

Fatores associados à qualidade de vida em câncer de mama avançado durante quimioterapia paliativa*

Factors associated with quality of life in advanced breast cancer during palliative chemotherapy

Como citar este artigo:

Marcondes L, Prado E, Baltazar MEL, Santos ME, Silva NFS, Nogueira LA, et al. Factors associated with quality of life in advanced breast cancer during palliative chemotherapy. Rev Rene. 2026;27:e96402. DOI: <https://doi.org/10.36517/2175-6783.20262796402>

 Larissa Marcondes¹
 Eleandro do Prado¹
 Maria Eduarda Leal Baltazar¹
 Maria Eduarda dos Santos¹
 Nicollas Ferraz Sudario da Silva¹
 Luciana de Alcantara Nogueira¹
 Luciana Puchalski Kalinke¹

*Extraído da tese intitulada “Efetividade da auriculoterapia a laser na qualidade de vida, fadiga e ansiedade de mulheres com câncer de mama avançado em quimioterapia paliativa: ensaio clínico randomizado”, Universidade Federal do Paraná, 2024.

¹Universidade Federal do Paraná.
Curitiba, PR, Brasil.

Autor correspondente:

Larissa Marcondes
Avenida Prefeito Lothário Meissner, 632,
Jardim Botânico, CEP: 80210-170. Curitiba, PR, Brasil.
E-mail: larissamarcondes@ufpr.br

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

EDITOR CHEFE: Ana Fatima Carvalho Fernandes 

EDITOR ASSOCIADO: Adriana Cristina Nicolussi 

RESUMO

Objetivo: investigar fatores sociodemográficos e clínicos associados à qualidade de vida em mulheres com câncer de mama avançado no início do tratamento quimioterápico paliativo. **Métodos:** estudo observacional, transversal e analítico, realizado com mulheres com câncer de mama avançado iniciando quimioterapia paliativa em um ambulatório oncológico. Aplicaram-se questionários — sociodemográfico e clínico — e o *Functional Assessment of Cancer Therapy – General*. As análises incluíram estatística descritiva, teste t de Student, ANOVA e correlação de Pearson, com tamanho de efeito *bootstrapping* (2.000 reamostragens) adotando $p \leq 0,05$. **Resultados:** participaram 123 mulheres, média de 53,25 anos; escore de qualidade de vida global de 55,28. Houve diferença significativa para qualidade de vida global, quando correlacionada a número de filhos ($p=0,008$) e recebimento de ajuda de custo/benefício do governo ($p=0,003$). **Conclusão:** fatores clínicos e sociodemográficos como fazer quimioterapia, radioterapia e ter filhos, associaram-se à pior qualidade de vida em mulheres com câncer de mama avançado. **Contribuições para a prática:** reforça-se a importância do monitoramento contínuo e completo da qualidade de vida e dos fatores externos que interferem neste desfecho para mulheres com câncer de mama avançado. **Descritores:** Qualidade de Vida; Neoplasias da Mama; Metástase Neoplásica; Enfermagem Oncológica.

ABSTRACT

Objective: to investigate sociodemographic and clinical factors associated with quality of life in women with advanced breast cancer beginning palliative chemotherapy. **Methods:** this observational, cross-sectional, and analytical study evaluated women with advanced breast cancer starting palliative chemotherapy at an oncology outpatient clinic. We administered sociodemographic and clinical questionnaires, alongside the Functional Assessment of Cancer Therapy – General. Analyses included descriptive statistics, Student’s t-test, ANOVA, and Pearson correlation, using bootstrapping (2,000 resamples) for effect size at a significance level of $p \leq 0.05$. **Results:** the study included 123 women with a mean age of 53.25 years. The overall quality of life score was 55.28. Overall quality of life differed significantly based on the number of children ($p=0.008$) and receipt of government financial assistance ($p=0.003$). **Conclusion:** clinical and sociodemographic factors, including chemotherapy, radiotherapy, and having children, correlated with poorer quality of life in women with advanced breast cancer. **Contributions to practice:** these findings underscore the need for continuous, comprehensive monitoring of quality of life and the external factors affecting this outcome in women with advanced breast cancer.

Descriptors: Quality of Life; Breast Neoplasms; Neoplasm Metastasis; Oncology Nursing.

Introdução

Entre os tipos de neoplasias malignas, o câncer de mama apresenta a maior incidência na população feminina em âmbito mundial. Em 2022, registrou-se cerca de 2 milhões de novos casos em todo o mundo, representando cerca de um quarto de todos os cânceres femininos globalmente⁽¹⁾. No Brasil, o Instituto Nacional do Câncer José de Alencar e Silva (INCA) estimou a ocorrência de 73.610 casos novos anuais, no triênio 2023-2025, evidenciando a tendência de aumento da carga da doença⁽²⁾.

