

# QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES EM TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO

Ane Marta Schmidt<sup>1</sup>, Giselda Veronice Hahn<sup>2</sup>

**Resumo:** A qualidade de vida (QV), muito comumente mensurada por escalas, é considerada na avaliação dos resultados do tratamento quimioterápico. Este artigo apresenta estudo do tipo descritivo, observacional e transversal, com abordagem quantitativa, realizado a fim de verificar a percepção de pacientes em tratamento quimioterápico quanto à sua qualidade de vida. Os dados foram coletados por meio da aplicação do questionário EORTC QLQ-C30 com 80 pacientes atendidos em um ambulatório de quimioterapia. De forma geral, os maiores impactos na qualidade de vida se referem à limitação física causada em razão da doença, dificultando a realização de longas caminhadas, e à interferência que o tratamento causa na vida social. Porém, a falta de ar e a condição física pouco interferem na vida familiar e não significam impacto na qualidade de vida. Os sujeitos entrevistados avaliam sua saúde e sua qualidade de vida como muito boas, mas alertam sobre a necessidade de a equipe de saúde ficar atenta sobre o modo como conduzir a vida dos pacientes em tratamento. A qualidade de vida é uma importante condição a ser considerada, auxiliando a equipe de saúde e os pacientes a decidirem sobre a utilização terapia mais adequada.

**Palavras-chave:** Quimioterapia. Qualidade de vida. Avaliação.

## 1 INTRODUÇÃO

O câncer corresponde a mais de 12% de todas as causas de óbito no mundo: mais de 7 milhões de pessoas morrem anualmente da doença. Como a expectativa de vida no planeta tem aumentado gradativamente, a incidência de câncer, estimada em 2002 em 11 milhões de casos novos, alcançará mais de 15 milhões em 2020 (AVIS; CRAWFORD, 2005).

A maioria dos tratamentos contra o câncer é prescrita focalizando a doença, em vez de pensar no paciente e em suas percepções subjetivas, no tocante à Qualidade de Vida – QV. Quando as avaliações a respeito dela são consideradas parte integral do cuidado e os profissionais de saúde se incumbem dessa avaliação e análise, os resultados em termos de satisfação para a cura são percebidos de imediato, tanto pelo paciente/família como pela equipe de assistência. As variáveis mais fáceis de medir, como sobrevida, tempo de sobrevida livre de doença, duração de resposta, toxicidade associada a tratamento e resposta do tumor, são complementadas cada vez mais por avaliações de QV (BONASSA, 2005).

O autor acrescenta que um aspecto relevante da QV de pacientes com câncer está relacionado a problemas de comunicação. O conhecimento completo da doença, do estágio e do tratamento planejado é um fator importante que permite ao paciente decidir sobre seu futuro. Isso é extremamente importante nas fases avançada e terminal da doença, quando o tratamento em geral é de pouco benefício e a QV se torna a questão principal. Além disso, os benefícios dos tratamentos de câncer são, em geral, difíceis de definir, em razão de efeitos colaterais subjetivos que influenciam a QV. Informações sobre toxicidade do tratamento e detalhes dos sintomas relacionados à doença são

---

1 Graduanda em Enfermagem pelo Centro Universitário UNIVATES.

2 Enfermeira. Mestra em Enfermagem. Docente da Univates.

normalmente analisados usando a perspectiva do médico, enquanto medidas de QV, introduzidas há pouco tempo, apresentam a vantagem de incorporar também a perspectiva do paciente (BONASSA, 2005).

Historicamente, a sobrevida livre de doença e a sobrevida global são os principais parâmetros empregados na avaliação dos resultados do tratamento oncológico, porém, tornou-se evidente que eles são insuficientes. Na comparação de diferentes opções terapêuticas, a QV é um importante parâmetro a ser considerado, auxiliando a equipe de saúde e os pacientes a decidirem qual a terapia mais adequada a ser utilizada (BRASIL, 2011).

A QV tem sido preocupação constante do ser humano, desde o início de sua existência, e, atualmente, constitui um compromisso pessoal a busca contínua de uma vida com mais qualidade. Ela é desenvolvida com mais bem-estar e melhores condições de modo de viver, como saúde, educação, lazer, liberdade, trabalho, autoestima, entre outras. Nesse sentido, conceituar a QV, assim como mensurá-la, torna-se difícil devido ao caráter subjetivo envolvido nesse processo (CAFFO et al. 2003).

