Souza FS, Biondo CS. Repercussions in the family context of patients with prostate cancer. *Rev Salud Pública*. 2022;24(5):1-8. doi: <https://doi.org/10.15446/rsap.v24n5.65435>
23. Silva WA, Ramos MJO, Carvalho MGMD, Dinizio VGO, Dantas VGV, Kameo SY. Cryotherapy for reduction of chemotherapy-induced alopecia: use in women with breast cancer. *Rev Soc Dev*. 2022;11(17):e117111738926. doi: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i17.38926>
24. Imran M, Al-Wassia R, Alkhayyat SS, Baig M, Al-Saati BA. Assessment of quality of life (QoL) in breast cancer patients by using EORTC QLQ-C30 and BR-23 questionnaires: a tertiary care center survey in the western region of Saudi Arabia. *PLoS One*. 2019;14(7):e0219093. doi: <https://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0219093>
25. Ligt KM, Heins M, Verloop J, Ezendam NPM, Smorenburg CH, Korevaar JC. The impact of health symptoms on health-related quality of life in early-stage breast cancer survivors. *Breast Cancer Res Treat*. 2019;178(3):703-11. doi: <https://doi.org/10.1007/s10549-019-05433-3>
26. Lee Y, Baek JM, Ye-Won J, Eun-Ok IM. Illness perception and sense of well-being in breast cancer patients. *Patient Prefer Adherence*. 2019;13:1557-67. doi: <https://doi.org/10.2147/PPA.S225561>
27. Castillo-Otiniano CC, Yan-Quiroz EF. Hipertensión arterial y diabetes mellitus como factores de riesgo para el cáncer de mama. *Rev Cuerpo Méd*. 2019;12(1):35-9. doi: <https://doi.org/10.35434/rmhnaaa.2019.121.483>



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons