

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA- FACENE/RN

EDUARDA TASSIANA DOS SANTOS ANDRADE

**QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES ONCOLÓGICOS EM TRATAMENTO
QUIMIOTERÁPICO RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE MARTINS, RIO GRANDE DO
NORTE**

MOSSORÓ
2014

EDUARDA TASSIANA DOS SANTOS ANDRADE

**QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES ONCOLÓGICOS EM TRATAMENTO
QUIMIOTERÁPICO RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE MARTINS, RIO GRANDE DO
NORTE**

Monografia apresentada à Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró como exigência parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

ORIENTADORA: Prof. Ms. Kalidia Felipe de Lima Costa

MOSSORÓ
2014

EDUARDA TASSIANA DOS SANTOS ANDRADE

**QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES ONCOLÓGICOS EM TRATAMENTO
QUIMIOTERÁPICO RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE MARTINS, RIO GRANDE DO
NORTE**

Monografia apresentada pela graduanda Eduarda Tassiana dos Santos Andrade, do curso de Bacharelado em Enfermagem, tendo obtido o conceito de _____ conforme a apreciação da Banca Examinadora constituída pelos professores:.

Aprovada em: ____ de _____ de ____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Msc. Kalídia Felipe de Lima Costa (FACENE/RN)
Orientador

Prof. Esp. Joseline Pereira Lima (FACENE/RN)
Membro

Prof. Esp. Ilana Deyse Rocha Leite (FACENE/RN)
Membro

AGRADECIMENTOS

A Deus, pois sem ele jamais teria superado, vencido e alcançado todas as barreiras impostas até aqui.

Aos meus amados pais, Eduilson e Jaquelina que são exemplos em minha vida de fé, perseverança, amor e humildade. Por sempre estarem ao meu lado em todos os momentos e por terem me ensinado dignamente o caminho correto. Sou e serei eternamente grata por tudo!

A minha amada irmã Ingrid, pelo companheirismo, amor e por todos os momentos compartilhados.

Aos meus avós Edilson e Francisca das Chagas, por todo apoio, compreensão, amor e carinho. Essa vitória também é de vocês!

As minhas tias Lourdes, Helena e Eulália pela paciência, compreensão, cuidado e amor. São meus exemplos de família, união e respeito mútuo. Obrigada por todos os ensinamentos até hoje me concedido.

A minha tia Tereza (in memoriam) por todas as noites de sono perdidas por ter cuidado de mim e todo amor me dado durante o tempo que podemos estar uma ao lado da outra. Infelizmente não está presente fisicamente pra comemorar essa vitória comigo, mas sempre estará em meu coração.

Aos meus primos Clemente, Olegário e Jordana por terem me aturado durante esses anos, apesar do estresse do dia a dia que é inevitável, amo vocês!

A minha Mestre, professora, orientadora, grande profissional e amiga Kalídia, muito obrigada por ter aceito dividir esse ano comigo, me passando todos os seus ensinamentos, todas as suas experiências e por ter tido toda paciência do mundo. Agradeço por toda confiança depositada e pelos momentos de aprendizado durante a minha formação. Sou eternamente grata, que Deus a abençoe sempre!

A minha banca que são excelentes profissionais Josy e Ilana, por terem aceito compartilhar suas experiências e ensinamentos para o meu crescimento profissional. Muito obrigada!

Ao meu grupo lindo Aline, Karol, Lorena, Poliana e Priscila, por sempre estarem ao meu lado em todos os momentos, tantos bons como ruins. Vocês são irmãos que a faculdade me presenteou. Obrigada por tudo, as levarei pra sempre em meu coração!

A minha amada turma (Aline, Greycy, Priscila, Catartina Karol, Geórgia, Cláudia, Joelma, Poliana Thiago, Marianne, Lorena e Rosy) saibam que eu sempre levarei vocês comigo a onde quer que eu vá. Ficarão as lembranças e saudades de todos os momentos compartilhados. Torço pelo sucesso de todos! “A amizade é um amor que nunca morre”.

Aos meus amigos e todos aqueles que estiveram comigo de forma direta ou indiretamente, amo e prezo pela amizade de cada um. Obrigada por sempre estarem ao meu lado!

“Pra quem tem Fé, a vida nunca tem fim...”

RESUMO

Introdução: O câncer, hoje no Brasil, é um problema de saúde pública, cujo controle e prevenção devem ser priorizados em todas as regiões, desde as mais desenvolvidas até às mais desiguais. A avaliação da qualidade de vida (QV) dos pacientes com câncer e que estão em tratamento vem sendo muito utilizada com o intuito de avaliar o impacto que a doença causa na vida do paciente. Objetivo: a pesquisa teve como objetivo analisar o impacto da doença na qualidade de vida dos pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico no município de Martins, Rio Grande do Norte a partir do resultado obtido do instrumento *World Health Organization Quality of Life Group Bref* (WHOQOL-bref). **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória e com abordagem quantitativa realizada com 15 pacientes submetidos à quimioterapia residentes no município de Martins, Rio Grande do Norte. Para a coleta de dados utilizou-se um questionário de caracterização com informações sobre a doença, além do instrumento World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-bref) para avaliação da QV. Após a coleta de dados foram calculados os escores das facetas do WHOQOL-bref, que variavam de 1 a 5, e construídas tabelas com os escores médios dos domínios. **Resultados:** Observou-se maior frequência de pacientes do sexo feminino, com idade acima de 60 anos e alfabetizados. Quanto ao tipo de câncer prevaleceu o de mama, seguido pelo de pulmão, com o tempo de diagnóstico da doença variando entre 1 a 3 anos. Com relação à QV, verificou-se o domínio da QV em geral apresentou escore de 3,5; o domínio físico 3,42; o psicológico 3,8; o das relações sociais 3,43; e o domínio meio ambiente 3,39. **Discussão:** A partir dos resultados obtidos com o WHOQOL-bref, os dados referentes tanto a “qualidade de vida geral” quanto ao domínio físico, os entrevistados classificaram a qualidade de vida como “nem ruim, nem boa”, no que condiz à saúde. No domínio psicológico, os pacientes mencionaram a faceta “sentimentos negativos” em menores níveis, isso é explicado pelo fato do paciente sentir-se ameaçado de incapacidade ou risco de vida, sendo difícil a compreensão por parte deles. As relações sociais apresentaram maior escore médio. Assim, verificou-se uma maior satisfação da população em estudo no que se refere ao “suporte e apoio social”. No que diz respeito ao domínio do meio ambiente pode-se notar o maior escore nas “condições e locais de moradia. Logo para se ter uma QV adequada devemos ter um local e moradia que possam nos suprir do que mais necessitamos como saúde, meio de transporte, além do bem estar físico e espiritual. **Considerações finais:** Os pacientes oncológicos estudados os pacientes apresentaram escores pouco acima da média, ou seja, classificaram a QV como sendo acima do “nem ruim, nem boa”, apesar do impacto causado pela doença e pela necessidade do tratamento quimioterápico.