Não somente o aumento no número de casos, mas também a mortalidade da doença são fatores que exigem atenção do sistema de saúde. De acordo com projeções, é esperado até 2050, mais de 3,2 milhões de casos novos e de 1,1 milhão de mortes em consequência do câncer de mama⁽³⁾. Neste contexto, vem se observando que o diagnóstico do Câncer de Mama Avançado (CMA), que corresponde aos estágios III e IV, é responsável pela maioria dos óbitos, com taxas de sobrevida de cinco anos inferiores a 5%, contrastando com cerca de 80% nos estágios iniciais.

Estima-se que 6% de todos os diagnósticos de câncer são realizados em estágio avançado, condição associada a aproximadamente 90% dos óbitos pela doença⁽⁴⁻⁵⁾. Em se tratando especificamente do câncer de mama, aproximadamente 40% dos diagnósticos ocorrem em fases avançadas, reforçando a necessidade de estudos que abordem a temática⁽⁶⁾. O diagnóstico tardio é frequentemente relacionado a desigualdades socioeconômicas, limitações no acesso aos serviços de saúde e baixo letramento em saúde. Estas questões contribuem para um pior prognóstico e maior necessidade de intervenções paliativas^(2,7).

A quimioterapia paliativa, frequentemente indicada nestes estágios, associa-se a múltiplos efeitos adversos, como fadiga, náuseas, neuropatias periféricas, ansiedade, depressão e distúrbio na imagem corporal, os quais repercutem negativamente na qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) das pacientes⁽⁸⁻⁹⁾. A literatura descreve esse desfecho como uma medida subjetiva, influenciada tanto pelo tratamento

quanto por características individuais⁽¹⁰⁾. Evidências sugerem que os fatores sociodemográficos e clínicos, como a idade, escolaridade, renda familiar, suporte social, raça, estado civil, comorbidades e tempo de diagnóstico, interferem negativamente na percepção da QVRS. No entanto, ainda são frágeis os estudos que investiguem tais associações em mulheres com câncer de mama avançado no início da quimioterapia paliativa, fase marcada por elevada vulnerabilidade física, emocional e decisões terapêuticas difíceis⁽¹¹⁾.

Diante desse cenário, emergiu a questão norteadora deste estudo: quais fatores sociodemográficos e clínicos estão associados à qualidade de vida de mulheres com câncer de mama avançado no início da terapia paliativa? Para respondê-la, este estudo teve como objetivo investigar fatores sociodemográficos e clínicos associados à qualidade de vida em mulheres com câncer de mama avançado no início do tratamento quimioterápico paliativo.

Métodos

Tipo de estudo

Estudo observacional, transversal e analítico. Utilizou-se a ferramenta *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE) extensão *cross-sectional studies*, para auxiliar na sua descrição.

Local e período

O estudo foi desenvolvido no ambulatório de quimioterapia de um hospital oncológico, referência na região sul do Brasil, com atendimento majoritariamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e localizado no estado do Paraná. As mulheres foram recrutadas durante o período de setembro de 2021 a outubro de 2022.

População, critérios de inclusão e exclusão

Para compor a amostra por conveniência, foram convidadas a participar da pesquisa todas as mulheres

com câncer de mama avançado que estavam iniciando a quimioterapia paliativa durante o período de coleta de dados, totalizando 126 no período. No entanto, três negaram-se a participar, sendo a amostra constituída por 123 mulheres. O cálculo do tamanho amostral foi baseado no número de pacientes com câncer de mama avançado em quimioterapia paliativa (primeira ou segunda linha) atendidos nos três anos anteriores ao início da pesquisa: 2018 (n=150), 2019 (n=157) e 2020 (n=143). Considerou-se a média anual desses atendimentos como população de referência para o dimensionamento amostral. Adotando-se margem de erro de 3,8% e nível de confiança de 95%, estimou-se uma amostra final de 123 participantes.

Foram incluídas mulheres, com 18 anos ou mais, com diagnóstico confirmado de câncer de mama avançado (estágio III e/ou IV), que tiveram indicação para iniciar protocolo de quimioterapia paliativa e antes de iniciar a primeira infusão de quimioterapia paliativa. Não foram inseridas as mulheres com inviabilidade em manter comunicação verbal ou escrita. Destaca-se que todas as pacientes elegíveis no período de coleta foram abordadas e nenhuma foi considerada inviável para participação segundo os critérios estabelecidos.

Coleta de dados

As pacientes foram inicialmente abordadas na sala de espera da quimioterapia e, posteriormente, conduzidas a uma sala reservada, garantindo a coleta de dados sem a presença de acompanhantes. A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora principal, mediante a aplicação de dois questionários, ambos impressos. São eles: 1) sociodemográfico e clínico; 2) *Functional Assessment of Cancer Therapy – General* (FACT-G). Ambos foram preenchidos pelas participantes, por serem questionários autoaplicáveis. Para o questionário sociodemográfico e clínico, caso a participante não soubesse todas as informações, a pesquisadora principal realizava o preenchimento com dados contidos e disponíveis no prontuário.