Os instrumentos de mensuração da QV relacionada à saúde tendem a focar o caráter multidimensional e avaliam, ainda, a percepção geral do indivíduo (CONDE et al. 2005). Esses instrumentos têm sido desenvolvidos e utilizados uma vez que permitem a identificação de problemas com o estado emocional, o estado físico geral e a interação social e para o delineamento de programas adequados de intervenção. Isso possibilita modificar variáveis que possam interferir de forma negativa no acompanhamento multidisciplinar do paciente oncológico (CAFFO et al. 2003).

Avaliar a QV por meio de instrumento permite explorar o efeito de uma doença sobre a vida do indivíduo, avaliando aspectos como as disfunções, desconfortos físicos e emocionais e contribuindo na decisão, planejamento e avaliação de determinados tipos de tratamentos (DINIZ et al. 2006). A autora salienta que o uso de instrumentos para avaliar a QV possibilita a mensuração de diversos aspectos, como capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, emocionais e saúde mental (DINIZ et al. 2006).

Nesse contexto, esta pesquisa verifica a percepção de pacientes em tratamento quimioterápico, no que se refere à QV, a partir da aplicação do questionário EORTC QLQ-C30. O instrumento exposto é composto por 30 itens, inclui cinco escalas funcionais (desempenho físico, funcional, cognitivo, emocional e social, incluindo sintomas), assim como escalas de QV e estado de saúde global. Os itens avaliam sintomas comumente relatados por pacientes com câncer, em função do desconforto causado, e o impacto financeiro da doença e do tratamento (CAFFO et al. 2003).

O profissional da saúde deve buscar equilíbrio aceitável entre as vantagens e desvantagens do tratamento, que podem ser reconhecidas por meio da avaliação da QV dos pacientes quimioterápicos. Dessa forma, tão importante quanto o tratamento é estar atento aos efeitos que ele produz nos pacientes.

## 2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de estudo descritivo, observacional e transversal com abordagem quantitativa, desenvolvido no ambulatório para tratamento quimioterápico de hospital situado em Lajeado, no estado do Rio Grande do Sul (RS). A população compõe-se de 80 pacientes portadores de neoplasias, em tratamento quimioterápico, que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: não apresentar alterações psiquiátricas, ser maior de idade, estar em vários estágios da doença neoplásica maligna e em diferentes ciclos de drogas quimioterápicas.

O projeto de pesquisa foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário UNIVATES, sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 01044312.4.0000.5310. Os pacientes foram informados sobre o motivo da pesquisa e a confidencialidade dos dados e, estando de acordo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Após essa abordagem, procedeu-se à coleta dos dados por meio de entrevista, sendo aplicado o questionário estruturado EORTC QLQ-C30 – instrumento, traduzido e validado em 81 idiomas e utilizado em mais de 3.000 estudos em todo o mundo (CAFFO et al. 2003). Atualmente a QLQ-C30 3.0 é a versão mais recente e deve ser utilizada para todos os novos estudos.

### 3 RESULTADOS

Dentre os 80 pacientes analisados, 40 são do sexo feminino e 40 são do sexo masculino e as idades variam de 20 a 79 anos. Houve predomínio de indivíduos com 60 anos ou mais, os quais correspondem a 43,75% (n = 35). Houve 16 diagnósticos diferentes de câncer, porém os tipos mais incidentes foram o câncer de mama, o câncer de colo uterino e o câncer de reto, como especificada na Tabela 1.

Os dados obtidos foram organizados em tabelas, as quais contêm as médias e os desvios padrões. As tabelas foram elaboradas no programa de computador *Microsoft® Excel 2007* e analisadas estatisticamente, incluindo reflexões qualitativas baseadas em literatura especializada.