Palavras – Chave: Neoplasia. Qualidade de Vida. Quimioterapia.

ABSTRACT

Introduction: Cancer in Brazil today is a public health problem, whose control and prevention should be prioritized in all regions from the most developed to the most unequal. The evaluation of quality of life (EQL) of patients with cancer and undergoing treatment has been widely used in order to assess the impact that the disease causes the patient's life. **Objective:** research aimed to analyze the impact of disease on quality of life of cancer patients undergoing chemotherapy in Martins, Rio Grande do Norte from the obtained result of the instrument World Health Organization Quality of Life Group Bref (WHOQOL-bref). **Methodology:** This is a descriptive, exploratory and quantitative approach carried out with 15 patients undergoing chemotherapy residents in Martins, Rio Grande do Norte. After data collection used a characterization questionnaire with information about the disease, in addition to the instrument World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-Bref) to assess QoL. After collecting data were calculated the scores of the WHOQOL-bref facets, ranging 1-5 and built tables with the mean domain scores. **Results:** We observed a higher frequency of female patients aged above 60 years and literate. Regarding the type of cancer prevailed breast cancer, followed by lung, with the diagnosis of the disease of time ranging from 1-3 years. Regarding QOL it was the domain of QoL overall scores were 3.5; the physical domain 3.42; the psychological 3.8; the social relations 3.43; and the environmental domain 3.39. **Discussion:** From the results obtained with the WHOQOL-bref, the data both the "overall quality of life" as the physical domain, respondents rated the quality of life as "neither bad nor good", as matches to health. In the psychological domain, patients mentioned the facet "negative feelings" at lower levels, this is explained by the fact that the patient feel threatened disability or life-threatening, it is difficult to understand from them. Social relationships had higher mean score. There was a greater satisfaction of the study population in regard to "support and social support". With regard to the environment domain can be noted the highest score in the conditions and place of residence. Soon to have adequate QOL must have a local and housing that can supply us more than we need as health, transportation, beyond the physical and spiritual well being. **Conclusion:** The cancer patients studied patients had scores slightly above average, this is, classified QOL as being above the "not bad, not good" despite the impact of the disease and the need for chemotherapy.

Keywords: Neoplasia. Quality of Life. Chemotherapy.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Perfil dos pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico entrevistados no município de Martins, Rio Grande do Norte.....	24
Tabela 2- Neoplasias e Tratamento Quimioterápico dos pacientes oncológicos entrevistados no município de Martins, Rio Grande do Norte.....	25
Tabela 3- Escore Médio das facetas da qualidade de vida geral o instrumento WHOQOL-bref (n=15)	27
Tabela 4- Escore Médio das facetas do domínio físico do instrumento WHOQOL-bref (n=15)	27
Tabela 5- Escore Médio das facetas do domínio psicológico do instrumento WHOQOL-bref (n=15)	28
Tabela 6- Escore Médio das facetas do domínio relações sociais do instrumento WHOQOL-bref (n=15)	29
Tabela 7- Escore Médio das facetas do domínio meio ambiente do instrumento WHOQOL-bref (n=15).....	29

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	5
1.1	PROBLEMATIZAÇÃO	7
1.2	JUSTIFICATIVA	7
1.3	HIPÓTESE	7
2	OBJETIVOS	9
2.1	OBJETIVO GERAL	9
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	9
3	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	10
3.1	FISIOPATOLOGIA DO CÂNCER	10
3.2	EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER	12
3.3	TIPOS DE TRATAMENTO	13
3.3.1	Tratamento Cirurgico	14
3.3.2	Radioterapia	14
3.3.3	Hormonioterapia	15
3.3.4	Iodoterapia	15
3.4	QUIMIOTERAPIA	16
3.4.1	Quimioterapia Adjuvante	16
3.4.2	Quimioterapia Neoadjuvante	16
3.4.3	Quimioterapia Paliativa	17
3.4.4	Monoquimioterapia	17
3.4.5	Polioquimioterapia	17
3.5	QUALIDADE DE VIDA	18
4	METODOLOGIA	20
4.1	TIPO DE PESQUISA	20
4.2	LOCAL DA PESQUISA	20
4.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA	20
4.4	INSTRUMENTO DA COLETA	21
4.5	PROCEDIMENTO DA COLETA	21
4.6	ANALISES DOS DADOS	22
4.7	ASPECTOS ÉTICOS	22
4.9	FINANCIAMENTO	23
5	RESULTADOS	24
5.1	PERFIL DOS ENTREVISTADOS	24
5.2	NEOPLASIAS E TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO	25
5.3	QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES ONCOLÓGICOS EM TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO	26
6	DISCUSSÃO	31
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
	REFERÊNCIAS	37
	APÊNDICES	42
	ANEXO	46

1 INTRODUÇÃO

O câncer, hoje no Brasil, é um problema de saúde pública, cujo controle e prevenção deverão ser priorizados em todas as regiões, desde as mais desenvolvidas até às mais desiguais (BRASIL, 2013b).

A estimativa do câncer no Brasil para o ano de 2014, que também será válido para o ano de 2015, aponta para o acontecimento de aproximadamente 576 mil casos novos de câncer, inclusive os casos de câncer de pele não melanoma, tipo de câncer mais incidente na população brasileira, com uma estimativa de 182 mil casos novos, reforçando o tamanho do problema no país. Além dos casos dos cânceres de pele não melanoma em segundo lugar pode-se citar os tumores de próstata com 69 mil casos, mama feminina com 57 mil, cólon e reto com 33 mil, pulmão com 27 mil, estômago com 20 mil e de colo do útero com 15 mil (BRASIL, 2014a).

Por definição tem-se que o câncer é o nome dado a mais de 100 tipos de doenças, onde se tem um crescimento desordenado das células que invadem os tecidos e órgãos. Quando dividem-se rapidamente, essas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, originando a formação de tumores ou neoplasias malignas. As causas do câncer são várias, podendo ser externas e internas ao organismo. As causas externas relacionam ao meio-ambiente, hábitos e costumes da população. As causas internas são, na maioria das vezes, geneticamente pré-determinadas, estão ligadas à capacidade do organismo de se defender das agressões externas. Esses fatores podem interagir de várias formas, podendo haver formação de tumores malignos nas células normais. O envelhecimento também é um fator susceptível à transformação de células malignas, isso tendo em consideração as células das pessoas idosas terem sido expostas por mais tempo aos fatores de risco para câncer (BRASIL, 2013b).