O questionário sociodemográfico e clínico foi elaborado por pesquisadores do Grupo de Estudos

Multiprofissional em Saúde do Adulto (GEMSA) e já foi utilizado em pesquisas anteriores com populações e amostras semelhantes⁽¹²⁻¹³⁾. O instrumento contempla variáveis sociodemográficas: idade, sexo, cidade de procedência, acompanhamento de familiar, zona de residência, raça/etnia, estado civil, número de filhos, escolaridade, profissão/ocupação, renda familiar, crença e prática religiosa e clínicas: diagnóstico, data do diagnóstico, estadiamento clínico, presença de metástase, tratamentos prévios, histórico familiar de câncer, comorbidades clínicas, tabagismo, etilismo, uso de medicação contínua, protocolo quimioterápico e *Karnofsky Performance Status* (KPS).

O KPS é um instrumento clínico empregado para avaliar e quantificar a capacidade funcional de pacientes, especialmente aqueles com doenças crônicas, como o câncer. É composto por 11 níveis graduados em intervalos de 10%; pontuações mais baixas refletem pior funcionalidade. Neste estudo, o valor do KPS não foi aferido diretamente pela pesquisadora, sendo obtido a partir de registros presentes no prontuário eletrônico do paciente.

O FACT-G é um questionário específico para avaliar a qualidade de vida de pacientes com câncer⁽¹⁴⁾. É composto por 27 questões, do tipo Likert em uma escala de 0 a 4, subdivididas em quatro domínios principais: físico (sete questões), social/familiar (oito questões), emocional (seis questões), funcional (sete questões). O escore do instrumento é obtido por domínio através das médias das respostas e o escore total é obtido através da soma dos escores dos domínios. Sua pontuação pode variar de 0 a 108, quanto maior a pontuação final, melhor é a qualidade de vida.

Análise e tratamento dos dados

Os dados dos questionários foram digitados e tabulados duplamente em planilhas eletrônicas do programa *Microsoft Office Excel*®. Os dados foram analisados descritivamente por meio de média (M), desvio padrão (DP), além da frequência absoluta e percentual para variáveis categóricas. A identificação de diferenças entre os escores FACT-G e as variáveis

categóricas independentes com dois grupos foi feita pelo teste t de Student. A homogeneidade de variância pelo Levene. O tamanho de efeito utilizado foi o *d* de Cohen⁽¹⁵⁾. Os pontos de corte são: pequeno = 0,2; médio = 0,5; alto = 0,8⁽¹⁶⁾. Nos casos de variáveis com três ou mais grupos, utilizou-se o teste de análise de variância (ANOVA) de uma via. Foi usado o teste robusto de Welch para identificação da diferença entre as médias⁽¹⁷⁾. O tamanho de efeito para o teste ANOVA *one-way* foi o *Omega square* Ω^2 , no qual os pontos de corte são: efeito baixo = 0,01; médio = 0,06; alto = 0,14⁽¹⁶⁾. Para identificar correlações entre o escore do FACT-G e variáveis numéricas como idade e Karnofsky, foi usada a Correlação de Pearson.

Todos os testes foram realizados por meio da técnica de *bootstrapping* (2.000 reamostragens; intervalo de confiança [IC] de 95% BCa), a qual permite a correção de desvios de normalidade e proporciona estimativas mais confiáveis, bem como maior precisão dos intervalos de confiança. O *software* utilizado para todas as análises foi o SPSS, versão 25.

Aspectos éticos

Em relação aos aspectos éticos, a pesquisa cumpriu os requisitos da Resolução n.º 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Erasto Gaertner sob o número do parecer 4.704.263/2021,

Certificado de Apresentação de Apreciação Ética 44571421.1.0000.0098. Todos os pacientes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e os preceitos éticos foram respeitados.

Resultados

Foram incluídas 123 mulheres com câncer de mama avançado iniciando tratamento com quimioterapia paliativa, com média de idade de 53,3 (DP±11,3) anos, 117 (95,1%) residentes de área urbana e 116 (94,3%) brancas.

Em relação à religiosidade, 118 (95,9%) declararam possuir alguma crença religiosa e 53 (80,3%) afirmaram praticá-la. Ao observar o estado civil, 80 (65,0%) não tinham parceiros fixos, sendo solteiras e/ou viúvas; a respeito da composição familiar, 105 (85,3%) das participantes possuíam ao menos um filho.