Tabela 1 – Variáveis pesquisadas sobre os indivíduos em tratamento quimioterápico em Lajeado, no ano de 2012

Variável	Nº	%
<b>Sexo</b>	<b>Pacientes Femininos</b>	<b>Pacientes Masculinos</b>
Masculino	40	50
Feminino	40	50
<b>Idade</b>		
20 – 29	05	6,25
30 – 39	05	6,25
40 – 49	15	18,75
50 – 59	20	25,00
60 – 79	35	43,75
<b>Tumor</b>		
Bexiga	03	3,75
Próstata	05	6,25
Colo uterino	10	12,50
Linfoma não Hodgkin	02	2,50
Mama	15	18,75
Leucemia linfocítica aguda	03	3,75
Pulmão	06	7,50
Testículo	02	2,50
Gástrico	04	5,00
Cabeça e pescoço	07	8,75
Mieloma múltiplo	02	2,50
Cólon	06	7,50
Reto	09	11,25
Melanoma	02	2,50
Esôfago	02	2,50

O questionário EORTC QLQ-30 possui 30 domínios a serem investigados aleatoriamente sobre a QV dos pacientes em tratamento quimioterápico. Os escores variam de um (01) a quatro (04), sendo um (01) o melhor estado de QV e quatro (04) o pior. A Tabela 2 foi organizada agrupando-se os domínios de acordo com a presença de eventos adversos dos quimioterápicos e outros sinais físicos. As médias das respostas variaram de 1,2 a 2,8, indicando valores satisfatórios de QV.

Tabela 2 – Média e desvio padrão dos domínios do EORTC QLQ-C30, agrupados por categorias relacionadas aos eventos apresentados por pacientes em tratamento quimioterápico, em Lajeado, no ano de 2012

	Pacientes Femininos		Pacientes Masculinos	
	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão
<b>Eventos adversos/ Sintomas físicos</b>				
Falta de ar	1,3	0,6	1,2	0,6
Dor	2,1	1,2	1,6	1
Fraqueza	2,3	0,9	2	1
Falta de apetite	2,2	1,1	2	1,1
Enjoo	2,4	1,1	2,3	1
Vômito	1,5	0,8	1,7	0,9
Prisão de ventre	1,7	0,9	1,7	0,9
Diarreia	1,6	0,9	1,9	1,1
Cansaço	2,3	0,8	2,5	0,8
<b>Dificuldades funcionais</b>				
Dificuldade nos esforços	2,5	1	2,7	1,2
Dificuldade de longa caminhada	2,8	1	2,6	1
Dificuldade de curta caminhada	1,8	1,1	1,8	1,1
Necessidade de permanência na cama ou na cadeira, durante o dia	2,2	0,9	2,1	1,1
Necessidade de ajuda para se alimentar, vestir, lavar ou usar o banheiro	1,3	0,7	1,4	0,9
Dificuldade nas atividades diárias	2,3	1,1	2,3	1,2
Dificuldade no divertimento e lazer	2,1	1,1	2,3	1,3
Necessidade de repouso	2,1	1	2	1
Interferência da dor nas atividades diárias	2,3	1,3	2,1	1,2
<b>Déficit na função cognitiva</b>				
Dificuldade de concentração	1,7	0,8	1,6	0,8
Dificuldade de se lembrar de coisas	2,3	1	2,2	1
<b>Aspectos emocionais</b>				
Problemas para dormir	1,9	1,1	2,2	1,1
Sentimento de nervosismo	2,1	1	2,1	1
Preocupação	2,3	1	2,2	1
Irritação	2,1	0,9	2,1	1,1
Sentimento de depressão	1,8	0,8	1,7	0,8

	Pacientes Femininos		Pacientes Masculinos	
	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão
<b>Situação social/familiar e financeira</b>				
Interferência da condição física ou do tratamento nas atividades sociais	2,6	1	2,8	1
Interferência da condição física ou do tratamento na vida familiar	1,2	0,6	1,2	0,5
Dificuldades financeiras	1,7	0,9	1,5	0,7

De forma geral, os domínios que se referem à dificuldade de fazer caminhada longa e à interferência da condição física ou do tratamento nas atividades sociais tiveram os escores mais elevados em ambos os sexos. Por outro lado, os quesitos referentes à falta de ar e à interferência da condição física ou do tratamento na vida familiar apresentaram o valor médio mais baixo.

Na primeira parte da tabela, na escala concernente aos eventos adversos/sintomas físicos, os domínios fraqueza e cansaço tiveram as médias mais elevadas nos dois sexos, seguidos pela falta de apetite, enjoo e vômito. Entretanto, obteve média baixa para ambos os sexos, o que pode estar associado ao uso de antieméticos.

Os domínios prisão de ventre, diarreia e falta de ar tiveram médias baixas para ambos os sexos. O sintoma dor esteve mais elevado para os entrevistados femininos.