Quando o câncer encontra-se em sua fase inicial há uma maior chance de controle da doença, pois é mais fácil de combater as células malignas, através do tratamento cirúrgico, fármacos e de outras modalidades terapêuticas. A cirurgia foi a primeira modalidade que alterou o curso da doença neoplásica. Pode ser realizada com finalidade diagnóstica, preventiva, curativa ou paliativa. O advento da quimioterapia enquanto modalidade de terapêutica e demais

técnicas como radioterapia, braquiterapia, teleterapia, hormonioterapia, iodoterapia vieram a contribuir para o tratamento da doença microscópica (invisível a olho nu), o que permitiu, nos últimos anos, uma nova abordagem na extensão do tratamento para o câncer (BRASIL, 2008b).

Sabe-se que dentre as várias modalidades de tratamento citadas uma das mais utilizadas é a quimioterapia, a qual consiste no uso de drogas injetáveis usadas para destruir rapidamente as células tumorais ou mesmo impedindo sua reprodução. Desta forma, é inevitável o dano aos tecidos normais, principalmente naqueles que apresentam naturalmente uma rápida divisão celular como cabelos, mucosas e sistema hematopoiético, por exemplo (KREUGUER et al, 2009).

O uso de drogas quimioterápicas desencadeia diversos efeitos adversos que são considerados umas das principais limitações desta modalidade de tratamento, podendo se desenvolver no indivíduo de forma mais brusca ou amena. Dentre os efeitos adversos mais frequentes pode-se citar náuseas e vômitos, efeitos tóxicos que podem ser manifestados de forma imediata através da dor após a administração intravenosa do quimioterápico, ou tardia através da alopecia, por exemplo. Além disso, esses efeitos adversos podem ocasionar danos psicossociais e problemas com autoestima do paciente demonstrado por sentimentos como medo e por disfunções sexuais. Todavia, apesar dos tantos efeitos adversos a quimioterapia ainda representa para muitos pacientes a busca pela saúde e uma nova chance de vida (SOARES et al, 2009).

Através dessa busca incansável pela saúde o tema qualidade de vida é uma das mais interdisciplinares terminologias da atualidade. Podendo ser definida como aspecto subjetivo e objetivo. O aspecto subjetivo é essencial, pois o senso de satisfação pessoal é intrínseco à qualidade de vida. Logo o aspecto objetivo também é necessário, pois pessoas vivendo em situações de pobreza podem sentir-se satisfeitas com sua vida, enquanto outras enfrentando situações adversas de saúde podem avaliar sua qualidade de vida pior do que a desejada (MICHELONE; SANTOS, 2004).

A qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) está diretamente ligada as enfermidades e intervenções em saúde e refere-se ao impacto dos sintomas, das incapacidades ou percepções sobre o funcionamento do bem-estar. A avaliação da qualidade de vida é um passo importante para uma

abordagem mais humanista no tratamento do câncer e vem sendo muito utilizada com o intuito de avaliar o impacto da doença e do tratamento na vida do paciente, e criar indicadores de gravidade e progressão da doença, permitindo o desenvolvimento de estratégias para a avaliação dos transtornos ocasionados (SANTOS et al, 2012).

1.1 PROBLEMATIZAÇÃO

A avaliação da qualidade de vida dos pacientes oncológicos e que estão em tratamento quimioterápico busca analisar o impacto da doença e do seu respectivo tratamento na vida do paciente. Diante disso, a qualidade de vida dos pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico residentes no município de Martins, Rio Grande do Norte é satisfatória?

1.2 JUSTIFICATIVA

É necessário conhecer os diversos elementos que interferem de alguma forma na qualidade de vida dos pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico, englobando as dimensões: física, psicológica, social, espiritual/existencial. Ao conhecer essas dimensões será possível obter uma visão mais abrangente deste indivíduo, possibilitando elaborar estratégias de atenção à saúde que poderão ser encaminhadas ao poder público municipal visando promoção à saúde, prevenção de agravos e reabilitação destes indivíduos.

Neste contexto é importante citar o município de Martins, Rio Grande do Norte, pois sabe-se que nele há pacientes oncológicos que são encaminhados para outros municípios onde há hospitais especializados para o tratamento oncológico. Deste modo, a importância de compreender a qualidade de vida destes pacientes residentes no município de Martins se dá pelo fato deste município não oferecer o tratamento oncológico necessário, dificultando o acompanhamento destes pacientes que, por sua vez, são encaminhados para outros municípios. Além disso, é importante considerar que tanto a doença quanto o tratamento acarretam inúmeros problemas sociais e psicológicos para estes pacientes, como a preocupação de como será o tratamento, como irá

reagir ao tratamento, tendo que ainda ter a preocupação de se deslocar para outra cidade em busca desse tratamento adequado.

1.3 HIPÓTESE

A neoplasia influencia negativamente a qualidade de vida dos pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico residentes no município de Martins, Rio Grande do Norte.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o impacto da doença na qualidade de vida dos pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico residentes no município de Martins, Rio Grande do Norte a partir do resultado obtido do instrumento *World Health Organization Quality of Life Group Bref* (WHOQOL-bref).

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar o perfil socioeconômico dos pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico no município de Martins, Rio Grande do Norte;
- Identificar a clínica e a terapêutica dos pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico participantes da pesquisa;
- Discutir os domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente do instrumento *World Health Organization Quality of Life Group Bref* (WHOQOL-bref) utilizado para avaliar a qualidade de vida dos pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico no município de Martins, Rio Grande do Norte.

3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

3.1 FISIOPATOLOGIA DO CÂNCER

As células normais de todo organismo vivo coexistem em perfeita harmonia citológica, histológica e funcional, sendo que esta harmonia esta orientada no sentido da manutenção da vida. De acordo com suas características morfológicas e funcionais, determinadas pelos seus próprios códigos genéticos, e com sua especificidade, as células estão agrupadas em tecidos, os quais formam os órgãos (BRASIL, 2006a).

No que diz respeito à composição celular é importante citar que as células que constituem os animais são formadas por três partes: membrana celular que é a parte mais externa da célula; o citoplasma que constitui o corpo da célula e o núcleo que contém os cromossomos que constituem os genes. Os genes são arquivos que guardam e fornecem comandos para a organização das estruturas, formas e atividades das células no organismo. Toda a informação genética encontra-se nos genes, numa “memória química”, conhecida como ácido desoxirribonucleico (DNA), é através do DNA que os cromossomos passam as informações para as células (BRASIL, 2014a).