Ao comparar a Qualidade de Vida Global (QVG) entre os diferentes dados sociodemográficos, observou-se que mulheres sem filhos apresentaram, no mínimo, oito pontos a mais no escore quando comparadas às demais participantes (63,2/108±21,2), indicando melhor qualidade de vida ($p=0,008$). E, em relação à ajuda de custo governamental, verificou-se que aquelas que não recebiam obtiveram escores significativamente superiores de QVG (56,0/108±13,8) quando comparadas com as demais participantes ($p=0,003$) (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição absoluta (n) e percentual (%) das características sociodemográficas de mulheres com câncer de mama avançado iniciando quimioterapia paliativa (n=123). Curitiba, PR, Brasil, 2022

Características	Qualidade de Vida Global			p-valor
	n (%)	Média (DP*)	IC95% [†]	
Estado civil				0,349 [‡]
Casado	37 (30,1)	55,4 (15,7)	54,6; 56,2	
Solteiro	67 (54,5)	54,2 (13,5)	53,8; 54,6	
Viúvo	13 (10,6)	57,4 (9,0)	56,0; 58,7	
União consensual	6 (4,9)	61,8 (9,5)	58,7; 64,9	
Número de filhos				0,008 [§]
Não possui	18 (14,6)	63,2 (21,2)	60,9; 65,5	
1	57 (46,3)	53,1 (11,3)	52,8; 53,5	
2 a 3	38 (30,9)	55,6 (12,7)	55,0; 56,3	
> 3	10 (8,1)	51,9 (7,0)	50,5; 53,3	
Escolaridade				0,268 [§]
Analfabeto funcional (anos)	4 (3,3)	54,3 (6,9)	51,0; 57,7	
4 a 7	59 (48,0)	54,0 (13,9)	53,5; 54,4	
8 a 10	45 (36,6)	56,1 (12,6)	55,6; 56,7	
≥11	15 (12,2)	58,3 (17,2)	56,0; 60,5	

(A Tabela 1 continua na próxima página)

Características	Qualidade de Vida Global			
	n (%)	Média (DP*)	IC95% [†]	p-valor
Profissão/ocupação				0,135 [‡]
Empregado	66 (53,7)	56,6 (14,7)	56,2; 57,0	
Autônomo	20 (16,3)	51,6 (10,0)	50,6; 52,5	
Desempregado	16 (13,0)	59,1 (16,0)	57,1; 61,0	
Estudante	21 (17,1)	51,6 (10,2)	50,7; 52,6	
Renda familiar (salário-mínimo)				0,427 [§]
Sem renda	3 (2,4)	54,3 (2,8)	52,5; 56,1	
Até 1	7 (5,7)	50,3 (6,3)	48,6; 52,0	
1 a 3	100 (81,3)	55,2 (13,6)	54,9; 55,5	
4 a 10	11 (8,9)	60,0 (19,6)	56,5; 63,5	
>10	2 (1,6)	53,0 (2,8)	50,2; 55,8	
Recebe ajuda de custo/benefício do governo				0,003
Sim	9 (7,3)	46,8 (8,6)	44,9; 48,7	
Não	114 (92,7)	56,0 (13,8)	55,7; 56,1	

*DP: Desvio-padrão; [†]IC: Intervalo de confiança; [‡]Teste de Anova; [§]Teste t de Student; ^{||}Significância estatística

Quanto às características clínicas, todas as participantes apresentavam câncer de mama em estágio IV, não eram etilistas, tinham metástase em alguma parte do corpo e haviam sido submetidas a tratamento prévio.

Em relação aos tratamentos realizados previamente, destaca-se que 123 (100%) realizaram quimioterapia, 85 (69,1%) radioterapia e 96 (78,0%) cirurgia antes do início do tratamento com quimioterapia paliativa, sendo que as não realizaram cirurgia apresentaram um escore de QVG (60,5/108±17,1) ligeiramente maior que as demais (Tabela 2).

Acerca do histórico de câncer, 55 (44,7%) relataram histórico pregresso; 51 (41,5%) apresentavam pelo menos uma comorbidade, sendo a hipertensão arterial a que apresenta o maior destaque com 41 (33,3%) e diabetes mellitus com 25 (20,3%). Em 65 (52,8%) das mulheres, pelo menos um medicamento contínuo era utilizado, conforme apresentado na tabela 2. Em relação aos escores de QVG, observa-se que as características clínicas não influenciaram na diferença da qualidade de vida dessas mulheres.

Tabela 2 – Distribuição absoluta (n) e percentual (%) das características clínicas de mulheres com câncer de mama avançado iniciando quimioterapia paliativa (n=123). Curitiba, PR, Brasil, 2022