Em relação à escala concernente às dificuldades funcionais, de forma geral, a maioria das médias foi elevada, assinalando diminuição da QV. Os domínios dificuldade de longa caminhada e dificuldade nos esforços, seguidos da dificuldade nas atividades diárias e da necessidade de permanecer na cama ou cadeira durante o dia, apresentaram as maiores médias em ambos os sexos. As dificuldades no divertimento e lazer e de curta caminhada e a necessidade de ajuda para se alimentar, vestir, lavar ou usar o banheiro tiveram as médias mais baixas em ambos os sexos, podendo estar relacionadas à melhor QV. Os domínios correspondentes à interferência da dor nas atividades diárias e à necessidade de repouso apresentaram médias elevadas em ambos os sexos e podem estar relacionados entre si.

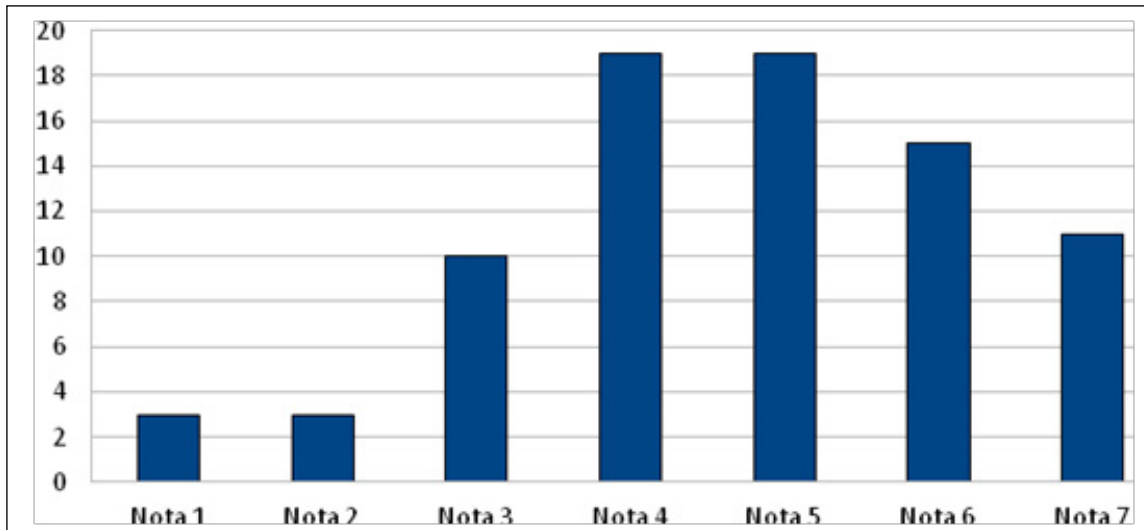
A terceira subdivisão da tabela refere-se ao déficit da função cognitiva. Nesse quesito, houve médias elevadas no domínio dificuldade de se lembrar das coisas para ambos os sexos, ao contrário do domínio dificuldade de concentração, que apresentou valores mais baixos, tanto para homens quanto para mulheres.

No que diz respeito aos aspectos emocionais, o domínio preocupação teve maior média para ambos os sexos, seguido dos domínios sentimento de nervosismo e irritação, que apresentaram a mesma média para homens e mulheres. A média do domínio problemas para dormir apresentou diferença entre os sexos, sendo de 2,2 para as mulheres e 1,9 para os homens. O domínio indicativo de depressão obteve a média menor para ambos os sexos.

A última parte da tabela apresenta os valores médios da situação social/familiar e financeira. O domínio interferência da condição física e do tratamento na vida social obteve as médias mais elevadas para ambos os sexos. Mesmo sem ter sido questionado, todos os entrevistados afirmaram a suspensão das atividades laborais, fato que, do ponto de vista deles, abalou a situação social. Os domínios dificuldade financeira e interferência da condição física ou do tratamento na vida familiar apresentaram as médias mais baixas para ambos os sexos. Da mesma forma, nessa questão, a maioria dos entrevistados destacou ter recebido apoio da família durante o tratamento, uma vez que estiveram acompanhados, geralmente por um familiar, durante todas as sessões de quimioterapia.