No organismo normal o ciclo de proliferação celular é rigorosamente controlado para que as células constituam comunidades organizadas. No entanto, as células cancerígenas não se submetem a esse esquema de cooperação, são células com o DNA danificado e que, por isso, escapam dos mecanismos de controle do ciclo celular (LOPES; OLIVEIRA; PRADO, 2002).

Dividindo-se rapidamente, estas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores (acúmulo de células cancerosas) ou neoplasias malignas. Por outro lado, um tumor benigno significa simplesmente uma massa localizada de células que se multiplicam vagarosamente e se assemelham ao seu tecido original, raramente constituindo um risco de vida (BRASIL, 2013b).

As alterações genéticas que promovem o desenvolvimento de câncer ocorrem em duas classes de genes reguladores do crescimento, que estão presentes em células normais: os proto-oncogenes, que promovem o crescimento celular e os genes supressores de tumor, que inibem o crescimento

celular. Alterações nos proto-oncogenes e nos genes supressores de tumor podem provocar desenvolvimento de células com crescimento descontrolado (GRANER et al, 2010).

Sendo que os genes supressores de tumor atuam como freios das células, pois eles codificam proteínas que retardam o crescimento celular e impedem as células de tornarem-se malignas (SILVA et al, 2011).

Já os proto-oncogenes, são genes celulares normais que atuam no controle positivo, ou seja, estimulam o crescimento e a diferenciação celular. Podem tornar-se oncogenes, um distúrbio genético provocado por mutações em alguns genes que codificam proteínas capazes de estimular o crescimento celular por meio dos agentes da exposição aos agentes carcinogênicos físicos, químicos ou biológicos. A ativação desse genes ocorre por meio de ampliações gênicas, translocações cromossômicas ou mutações de pontos, deste modo as alterações em um único alelo são suficientes para transformá-los em oncogenes e contribuir na transformação maligna (GUEMBAROVSKI; COLLUS, 2008).

O processo de carcinogênese (processo de formação de um câncer) ocorre de forma lenta, podendo levar vários anos para que uma célula cancerígena se desenvolva e forme um tumor. Todo processo de carcinogênese divide-se em três estágios (VIANA; MONTANHA, 2010):

Estágio de Iniciação: Nesse estágio, as células sofrem efeito de agentes cancerígenos através de agentes químicos e físico e pelo meio ambiente, que irão provocar algumas modificações em alguns genes. Nesta fase, as células encontram-se geneticamente alteradas, mas o tumor ainda não pode ser detectado clinicamente. Nesse período, essas células encontram-se iniciadas para a ação dos próximos agentes que vão atuar na próxima fase.

Estágio de Promoção: Nessa fase, as células já estarão geneticamente modificadas que sofrerão ação dos agentes cancerígenos, chamados agentes oncopromotores. De forma lenta e gradual a célula iniciada acaba se transformando em célula maligna, sendo necessário que ocorra um longo período de exposição ao agente oncopromotor para que isso aconteça.

Estágio de Progressão: o último estágio caracteriza-se pela multiplicação descontrolada e irreversível das células alteradas. Nesse momento o câncer já está instalado evoluindo para as manifestações clínicas da doença.

Percebe-se, então, que o mecanismo básico de todos os cânceres é a mutação, onde uma célula normal pode sofrer alterações no material dos genes. As mutações, por sua vez, podem ser causadas por agentes químicos e físicos do meio ambiente ou por produtos tóxicos (radicais livres, por exemplo) (BELIZÁRIO, 2002).

Os tumores malignos, apesar da sua grande variedade, apresentam um comportamento biológico semelhante, que consiste em crescimento, invasão local, destruição dos órgãos vizinhos, disseminação regional e sistêmica. O tempo gasto nestas fases depende tanto do ritmo de crescimento tumoral como de fatores constitucionais do hospedeiro (BRASIL, 2013a).

Os diferentes tipos de câncer correspondem aos vários tipos de células do corpo. Por exemplo, existem diversos tipos de câncer de pele por que a pele é formada de mais de um tipo de célula. Se o câncer se forma nos tecidos epiteliais como pele e mucosas, ele é chamado de carcinoma. Se começa em tecidos conjuntivos como ossos, músculos ou cartilagem é chamado de Sarcoma. Outras características que diferenciam os tipos de câncer é a velocidade de multiplicação das células e a capacidade de invadir tecidos e órgãos vizinhos distantes, denominada de metástase (BRASIL, 2014b).

A metástase é definida como o comprometimento a distância por uma parte do tumor que não guarda relação direta com o foco primário. Em todo o organismo, os órgãos que mais são comprometidos por disseminação são, obviamente, os mais vascularizados. A metástase deve ser vista como um novo tumor, diferente do tumor primário, com ampla autonomia para crescimento e propagação (BRASIL, 2006a).

3.2 EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER

Há cerca de 40 anos, o câncer era considerado uma doença de países desenvolvidos, no entanto, nos últimos anos observou-se um aumento na incidência e mortalidade nos países em desenvolvimento, como constatado no Brasil (ROSAS et al, 2013).

Para viabilizar as estimativas do câncer no Brasil, os dados são gerados através do Registo de Câncer de Base Populacional (RCBP) que são centros sistematizados de coleta, armazenamento, processamento e análise de

informações sobre a ocorrência e características de casos novos de câncer, em uma dada população delimitada por uma região geográfica essencial para o Instituto Nacional do Câncer (INCA). Esses RCBP reúnem dados de unidades e sistemas notificadores de serviços de diagnósticos e tratamento de pacientes com câncer no Brasil (hospitais), fornecendo subsídios para estimar a incidência dos vários tipos da doença (AYRES; SILVA; GUIMARÃES, 2013).

De acordo com estimativas mundiais do projeto Globocan 2012, da Agência Internacional para Pesquisa em Câncer (Iarc, do inglês International Agency for Research on Cancer), da Organização Mundial da Saúde (OMS), houve no ano de 2012 aproximadamente 14,1 milhões de casos novos de câncer e um total de 8,2 milhões de mortes por câncer, em todo o mundo. Há estimativa de que em 2030, a carga global será de 21,4 milhões de casos novos de câncer e 13,2 milhões de mortes por câncer em todo o mundo (BRASIL, 2014a).

E as estimativas para este ano de 2014 preveem um número aproximado de 576 mil novos casos de câncer no Brasil. As estatísticas mostram que no Brasil, os tumores mais frequentes para o sexo masculino são próstata, pulmão, estômago, cólon e reto e esôfago. Em mulheres, predominam o câncer de pele, mama, seguido pelos cânceres de colo uterino, cólon e reto, pulmão e estômago (ROSAS et al, 2013).