Características	Qualidade de Vida Global			
	n (%)	Média (DP*)	IC95% [†]	p-valor [‡]
Radioterapia prévia				0,548
Sim	85 (69,1)	54,8 (13,2)	54,4; 55,0	
Não	38 (30,9)	56,5 (14,8)	55,7; 57,2	
Cirurgia prévia				0,060
Sim	96 (78,0)	53,9 (12,2)	53,6; 54,0	
Não	27 (22,0)	60,5 (17,1)	59,2; 61,7	
Histórico de câncer				0,100
Sim	55 (44,7)	57,7 (16,6)	57,1; 58,2	
Não	68 (55,3)	53,3 (10,4)	53,0; 53,6	
Comorbidades clínicas				0,977
Sim	51 (41,5)	55,3 (12,8)	54,9; 55,9	
Não	72 (58,5)	55,2 (14,3)	54,9; 55,6	
Hipertensão arterial sistêmica				0,879
Sim	41 (33,3)	55,5 (13,4)	54,9; 56,2	
Não	82 (66,7)	55,2 (13,9)	54,8; 55,5	
Diabetes mellitus				0,540
Sim	25 (20,3)	56,9 (15,1)	55,7; 58,1	
Não	98 (79,7)	54,9 (13,3)	54,6; 55,1	
Tabagista				0,105
Sim	26 (21,1)	59,7 (15,8)	58,5; 60,9	
Não	97 (78,9)	54,1 (12,9)	53,9; 54,4	
Número de medicações				0,258
1	75 (61,0)	54,2 (13,9)	53,8; 54,5	
≥2	48 (39,0)	57,0 (13,1)	56,2; 57,4	
Uso de medicação contínua				0,709
Sim	65 (52,8)	54,8 (13,8)	54,4; 55,2	
Não	58 (47,2)	55,8 (13,5)	55,3; 56,2	

*DP: Desvio-padrão; [†]IC: Intervalo de confiança; [‡]Teste t de Student

A Tabela 3 apresenta as médias de cada um dos domínios e do escore total do instrumento FACT-G, que caracteriza a QVG. Os quatro domínios referem-se ao bem-estar: físico, social/familiar, emocional e funcional, que avaliam de maneira ampla a qualidade de vida de pessoas com câncer. Observa-se que a QVG dessas mulheres é baixa antes mesmo de iniciar a quimioterapia paliativa (55,3/108±13,7) e o domínio funcional foi o mais afetado entre os domínios (10,3/28±4,6).

Tabela 3 – Distribuição das médias dos escores dos domínios e do escore geral do *Functional Assessment of Cancer Therapy – General* (n=123). Curitiba, PR, Brasil, 2022

Variáveis	Média (DP*)	IC95% [†]	Varição [‡]
Bem-estar físico	15,1 (5,5)	14,1; 16,1	(0-28)
Bem-estar social/familiar	13,1 (4,7)	12,3; 13,9	(0-28)
Bem-estar emocional	16,8 (4,6)	15,9; 17,6	(0-24)
Bem-estar funcional	10,3 (4,6)	9,5; 11,1	(0-28)
Qualidade de Vida Global	55,3 (13,7)	52,8; 57,7	(0-108)

*DP: desvio padrão; [†]IC: Intervalo de confiança; [‡]Varição possível de cada subescala

Na Tabela 4, apresenta-se o teste de correlação entre qualidade de vida, idade e índice de desempenho de *Karnofsky*. Verificou-se correlação negativa e estatisticamente significativa entre idade e FACT-G ($r=-0,205$; $p=0,024$), evidenciando que essas variáveis são inversamente proporcionais, ou seja, à medida que a idade aumenta, os escores de qualidade de vida diminuem.

Tabela 4 – Teste de correlação de Pearson entre os escores do *Functional Assessment of Cancer Therapy – General* e variáveis independentes (n=123). Curitiba, PR, Brasil, 2022

Características	Correlação			p-valor		
	Idade	FACT-G*	Karno-fsky	Idade	FACT-G	Karno-fsky
Idade	1,000	-	-	-	-	-
FACT-G – Escore de qualidade de vida global	-0,205	1,000	-	0,024 [†]	-	-
Karnofsky	-0,088	0,0448	1,000	0,333	0,627	-

*FACT-G: *Functional Assessment of Cancer Therapy – General*; [†]Significância estatística

Discussão

Os resultados indicam que mulheres com câncer de mama avançado, especialmente em estágio IV, apresentam importante prejuízo funcional antes do início da quimioterapia paliativa, refletindo limitações nas atividades cotidianas, autonomia e desempenho físico. Esses achados evidenciam o impacto significativo da doença em estágio avançado.

Em consonância com esses resultados, um estudo brasileiro realizado no Amazonas identificou correlação significativa entre limitação funcional e pior qualidade de vida em mulheres com câncer de mama, sugerindo que o caráter progressivo da doença contribui para sobrecarga sintomática. Além disso, encontrou associação entre fadiga e qualidade de vida, reforçando o papel de sintomas físicos persistentes no declínio do bem-estar. Tais achados, embora não específicos para CMA, reforçam o papel central da funcionalidade no comprometimento da qualidade de vida⁽¹⁸⁾.