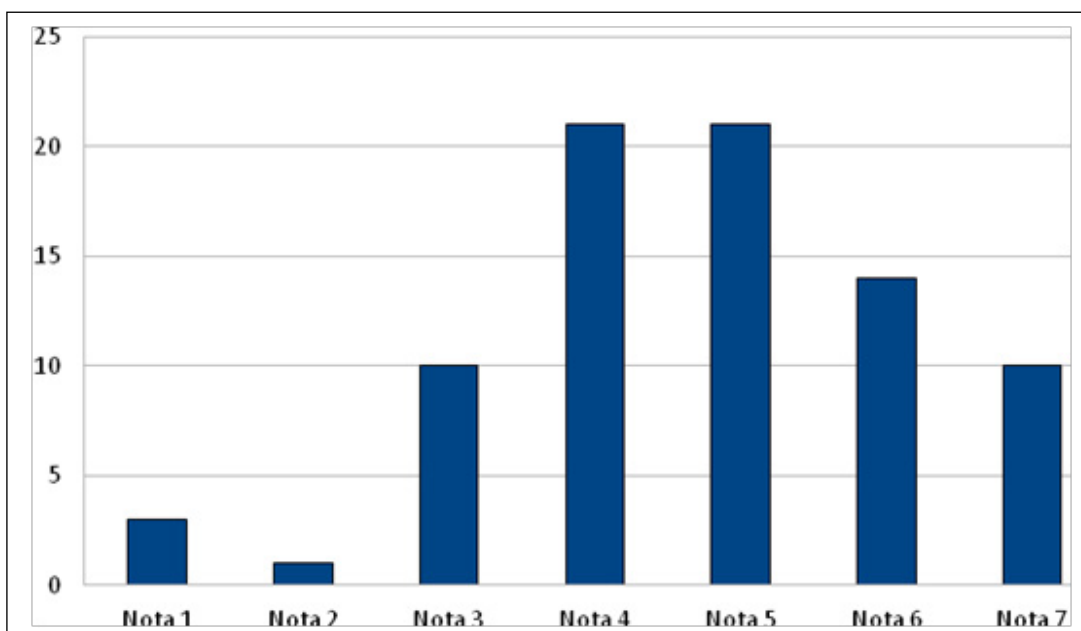
As duas últimas perguntas do questionário EORTC QLQ-C30 dizem respeito à forma como os pacientes classificam a sua saúde e a sua QV, de modo geral. O instrumento apresenta sete (07) alternativas, de 1 a 7, identificando apenas dois escores: um (01) para péssimo e sete (07) para ótimo. O Gráfico 1 apresenta os resultados da avaliação da saúde.

Gráfico 1 – Avaliação geral da saúde de pacientes quimioterápicos, cujo tratamento foi realizado em Lajeado, no ano de 2012



Dentre os 80 entrevistados, o mínimo de pacientes com escores de 1 a 3 totaliza 20%. Os escores de 4 a 6 totalizam 66,2%. Já 16,8% dos pacientes avaliaram sua saúde como nota 7. Observe-se que os pacientes avaliaram sua qualidade de vida na maioria entre os escores 4, 5 e 6 que indicam níveis de saúde bons, médios e ótimos.

Gráfico 2 – Avaliação geral da QV de pacientes quimioterápicos, cujo tratamento foi realizado em Lajeado, no ano de 2012



Novamente, dentre os 80 pacientes entrevistados, o número de pacientes com escores de 1 a 3 totaliza 17%. Os escores de 4 a 6 totalizam 70%. Já 13% dos pacientes avaliaram sua saúde como nota 7. Nesse quesito, os pacientes avaliaram sua qualidade de vida na maioria entre os escores 4, 5 e 6, que indicam níveis de QV bons e médios.

#### 4 DISCUSSÃO

Na discussão deste estudo, verificou-se que, dos entrevistados, 43,75% têm entre 60-79 anos e 25% têm entre 50-59 anos. Quanto ao tipo de câncer, 18,75% dos sujeitos da amostra são portadores de câncer de mama, 12,50% têm diagnóstico de câncer de colo uterino e 11,25%, câncer de reto.