No Brasil o câncer permanece com importância epidemiológica cada vez maior, pela magnitude do número de casos novos principalmente relacionados aos tumores considerados evitáveis ou curáveis. A vigilância epidemiológica do câncer insere-se em todos os níveis de gestão. Assim conhecer o perfil da população, sobre do que ela adoece e de que forma se dá a assistência, é fundamental para o estabelecimento de ações que envolvem estratégias de educação, prevenção, detecção precoce, tratamento, cuidados paliativos e pesquisa (BRASIL, 2010).

Além disso, para reduzir o índice de câncer, são necessárias ações que incluam educação em saúde em todos os níveis da sociedade, desde a classe mais baixa a mais alta. A promoção e prevenção devem ser orientadas e aplicadas a indivíduos e grupo para reduzir o índice de câncer, como, por exemplo, o controle do tabagismo, contra os cânceres tabaco-relacionados,

incentivar o exame de papanicolau as mulheres contra o câncer de colo de útero, dentre outros tipos (BRASIL, 2011).

3.3 TIPOS DE TRATAMENTO

O tratamento é um dos componentes de programa nacional do controle do câncer. As metas são, principalmente, cura, prolongamento da vida e melhora da qualidade de vida. As principais modalidades de tratamento são a cirurgia, quimioterapia, radioterapia, incluindo manipulação hormonal, tais como hormonioterapia e iodoterapia. A Cirurgia e radioterapia são apropriadas para tratamento da doença localizada e regional, e pode curar nos estádios precoces do câncer, em geral, radioterapia e cirurgia têm papel limitado no câncer em estádios avançados. Enquanto a quimioterapia pode curar alguns tipos de câncer e ter atuação efetiva em doenças disseminadas (BRASIL, 2006b).

3.3.1 Tratamento Cirúrgico

O tratamento cirúrgico para o câncer pode ser aplicado para fins tanto curativos quanto paliativos. É considerado curativo quando indicado nos casos iniciais de maiores tumores sólidos, sendo um tratamento radical, que compreende a remoção do tumor primário com margem de segurança. A margem de segurança na cirurgia oncologia varia de acordo com a localização e o tipo histológico do tumor. No tratamento cirúrgico paliativo, tem a finalidade de reduzir a população de células tumorais ou de controlar sintomas que põem em risco a vida do paciente ou comprometem a qualidade da sua sobrevivência (BRASIL,1998).

3.3.2 Radioterapia

A radioterapia é uma especialidade médica que utiliza radiações com fins terapêuticos. Ela é indicada principalmente contra alguns tipos de câncer, mas também pode ser aplicada no tratamento de tumores benignos e reparação de cicatrizes (BRASIL, 2012).

Por sua vez, radiações ionizantes são ondas eletromagnéticas com energia suficiente para alterar a estrutura da matéria viva através da retirada de elétrons dos seus átomos. Esse processo pode levar à morte da célula devido às alterações em seu interior. Essas radiações são invisíveis, indolores e, dependendo da sua energia, atinge uma determinada profundidade do corpo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE RADIOTERAPIA [2011?]).

Há duas modalidades de radioterapia: a teleterapia e a braquiterapia. A teleterapia é a modalidade na qual o paciente é irradiado por um feixe de fótons (raios X ou gama), elétrons ou prótons, posicionado a certa distância. Já na braquiterapia, uma ou várias fontes radioativas seladas, usadas para irradiar a região desejada, são localizadas a pouca distância ou em contato com o tecido tumoral do paciente (SOUZA, 2012).

A teleterapia é uma modalidade da radioterapia na qual a fonte de radiação não fica em contato direto com a superfície a ser irradiada, utiliza feixes de radiação ionizante no tratamento (MARTINS, 2008).

Enquanto a braquiterapia é uma modalidade terapêutica da radioterapia em que se utilizam fontes radioativas em íntimo contato com a região a ser tratada. O objetivo deste tratamento é administrar altas doses de radiação em volumes restritos do organismo, para se ter maior controle da doença e menor toxicidade do tratamento aos tecidos normais adjacentes (ESTEVES et al, 2004).

3.3.3 Hormonioterapia

A hormonioterapia é um dos tratamentos sistêmicos adjuvantes. Raramente tem o objetivo curativo quando usado isoladamente, é necessário sua associação com a quimioterapia (câncer de mama e do sistema hemolinfopoético), com a cirurgia (câncer de endométrio) e com a radioterapia (câncer de próstata). Os medicamentos utilizados na hormonioterapia têm como ação ou a supressão ou o aumento dos níveis de hormônios circulantes. Os hormônios utilizados na terapêutica do câncer, assim como os quimio-terápicos antineoplásicos, atuam sistemicamente e exercem seus efeitos citotóxicos tanto sobre as células tumorais como sobre as células normais (BRASIL, 2008a).

3.3.4 Iodoterapia

Tratamento com iodo radioativo, usado na glândula da tireóide. O tratamento do câncer diferenciado da tireóide tem adotado, na última década, a tireoidectomia total como modalidade inicial de tratamento. A ablação de tecido remanescente permite empregar terapia hormonal supressiva, a qual evita a proliferação de eventuais núcleos de células cancerosas residuais. A iodoterapia é utilizada como tratamento adjuvante (CALEGARO; TEIXEIRA, 2007).

3.4. QUIMIOTERAPIA

Nome genérico atribuído ao tratamento de qualquer doença por meio de substâncias químicas citotóxica (BARACAT; JUNIOR; SILVA, 2000).

É um tratamento que utiliza compostos químicos, chamados quimioterápicos, no tratamento de doenças causadas por agentes biológicos. Quando utilizada no câncer, é chamada de quimioterapia antineoplásica ou quimioterapia antitumoral, podendo ser feita com a aplicação de um ou mais quimioterápicos (BRASIL, 2014d).

Sendo mais frequente, associada ou não a outras terapias. O protocolo de tratamento é instituído de acordo com o tipo de tumor, seu comportamento biológico, localização, extensão da doença, idade e condições gerais do paciente (CICOGNA; NASCIMENTO; LIMA, 2010).

É constituída uma das modalidades de maior escolha para produzir cura, controle e palição. Envolve o uso de substâncias citotóxicas, administradas principalmente por via sistêmica (endovenosa), podendo ser também administrada por via oral, subcutânea, intramuscular, tópica e intratecal (pela espinha dorsal, sendo aplicada no líquido), podendo ser classificada de acordo com sua finalidade quimioterápica: quimioterapia adjuvante, quimioterapia neoadjuvante, quimioterapia paliativa, monoquimioterapia e polioquimioterapia. (SAWADA et al, 2009).