Ainda sobre os dados clínicos, a quimioterapia e radioterapia permanecem como pilares do tratamento em serviços públicos, com ampla utilização de múltiplas modalidades terapêuticas antes do estabelecimento de condutas paliativas, o que se coaduna com a prevalência de tratamentos prévios encontrada na presente amostra. O contexto de histórico de múltiplos tratamentos, os efeitos adversos corriqueiros dessas terapias, a evolução para metástase e complexidade clínica, colabora diretamente para a melhoria da qualidade de vida, que tende a ser impactada não apenas pelos sintomas físicos, mas também pela sobrecarga emocional, pela redução da funcionalidade e pelas limitações impostas pela terapêutica paliativa⁽¹⁹⁻²⁰⁾.

Observou-se elevada prevalência de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, bem como uso contínuo de medicamentos em mais da metade da amostra, evidenciando que pacientes oncológicos em estágios avançados da doença frequentemente apresentam múltiplas comorbidades associadas à polifarmácia, terapias de suporte para controle de efeitos adversos e idade avançada. Esse cenário compromete a

tolerância aos regimes quimioterápicos, influencia decisões terapêuticas e pode reduzir a efetiva aderência das pacientes no tratamento, com impacto negativo na qualidade de vida⁽²¹⁻²²⁾.

Considerando o cenário internacional, um estudo multicêntrico conduzido em mulheres com câncer de mama metastático demonstrou que os escores do FACT-G apresentaram declínio progressivo ao longo do tratamento, especialmente quando não há intervenção ativa no monitoramento da qualidade de vida. A análise do *time to deterioration* evidenciou que uma redução de 10 pontos no FACT-G caracteriza deterioração clínica significativa da QVG, reforçando que pequenas variações no escore já refletem impacto substancial na vida dessas pacientes. Assim, o valor médio observado no presente estudo sinaliza um estado de vulnerabilidade clínica importante, compatível com o estágio avançado da doença⁽²³⁾.

Adicionalmente, observou-se que a idade mais avançada esteve associada a menores escores de QVG, evidenciando uma correlação negativa. Estudos conduzidos com amostras semelhantes reforçam esses achados, sugerindo que a redução na qualidade de vida pode estar relacionada tanto ao efeito mais intenso dos sintomas do tratamento quanto à presença de comorbidades e limitações funcionais prévias, como o avançar da idade. Resultado já descrito na literatura internacional, que aponta maior vulnerabilidade funcional, física e emocional nessa faixa etária⁽²⁴⁻²⁵⁾.

Aspectos sociodemográficos também exerceram influência relevante, como observado na melhor QVG entre mulheres sem filhos. Embora os filhos sejam frequentemente citados na literatura como fonte de apoio, o presente estudo sugere que sua presença pode aumentar a sobrecarga de responsabilidades e o estresse psicossocial durante o tratamento⁽²⁶⁾. Assim, mulheres sem filhos podem ter maior autonomia para focar no autocuidado e no enfrentamento da doença.

Em outra perspectiva, a literatura também aponta que a presença de filhos ou de outro ente querido dependente do cuidado dessas mulheres sobrecarrega suas responsabilidades. Um estudo recente mostrou

que indivíduos em cuidados paliativos se sentem impotentes ante o diagnóstico de câncer avançado, além disso, a percepção de provocar sofrimento em outras pessoas pode intensificar esse sentimento, o que nos leva a pensar que o escore de QVG menor em mulheres com filhos está relacionado ao cenário de preocupação intensa de como estes ficarão em sua ausência⁽²⁷⁾.

Já no âmbito financeiro, a literatura brasileira evidencia que a renda insuficiente contribui para a redução da qualidade de vida. Nesse cenário, infere-se que mulheres dependentes do auxílio governamental tendem a ter uma QVG inferior, como apresentado nos resultados desta pesquisa, possivelmente porque o recebimento do auxílio sinaliza uma condição de vulnerabilidade econômica que torna a mulher mais suscetível a um impacto negativo da doença e do tratamento⁽²⁴⁾. Ainda, identificou-se que mulheres com emprego ativo apresentaram menor qualidade de vida quando comparadas com mulheres desempregadas. Isso se deu possivelmente em razão da dificuldade de manter a rotina laboral e sua demanda de produtividade durante o tratamento, aliado ao receio de perder o emprego e consequentemente sua fonte de renda, como corroborado por um estudo internacional⁽²⁸⁾.

Dessa forma, os achados do presente estudo reforçam que a QVG em mulheres CMA é fortemente afetada por fatores funcionais, clínicos e sociodemográficos. Evidencia-se a necessidade de abordagens multidimensionais e estratégias de cuidado centradas na funcionalidade, suporte psicossocial e monitoramento contínuo da qualidade de vida como eixo estruturante do tratamento paliativo.

Ressalta-se que estes resultados devem ser interpretados à luz do contexto estudado, uma vez que a amostra foi coletada em um único serviço oncológico. Estudos multicêntricos com diferentes perfis podem ampliar a compreensão dos fatores envolvidos e subsidiar intervenções mais direcionadas a esta população.