A idade parece ser um fator que influencia na QV das mulheres submetidas ao tratamento para câncer de mama. Um estudo mostra que mulheres mais jovens parecem experimentar níveis mais altos de QV do que as idosas (DOW et al. 1996). Outro estudo, entretanto, dá conta de que mulheres mais velhas tendem a apresentar melhor QV após o tratamento do que as mais jovens (ENGEL et al. 2004), talvez pelo fato de as mulheres idosas valorizarem menos as condições físicas e mais as dificuldades funcionais e psicológicas (FERREL et al. 1997).

A respeito do câncer de mama ser o mais prevalente nesta amostra, são esperados, para o Brasil, em 2012, 52.680 casos novos desse tipo, com risco estimado de 52 casos a cada 100 mil mulheres. Da mesma forma, esperam-se 17.540 casos novos de câncer do colo do útero, com risco estimado de 17 casos a cada 100 mil mulheres (FRANZI; SILVA, 2003).

Ao analisar a Tabela 2, o domínio eventos adversos/sintomas físicos atinge o maior nível de diminuição da QV, uma vez que a fraqueza, o cansaço, as náuseas, a falta de apetite e a presença de dor tiveram a pior avaliação. Estes aspectos podem ter influenciado diretamente na diminuição da nota nos domínios relacionados à dificuldade em fazer uma longa caminhada e à interferência da condição física ou do tratamento nas atividades sociais.

Entre os efeitos físicos da quimioterapia, a fadiga é o mais reportado, fonte de elevado estresse para os pacientes. A fadiga é definida como uma persistente e subjetiva sensação de cansaço, relacionada à doença ou ao seu tratamento, que interfere no desempenho das atividades usuais. É acompanhada por queixas de falta de energia, exaustão, perda de interesse por atividades anteriormente prazerosas, fraqueza, dispneia, dor, alterações de paladar, prurido, lentidão, irritabilidade e perda de concentração (INCA, 2005).

Um estudo relacionou a QV e a toxicidade de pacientes com câncer de colo retal tratados com quimioterapia adjuvante. Estas autoras concluíram que as toxicidades gastrointestinais foram mais frequentes do que as hematológicas e que a QV diminuiu após o início da quimioterapia em relação à atividade física e psicológica, com queda, também, nos escores de subdomínios físico e social (JANSEM et al., 2005).

Para os entrevistados deste estudo, entretanto, a ocorrência de vômito foi baixa e não afetou a QV, o que pode estar associado à administração de antieméticos no domicílio e anterior aos quimioterápicos. Também verificou-se que a dor está presente em maior escala após a retirada da mama. A dor teve impacto negativo sobre a QV, uma vez que foi sentida por quase um terço das pacientes operadas por câncer de mama (LEAL, 2008).

O domínio dificuldades funcionais recebeu a segunda pior avaliação. Autores evidenciam a perda de massa muscular e a redução da capacidade aeróbica como fatores importantes para a redução na tolerância a realização das atividades diárias (LINDLEY et al., 1998).

Os fatores anteriormente mencionados possivelmente exercem forte impacto sobre a QV, pois ela inclui a habilidade de realizar as atividades diárias e a satisfação do paciente com seus níveis de funcionalidade.



A função cognitiva é definida como um conceito multidimensional e descreve os domínios que resultam do desempenho saudável do cérebro, como a atenção e a concentração, a função executiva, os processos de informações rápidas, a linguagem, o funcionamento motor, a habilidade visual e espacial, assim como a memória (MORENO; LOPES, 2002).

A totalidade dos pacientes que responderam à questão referente à concentração, necessária para, por exemplo, ler jornal ou assistir à televisão, indicou a inexistência de dificuldade, não havendo interferência na QV. Cabe lembrar que o impacto nas atividades desses pacientes, submetidos ao tratamento quimioterápico, é um importante determinante de condição na QV (POLLOCK, 2006).

A menor prevalência do sintoma depressão, no presente estudo, pode estar relacionada ao conhecimento do diagnóstico e ao elevado grau de satisfação dos entrevistados, fatores inversamente associados à prevalência do referido sintoma (NICOLUSSI; SAWADA, 2009). Entretanto, a quimioterapia altera as funções sociais e emocionais do paciente (ROQUE; FORONES, 2006).