3.4.1 Quimioterapia Adjuvante

Tratamento complementar, aplicado após o tratamento primário, usada em conjunto com outra modalidade de tratamento (cirúrgica, radioterapia) e com finalidades de prevenir micrometástases, permitindo períodos mais prolongados de remissão ou até mesmo a cura (OTTO, 2002).

3.4.2 Quimioterapia Neoadjuvante

Realizada antes do procedimento terapêutico principal (cirurgia), com o objetivo de promover a redução de possíveis tumores de tratamento locorregional, diminuir o risco de metástase e evitar cirurgias mutilantes (BARACAT; JUNIOR; SILVA, 2000).

3.4.3 Quimioterapia Paliativa

Quando empregada com finalidade paliativa, beneficia a pessoa pela redução do tamanho da massa tumoral com conseqüente melhora no metabolismo e redução dos sintomas, não repercutindo, obrigatoriamente, sobre sua sobrevida. Esse tratamento pode aumentar o intervalo livre de doença, colaborando não apenas para com o aumento da sobrevida, mas também com a melhora da qualidade de vida (SOUZA, 2011).

3.4.4 Monoquimioterapia

Constituiu o uso de drogas isoladas que tem se mostrado ineficaz em induzir respostas completas ou parciais significativas, na maioria dos tumores, sendo atualmente de uso muito restrito (BRASIL, 2014b).

3.4.5 Polioquimioterapia

A polioquimioterapia é descrita como “a utilização de mais de um agente citostático em combinação”. Ela é capaz de retardar o mecanismo de crescimento tumoral, possibilitando melhores respostas ao tratamento. Suas

principais vantagens são: o efeito aditivo que é produzido; a potencialização do efeito terapêutico de uma droga com o uso de outra; retardo da resistência tumoral; possibilidades de doses menores e conseqüentemente, diminuição dos efeitos tóxicos e colaterais (AVILA; SOARES; SILVA, 2013).

O uso de drogas quimioterápicas desencadeiam inúmeros efeitos adversos, dando ênfase as náuseas e vômitos, sendo um dos principais efeitos apresentados pelos pacientes (BARACAT; JUNIOR; SILVA, 2000).

Os efeitos adversos podem surgir de acordo com a droga e a dose usada, no entanto, os mais frequentes são apatia, perda do apetite, perda de peso, alopecia, hematomas, sangramento nasal e bucal, mucosite, náuseas, vômitos e diarreia. Outro efeito colateral é a neutropenia, que aumenta significativamente os riscos de morbidade e mortalidade por processos infecciosos. Além disso existem os efeitos psicológicos, onde os pacientes tem sentimentos de tristeza, medo, ansiedade e depressão (CIGOGNA; NASCIMENTO; LIMA, 2010).

Apesar de todos os efeitos adversos a quimioterapia representa uma busca incansável por uma nova chance de viver, promovendo uma série de transformações não somente na vida daqueles que o recebem, mas também da vida de seus familiares, mudando seus hábitos e rotinas.

3.4 QUALIDADE DE VIDA

Sabe-se que para a maioria das pessoas, o diagnóstico do câncer representa um evento catastrófico, a partir do qual essas pessoas terão de lidar com o estresse associado à doença e aos efeitos colaterais do tratamento. Com isso, a Qualidade de Vida (QV) de pacientes que estão sendo submetidos à quimioterapia fica de alguma forma prejudicada, uma vez que além de seus efeitos colaterais, ainda existe o receio da não cura (TERRA et al, 2013).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), 1995, QV é definida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

A avaliação da QV na Oncologia foi iniciada na década de 40, a partir de um trabalho que desenvolveu uma escala para avaliar a função física e as

condições de desempenho dos pacientes. Atualmente, sabe-se que as medidas de QV são essenciais para avaliar os resultados do tratamento do câncer (SAWADA et al, 2009).

Avaliar ou mensurar qualidade de vida, contudo, é tarefa complexa, dado o caráter subjetivo do tema. Diante disso, a proposta de utilização de instrumento de avaliação de qualidade de vida, válido para todos os grupos humanos, por parte da OMS, busca homogeneizar o conceito e ainda instrumentalizar os profissionais com ferramenta técnico-científica padronizada e consistente (JORGE; SILVA, 2010).

O universo de conhecimento em QV, se expressa em uma área multidisciplinar de conhecimento que se engloba em além de diversas formas de ciência e conhecimento popular, conceitos e englobam a vida das pessoas como um todo. Nesse contexto lida com inúmeros elementos do ser humano, considerando desde a percepção e expectativas sobre a vida, até o agir clínico frente à doença e as enfermidades (ALMEIDA; GUTTIERREZ; MARQUES, 2012).

Ultimamente, tem-se valorizado fatores como satisfação, qualidade dos relacionamentos, realização pessoal, percepção de bem-estar, possibilidades de acesso a eventos culturais, oportunidades de lazer, entre outros, como a felicidade, solidariedade e liberdade. Tendo uma crescente mudança dos enfoques quando se fala em QV, com a intenção de cada vez mais dar vida aos anos (KLUTHCOVSKY; TAKAYANAGUI, 2007).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE PESQUISA

Caracteriza-se por um estudo de natureza exploratória, que proporciona uma maior familiaridade com o problema, tendo como objetivo principal o aperfeiçoamento de idéias ou novas descobertas a fim de torná-las mais explícita. Esse tipo de pesquisa envolve: levantamento bibliográfico e documental entrevista com pessoas e estudo de casos (FIGUEIREDO, 2004).

A pesquisa tem ainda um estilo descritivo que possibilita a definição das características de uma determinada população ou fenômeno e o estabelecimento entre variáveis, tendo como objetivo estudar as características de um grupo: distribuição por idade, sexo, nível de escolaridade, estado da saúde física ou mental etc (GIL, 2009).

Além de uma abordagem quantitativa, podendo utilizar métodos formais, que se aproximam de projetos experimentais caracterizados pela exatidão e controle estatísticos, com finalidade de fornecer dados e hipóteses (MARCONI; LAKATOS, 2010).

4.2 LOCAL DA PESQUISA

O estudo foi realizado no município de Martins localizado no estado Rio Grande do Norte, na região Nordeste do Brasil. O município tem uma altitude de 745 metros sobre o nível do mar e uma distância de 377 km da capital do estado. Apresenta uma população estimada de 8.615 mil habitantes (BRASIL, 2013c).