Limitações do estudo

Dentre as limitações que devem ser considera-

das, destaca-se que este estudo foi conduzido em um único serviço oncológico do sul do Brasil, o que pode restringir a extrapolação e replicação dos achados para outras regiões ou para populações com características sociodemográficas e culturais distintas. Assim, pesquisas conduzidas em diferentes instituições e contextos geográficos são necessárias para ampliar a representatividade e fortalecer a generalização dos resultados.

Contribuições para a prática

Este estudo evidencia que mulheres com câncer de mama avançado já apresentam comprometimento relevante da QVG antes mesmo de iniciar a quimioterapia paliativa, especialmente no domínio funcional, reforçando a necessidade de um cuidado integral e personalizado. Os resultados destacam a importância da avaliação contínua com instrumentos validados, da identificação precoce de vulnerabilidades e do manejo de sintomas relacionados a fatores clínicos e sociodemográficos. Assim, subsidia a prática da enfermagem ao indicar a importância de intervenções humanizadas, multidimensionais e individualizadas, contribuindo para decisões terapêuticas mais eficazes e sensíveis às questões que extrapolam o âmbito biomédico de avaliação da paciente.

Conclusão

Os achados deste estudo indicam que características clínicas decorrentes da evolução da doença, bem como fatores sociodemográficos, como idade, presença de filhos e vulnerabilidade financeira, estão associados a pior qualidade de vida em mulheres com câncer de mama avançado no início da quimioterapia paliativa. Esses fatores evidenciam a importância de estratégias de cuidado que considerem necessidades individuais e dimensões funcionais e psicossociais do adoecimento.

Contribuição dos autores

Concepção de estudo, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual, aprovação da versão final a ser publicada e concordância em ser responsável por todos os aspectos do manuscrito relacionados à precisão ou integridade de sejam investigadas e resolvidas adequadamente: **Marcondes L, Prado E, Baltazar MEL, Santos ME, Silva NFS, Nogueira LA, Kalinke LP.**

Disponibilidade de dados

O conjunto de dados que dá suporte aos resultados está disponível mediante solicitação ao autor correspondente.

Referências

1. Bray F, Laversanne M, Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Soerjomataram I, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2024;74(3):229-63. doi: <https://doi.org/10.3322/caac.21834>
2. Instituto Nacional de Câncer. Controle do câncer de mama no Brasil: dados e números 2025 [Internet]. 2025 [cited Oct 15, 2025]. Available from: <http://ninho.inca.gov.br/jspui/handle/123456789/17733>
3. Sidharthan C. Breast cancer cases and deaths set to surge by 2050—are we prepared? *News Medical* [Internet]. 2025 [cited Oct 15, 2025]. Available from: <http://www.news-medical.net/news/20250225/Breast-cancer-cases-and-deaths-set-to-surge-by-2050e28094are-we-prepared.aspx>
4. Riggio AI, Varley KE, Welm AL. The lingering mysteries of metastatic recurrence in breast cancer. *Br J Cancer* 2021;124(1):13-26. doi: <https://doi.org/10.1038/s41416-020-01161-4>
5. American Cancer Society. Cancer facts & figures [Internet]. 2023 [cited Oct 15, 2025]. Available from: <http://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/an>