No último domínio investigado, o qual diz respeito à situação social/familiar e financeira, os pacientes estudados responderam que, apesar dos problemas de ordem econômica, como gastos com transporte, alimentação e medicação, eles não tiveram agravamento de ordem financeira no período de administração de quimioterápico, a qual ocorreu ambulatorialmente (SALES et al., 2001). Entretanto, no momento da entrevista, os pacientes ressaltaram que deixar de trabalhar foi um dos parâmetros que gerou maior impacto na vida social, uma vez que a maioria considera seu trabalho como fonte de interação social.

Neste estudo, as mulheres apresentaram maior dificuldade financeira. Em pesquisa (SEIDEL; ZANON, 2004), os autores comprovaram que o trabalho remunerado não foi mantido por algumas mulheres que o exerciam, dadas as dificuldades enfrentadas (SERVAES; VERHAGEN; BLEIJENBERG, 2002). Por sua vez, indicaram que, mesmo mantendo o trabalho remunerado, ele parece se modificar ou gerar dificuldades devido ao estigma, às prioridades, dentre outros.

Os resultados das duas últimas questões do instrumento, que avaliaram a saúde e a QV dos pacientes em tratamento quimioterápico, de modo geral, demonstraram que a melhoria na QV relacionada à saúde dos pacientes pode ocorrer na medida em que os efeitos colaterais dos tratamentos são evitados e controlados, assim como na adesão a tratamentos complementares eficazes que possam auxiliar os pacientes a enfrentarem melhor a doença e o tratamento recebido. Em estudo (SILVA, ALBUQUERQUE; LEITE, 2010), um maior número de pacientes avaliou a QV como boa ou ótima, avaliação também obtida em outro estudo realizado (SJÖSTRÖM et al., 2005).

Corroborando com as considerações (KOVÁCS, 1998), a maioria avaliou positivamente o apoio recebido pela família, o que parece contribuir para a boa interação social e, conseqüentemente, para melhor QV.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O avanço tecnológico no âmbito das ciências médicas proporciona grande otimismo no tratamento das doenças oncológicas e o aumento da taxa de sobrevivência dos pacientes. Com isso é necessário avaliar a QV, enquanto importante indicador do seu bem-estar.

Identificar a influência e as implicações dos efeitos da quimioterapia na QV dos pacientes oncológicos auxilia os enfermeiros no planejamento de assistência que vise à diminuição desses eventos e oportunize o desenvolvimento de estratégias que melhorem as funções básicas dos pacientes e a implementação de terapias promotoras de melhor adaptação à doença e ao tratamento oncológico.

O conjunto de resultados apresentados permitiu visualizar respostas positivas em relação à QV em pacientes com câncer tratados com quimioterapia, apesar de alguns domínios apresentarem



avaliações menos satisfatórias – como os relacionados à função física –, tendo em vista a presença de fraqueza, cansaço, náuseas e falta de apetite decorrentes do tratamento quimioterápico, causando a diminuição da capacidade de realização de longas caminhadas pelo paciente.

O segundo grupo de funções avaliadas, que dizem respeito às dificuldades funcionais, demonstrou haver prejuízos em atividades que tenham maior exigência física, como esforços e longas caminhadas. A dor esteve mais presente nas mulheres, causando maior limitação às atividades diárias. A preocupação com a doença e com problemas de memória interfere na QV dos entrevistados. A condição física e a falta de ar obtiveram os escores mais baixos. Entretanto, o domínio que se revelou mais afetado foi a vida social, em decorrência do tratamento e da condição física, alertando para a necessidade de atenção da equipe e, em especial, da enfermagem, a esse aspecto do tratamento quimioterápico.

Estudos dessa natureza contribuem para reafirmar a importância da equipe multidisciplinar para proporcionar atendimento integral, especialmente quando mostram que o andamento da vida dos pacientes em tratamento quimioterápico precisa ser considerado, sob o ponto de vista social. Sugere-se, em vista da relevância e da complexidade inerentes a essa temática, aprofundá-la em novos estudos.

## REFERÊNCIAS

AVIS, N. E.; CRAWFORD, S.; MANUEL, J. Quality of life among younger women with breast cancer. **J Clin Oncol**. 23(15):3322-30, 2005.

BONASSA, E. **Enfermagem em terapêutica oncológica**. 3ªed. São Paulo: Atheneu, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle Coordenação-Geral de Sistemas de Informação. **Manual de bases técnicas da oncologia**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 110 p.

CAFFO, O. et al. Pain and quality of life after surgery for breast cancer. **Breast Cancer Res Treat**, v.80, p. 39-48, 2003.