A pesquisa foi realizada nas residências dos participantes, através da ajuda dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) logo após sua identificação e assinatura do TCLE.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A pesquisa foi realizada com os pacientes oncológicos que estão em tratamento quimioterápico residentes no município de Martins, Rio Grande do

Norte, totalizando 15 indivíduos, constituindo o universo da pesquisa. Destes, 15 foram convidados a participar da pesquisa e constituíram a amostra do estudo.

Participaram da pesquisa os indivíduos que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ser paciente oncológico; estar fazendo tratamento quimioterápico; residir no município de Martins, Rio Grande do Norte; ser maior de 18 anos; aceitar participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE A).

4.4 INSTRUMENTO DE COLETA

Foram utilizados dois instrumentos para coleta de dados, o primeiro conteve um roteiro de entrevista com dados de caracterização dos entrevistados e questões relacionadas a doença e tratamento dos entrevistados (APÊNDICE B).

Em seguida, foi utilizado o instrumento *World Health Organization Quality of Life Group Bref* (WHOQOL-bref), usado para avaliar a qualidade de vida, testado e validado em várias culturas, sob a coordenação do WHOQOL Group da Organização Mundial de Saúde (OMS) (SCHLOSSE; CEOLIM, 2012) (ANEXO A).

WHOQOL-bref é a versão mais curta do WHOQOL-100, viu-se a necessidade da versão mais curta que demandassem pouco tempo para o seu preenchimento. O WHOQOL-bref é composto por 26 questões, sendo duas questões gerais de Qualidade de Vida (QV) e 24 facetas, essas facetas são cada palavra que ficará na frente de cada domínio. Essas questões compõem quatro domínios: físico que avaliará energia e fadiga, atividades cotidianas, dor e desconforto e mobilidade. O domínio psicológico avaliará sentimentos negativos, autoestima e sentimentos positivos. O domínio de relações sociais avaliará relações sociais e suporte social. E o domínio do meio ambiente avaliará ambiente físico e cuidados da saúde/sociais. Os domínios são pontuados de forma independente, podendo variar o escore, onde será a pontuação, de 1 a 5, sendo que quanto maior o valor, melhor é o domínio da QV (TERRA et al, 2013).

4.5 PROCEDIMENTO DA COLETA

Os participantes foram inicialmente localizados quanto suas residências com a ajuda de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), logo em seguida foram realizadas visitas domiciliares onde os pacientes foram informados e convidados a participarem da pesquisa. Ao aceitarem participar da pesquisa, os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), logo após foi realizada a entrevista e aplicado o instrumento de coleta de dados. A coleta de dados foi realizada no mês de setembro do ano corrente.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise os dados foram inicialmente tabulados em planilhas através do Microsoft Office Excel versão 2007. Em seguida foram transferidos para o programa estatístico *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 17.0 (SPSS. Inc, Chicargo, IL, EUA), onde foram expressos em frequências observando os percentuais da avaliação da qualidade de vida dos pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico residentes no município de Martins, Rio Grande do Norte. Desta forma, foram obtidos scores brutos do instrumento WHOQOL-bref segundo recomendação do Grupo WHOQOL.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança em João Pessoa, Paraíba, através da Plataforma Brasil com o CAAE: 34103014.1.0000.5179. Deste modo, no transcorrer de todo o processo de elaboração e construção desta investigação foram observados os preceitos éticos dispostos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, garantindo ao participante que houve o anonimato, assim como, o sigilo das informações confidenciais. Os riscos mínimos como: desconforto, medo e constrangimento relacionados à aplicação da entrevista, que foram minimizados através das seguintes providências: esclarecimento sobre a finalidade da pesquisa, garantia da privacidade no momento da aplicação do questionário, do

sigilo da identidade pessoal e das informações obtidas. O benefício relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico para a área de enfermagem.

Está de acordo também a Resolução 311/07 do Conselho Federal de Enfermagem que aprovou a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, onde o mesmo declara ser dever da enfermagem exercer sua profissão com justiça, compromisso, equidade, resolutividade, dignidade, competência, responsabilidade e honestidade (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2007)

4.9 FINANCIAMENTO

Todas as despesas decorrentes durante a viabilização desta pesquisa serão de inteira responsabilidade da pesquisadora. A Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró será responsabilizada por disponibilizar referências contidas em sua biblioteca, computadores e conectivos, bem como, orientadora e banca examinadora.

5 RESULTADOS

5.1 PERFIL DOS ENTREVISTADOS

Participaram da pesquisa 15 pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico residentes no município de Martins, Rio Grande do Norte. Dentre eles, 54% (8/15) eram do sexo feminino com faixa etária acima de 60 anos e 74% (11/15) eram casados. Com relação à escolaridade 80% (12/15) dos entrevistados tinham apenas a alfabetização e quanto à profissão 47% (7/15) eram do lar (Tabela 1).

Tabela 1. Perfil dos pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico entrevistados no município de Martins, Rio Grande do Norte 2014

Variáveis	Perfil da população entrevistada	
	N	%
Sexo		
Feminino	8/15	54
Masculino	7/15	47
Idade		
18 a 30 anos	1/15	7
31 a 59 anos	6/15	40
Acima de 60 anos	8/15	53
Escolaridade		
Nao Afabetizado	0/15	0
Alfabetizado	12/15	80
Fundamental	0/15	0
Médio	3/15	20
Supletivo	0/15	0
Superior	0/15	0
Profissão		
Agricultor	3/15	20
Do Lar	7/15	48
Padeiro	1/15	7
Doméstica	1/15	7

Motorista	1/15	7
Estudante	1/15	7
Comerciante	1/15	7

FONTE: Pesquisa de Campo (2014)

5.2 NEOPLASIAS E TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO

Os participantes foram questionados sobre a doença e sobre o tratamento. Neste sentido, verificou-se que os tipos de neoplasias mais encontrados foram o de mama com 27% (4/15) e o de pulmão com 14% (2/15). Também foram encontradas as neoplasias de fígado, estômago, sarcoma de ewing, intestino, colo de útero, garganta, leucemia, próstata e pele (7%), todos com a mesma proporção. E com relação ao tempo da doença, constatou-se que a maioria dos pacientes 74% (11/15) tinham recebido o diagnóstico entre 1 e 3 anos, 60% (9/15) iniciaram o tratamento com menos de 1 ano do diagnóstico e 54% (8/15) são submetidos a sessões de quimioterapia mensalmente, todos no município de Natal, Rio Grande do Norte. Dentre os sinais e sintomas relacionados ao tratamento os mais comuns foram náuseas e alopecia com 80% (12/15). (Tabela 2).