- nual-cancer-facts-and-figures/2023/2023-cancer-facts-and-figures.pdf
6. Instituto Nacional de Câncer. Controle do câncer de mama no Brasil: dados e números [Internet]. 2024 [cited Oct 15, 2025]. Available from: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/controle-do-cancer-de-mama-no-brasil-dados-e-numeros-2024>
7. Dourado CARO, Santos CMF, Santana VM, Gomes TN, Cavalcante LTS, Lima MCL. Breast cancer and analysis of the factors related to the disease detection and staging methods. *Cogitare Enferm.* 2022;27:e81039. doi: <https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.81039>
8. Hasanah U, Ahmad M, Prihantono P, Usman AN, Aryyad A, Agustin DI. The quality of life assessment of breast cancer patients. *Breast Dis.* 2024;43(1):173-85. doi: <http://doi.org/10.3233/BD-249008>
9. Cardoso F, Rihani J, Harmer V, Harbeck N, Casas A, Rugo HS, et al. Quality of life and treatment-related side effects in patients with HR+/HER2- advanced breast cancer: findings from a multicountry survey. *Oncologist.* 2023;28(10):856-65. doi: <https://doi.org/10.1093/oncolo/oyad207>
10. Costa MSO, Diniz JR, Vasconcelos EMR, Albuquerque KA, Santos CR, Araújo EC. Fatores que influenciam na qualidade de vida e no autocuidado de mulheres com câncer de mama. *Rev Recien.* 2023;13(41):412-22. doi: <https://dx.doi.org/10.24276/rrecien2023.13.41.412-422>
11. Santos TB, Borges AKM, Ferreira JD, Meira KC, Souza MC, Guimarães RM, et al. Prevalence and factors associated to advanced stage breast cancer diagnosis. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2022;27(2):471-82. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232022272.36462020>
12. Silva LAA, Machado CAM, Santana EO, Silva MN, Felix JVC, Sawada NO, et al. Guided imagery relaxation in quality of life of patients undergoing hematopoietic stem cell transplantation: a quasi-experiment. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2021;22(8):2453-60. doi: <https://doi.org/10.31557/APJCP.2021.22.8.2453>
13. Santana EO, Silva LS, Silva LAA, Lemos JLA, Marcondes L, Guimarães PRB, et al. Effect of guided imagery relaxation on anxiety in cervical cancer: randomized clinical trial. *Rev Bras Enferm.* 2023;76(5):e20210874. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0874>
14. Campos JADB, Spexoto MCB, Serrano SV, Maroco J. Psychometric characteristics of the Functional Assessment of Cancer Therapy-General when applied to Brazilian cancer patients: a cross-cultural adaptation and validation. *Health Qual Life Outcomes.* 2016;14(1):8. doi: <https://doi.org/10.1186/s12955-015-0400-8>
15. Lakens D. Calculating and reporting effect sizes to facilitate cumulative science: a practical primer for t-tests and ANOVAs. *Front Psychol.* 2013;4:863. doi: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2013.00863>
16. Serdar CC, Cihan M, Yücel D, Serdar MA. Sample size, power and effect size revisited: simplified and practical approaches in pre-clinical, clinical and laboratory studies. *Biochem Med (Zagreb).* 2021;31(1):010502. doi: <https://dx.doi.org/10.11613/BM.2021.010502>
17. Field A. Descobrimos a estatística usando o SPSS. São Paulo: Penso; 2021.
18. Cardoso MCM, Araújo RS, Silva JP, Brandão RNM, Carneiro SR. Assessment of upper limbs functionality, quality of life and postoperative fatigue in women with breast cancer at a reference hospital in the Amazon Region. *Rev Bras Cancerol.* 2025;71(4):e-055271. doi: <http://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2025v71n4.5271>
19. Santos RLB, Osorio-de-Castro CGS, Sobreira-da-Silva MJ, Pepe VLE. First use of antineoplastic agents in women with breast cancer in the state of Rio de Janeiro, Brazil. *Front Pharmacol.* 2023;14:1069505. doi: <https://doi.org/10.3389/fphar.2023.1069505>
20. Machado RHI, Souza JR. Pacientes mulheres com câncer de mama metastático: impacto do diagnóstico e estratégias de enfrentamento. *Brasília Med.* 2022;59:1-23. doi: <http://doi.org/10.5935/2236-5117.2022v59a246>
21. Shamieh O, Alarjeh G, Li H, Naser MA, Farsakh FA, Abdel-Razeq R, et al. Care needs and symptoms burden of breast cancer patients in Jordan: a cross-sectional study. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(17):10787. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph191710787>
22. Brandstetter LS, Grau A, Heuschmann PU, Müller-Reiter M, Salmen J, Störk S, et al. Medication patterns and potentially inappropriate medication in patients with metastatic breast cancer:

- results of the BRE-BY-MED study. *BMC Cancer*. 2025;25(1):125. doi: <https://doi.org/10.1186/s12885-025-13548-8>
23. Harbeck N, Fasching PA, Wuerstlein R, Degenhardt T, Lüftner D, Kates RE, et al. Significantly longer time to deterioration of quality of life due to CANKADO PRO-React eHealth support in HR+ HER2- metastatic breast cancer patients receiving palbociclib and endocrine therapy: primary outcome analysis of the multicenter randomized AGO-B WSG Pre-Cycle trial. *Ann Oncol*. 2023;34(8):660-9. doi: <https://doi.org/10.1016/j.annonc.2023.05.003>
24. 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://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.20232489231>
25. Campos AAL, Bustamante-Teixeira MT, Ervilha RR, Fayer VA, Cintra JRD, Freitas RM, et al. Quality of life of women who underwent breast cancer treatment relative to sociodemographic, behavioral, and clinical factors. *Einstein (São Paulo)*. 2024;22:eAO0585. doi: http://doi.org/10.31744/einstein_journal/2024AO0585
26. 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;8:01-08. doi: <https://doi.org/10.5935/2446-5682.20230186>
27. Prado E, Sales CA, Girardon-Perlini NMO, Matsuda LM, Benedetti GMS, Marcon SS. Experience of people with advanced cancer faced with the impossibility of cure: a phenomenological analysis. *Esc Anna Nery*. 2020;24(2):e20190113. doi: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0113>
28. Surbhi, Gupta H, Brar GK, Jalota V. Quality of life and its sociodemographic determinants in breast cancer patients. *Ind Psychiatry J*. 2022;31(2):313-7. doi: https://doi.org/10.4103/ipj.ipj_6_21



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