CONDE, D. M. et al. Qualidade de vida de mulheres com câncer de mama. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 195-204, mar. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v28n3/30847.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2011.

DINIZ, R. W. et al. Awareness of cancer diagnosis does not lead to depression in palliative care patients. **Rev Assoc Med Bras**, 52:298-303, 2006;

DOW, K. H. et al. An evaluation of the quality of life among long-term survivors of breast cancer. **Breast Cancer Res Treat**, 39: 261-73, 1996.

ENGEL J, et al. Quality of life following breast-conserving therapy or mastectomy: results of a 5-year prospective study. **Breast J.**,10(3):223-31, 2004.

FERREL, R. B. et al. Quality of life in breast cancer. Part I: psysical and social well-being. **Cancer Nurs**, 20(6):398-408, 1997.

FRANZI, S. A; SILVA, P. G. Avaliação da qualidade de vida em pacientes submetidos à quimioterapia ambulatorial no Hospital Heliópolis. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 49(3): 153-158, 2003. Disponível em: <[http://www1.inca.gov.br/rbc/n\\_49/v03/pdf/ARTIGO1.pdf](http://www1.inca.gov.br/rbc/n_49/v03/pdf/ARTIGO1.pdf)>. Acesso em: 10 out. 2011.

INCA. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/index.asp?ID=5>>. Acesso em: 10 out. 2011.

JANSEN, C. et al. Potential mechanisms for chemotherapy-induced impairments in cognitive function. **Oncol Nurs Forum**, Jul; 32(6):1151-61, 2005.

LEAL, C. M. S. Reavaliar o conceito de qualidade de vida. **Portugal: Universidade dos Açores, 2008**. Disponível em: <<http://www.porto.ucp.pt/lusobrasileiro/actas/Carla%20Leal.pdf>>. Acesso em: 03 set. 2011.

LINDLEY, C. et al. Quality of life and preferences for treatment following systemic adjuvant therapy for early-stage breast cancer. **Journal of Clinical Oncology**, 16, 1380-1387, 1998.

MORENO, A. B, LOPES, C. S. Quality of life assessment in laryngectomized patients: a systematic review. **Cad Saúde Pública**, 18:81-92, 2002.

POLLOCK, R.E. **Manual de Oncologia Clínica**. São Paulo: Fundação Oncocentro de São Paulo, 2006.

NICOLUSSI, A. C; SAWADA, N. O. Avaliação da qualidade de vida de pacientes com câncer submetidos à quimioterapia. **Rev Esc Enferm da USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 581-587, set. 2009.

ROQUE, V. M. N; FORONES, S. N. M. Evaluation of the toxicity and quality of life in patients with colorectal cancer treated with chemotherapy. **Arq. Gastroenterol.** v. 43, n. 2, p. 32-38, 2006.

SALES, C. A. C. C. et al. Qualidade de vida de mulheres tratadas e câncer de mama: funcionamento social. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 47(3): 263-72, 2001.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 580-588. abr. 2004. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v20n2/27.pdf>>. Acesso em: 03 set. 2011.

SERVAES, P.; VERHAGEN, S.; BLEIJENBERG, G. Determinants of chronic fatigue in disease-free breast cancer patients: a cross-sectional study. **Ann Oncol**. 13(4):589-98, 2002.

SILVA, C. B.; ALBUQUERQUE, V.; LEITE, J. Qualidade de vida em pacientes portadoras de neoplasia mamária submetidas a tratamentos quimioterápicos. **Rev. bras. cancerol.**, Rio de Janeiro, v. 56, n. 2, p. 227-236, jun. 2010. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_56/v02/pdf/08\\_artigo\\_qualidade\\_vida\\_portadoras\\_neoplasia\\_mamaria.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_56/v02/pdf/08_artigo_qualidade_vida_portadoras_neoplasia_mamaria.pdf)>. Acesso em: 13 ago. 2011.

SJÖSTRÖM, M; et al. Guidelines for data processing and analysis of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) – short and long forms. November, 2005. Disponível em: <<http://www.ipaq.ki.se/scoring.htm>>. Acesso em: 03 set. 2011.

KOVÁCS, M. J. Sofrimento psicológico de pacientes com câncer avançado em programas de cuidados paliativos. **Bol Psicol**. 48(109):25-47, 1998.