Tabela 2. Neoplasias e Tratamento Quimioterápico dos pacientes oncológicos entrevistados no município de Martins, Rio Grande do Norte 2014

Variáveis	Perfil da população entrevistada	
	N	%
Neoplasias		
Mama	4/15	27
Pulmão	2/15	14
Sarcoma de Ewing	1/15	7
Fígado	1/15	7
Estômago	1/15	7
Intestino	1/15	7
Colo de Útero	1/15	7
Garganta	1/15	7
Leucemia	1/15	7

Prostata	1/15	7
Pele	1/15	7

Tempo do Diagnóstico da Doença Atual

Menos de 1 ano	3/15	20
Entre 1 e 3 anos	11/15	74
Acima de 3 anos	1/15	7

Sinais e Sintomas da quimioterapia

Náuseas	0/15	0
Alopécia	2/15	14
Nauseas, Alopécia	12/15	80
Outros	1/15	7

Tempo do Tratamento Quimioterápico

Menos de 1 anos	9/15	60
Entre 1 ano e 2 anos	5/15	34
Acima de 3 anos	1/15	7

Local do Tratamento

Natal	15/15	100
-------	-------	-----

Frequência do Tratamento

Mensalmente	8/15	54
21 em 21 dias	2/15	14
Quinzenalmente	4/15	27
Semanalmente	1/15	7

FONTE: Pesquisa de Campo (2014)

5.3 QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES ONCOLÓGICOS EM TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO

Vale mencionar que os domínios de QV foram pontuados de forma independente. Dessa forma, as respostas foram obtidas através de escores que apresentavam uma variação de 1 (um) a 5 (cinco), sendo que quanto maior o valor, melhor é o domínio de QV avaliado. Assim, considerou-se como referência

para avaliação da QV o escore 3 (três) como sendo uma QV “*nem ruim, nem boa*”.

De acordo com os dados da tabela 3, pode-se observar que o escore médio da “qualidade de vida geral” foi de 3,5, assim, os pacientes avaliaram sua QV acima do “*nem ruim, nem boa*”. Quanto à satisfação com a saúde (faceta 02), os pacientes apresentaram um escore de 3,67, sendo classificado entre o “*nem satisfeito, nem insatisfeito*” e “*satisfeito*”.

Tabela 3 - Escore Médio das facetas da qualidade de vida geral do instrumento WHOQOL-bref (n=15)

Nº da Questão	Facetas da Qualidade de Vida Geral	Valor do Escore Médio
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	3,33
2	Quão satisfeito(a) você está com sua saúde?	3,67
Escore Médio Geral		3,5

FONTE: Pesquisa de Campo (2014)

Referente ao domínio físico, a população estudada apresentou um escore médio geral de 3,42, dessa forma, uma QV “*nem ruim, nem boa*”, na área física. A faceta 17 (atividades diárias) foi a que apresentou menor escore, 3,7. Já a faceta 18 (capacidade de trabalho) apresentou o maior escore, 4,13. (Tabela 4).

Tabela 4 - Escore Médio das facetas do domínio físico do instrumento WHOQOL-bref (n = 15)

Nº da Questão	Facetas do Domínio Físico	Valor do Escore Médio
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	3,2
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	3,53
10	Você tem energia suficiente para o seu dia a dia?	3,13
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	3,67
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu	3,27

	sono?	
17	Quão satisfeito(a) você está com a sua capacidade de desempenhar as suas atividades do seu dia a dia?	3,7
18	Quão satisfeito(a) você está com a sua capacidade para o trabalho?	4,13
Escore Médio Geral do Domínio		3,42

FONTE: Pesquisa de Campo (2014)

No domínio psicológico, o escore médio foi de 3,08, tendo uma classificação da QV dos pacientes estudados entre “*nem ruim, nem boa*” e “*boa*”. A faceta que apresentou menor escore neste domínio foi a 26 (sentimentos negativos) com um valor de 2,47. Cabe destacar que o maior escore e o que influenciou a média geral do domínio psicológico foram a faceta 06 (sentimento da vida), com 3,67 (Tabela 4).

Tabela 5 - Escore Médio das facetas do domínio psicológico do instrumento WHOQOL-bref (n =15)

Nº da Questão	Facetas do Domínio Psicológico	Valor do Escore Médio
5	O quanto você aproveita a vida?	3,39
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	3,67
7	O quanto você consegue se concentrar?	3,07
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	3,0
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	2,93
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade e depressão?	2,47
Escore Médio Geral do Domínio		3,8

FONTE: Pesquisa de Campo (2014)

Segundo os dados da tabela 4, o escore médio geral do domínio relações social foi de 3,42, apresentando dessa forma, uma QV entre “*nem boa*” e “*nem ruim*” no quesito relações sociais. A faceta 22 (suporte e apoio social) foi

a que apresentou maior escore médio (4,07) neste domínio. No presente estudo, o escore médio referente à faceta 21(atividade sexual) foi de 2,20, ou seja, os pacientes classificaram sua vida sexual entre “*nem satisfeito, nem insatisfeito*” e “*satisfeito*”, sendo este o menor escore no domínio relações social (Tabela 5).

Tabela 6 - Escore Médio das facetas do domínio relações social do instrumento WHOQOL-bref (n = 15)

Nº da Questão	Facetas do Domínio Relações Sociais	Valor do Escore Médio
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	4,0
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	2,2
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	4,7
Escore Médio Geral do Domínio		3,43

FONTE: Pesquisa de Campo (2014)

O escore médio do domínio meio ambiente foi de 3,39, apresentando os pacientes oncológicos submetidos à quimioterapia uma QV entre “*nem ruim, nem boa*” e “*boa*” (Tabela 6).

Tabela 7 - Escore Médio das facetas do domínio meio ambiente do instrumento WHOQOL-bref (n = 15)

Nº da Questão	Facetas do Domínio Meio Ambiente	Valor do Escore Médio
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	3,27
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	3,8
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	3,13
13	Quão disponível para você estão as informações que precisa no seu dia a dia?	3,27
14	Em que medida você tem oportunidade de atividade de lazer?	3,07
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	3,87
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	3,27
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	3,47

Escore Médio Geral do Domínio

3,39

FONTE: Pesquisa de Campo (2014)

Neste domínio, o menor escore encontrado foi referente a faceta 14 “atividade de lazer”, com escore 3,07. A faceta 23 “condições do local de moradia” apresentou o maior escore nesse domínio 3,87, ou seja, para os pacientes o local de moradia, representa uma melhor qualidade de vida.

6 DISCUSSÃO

As análises do estudo em questão revelaram a predominância de pacientes com faixa etária acima de 60 anos. Cabe salientar que a idade avançada é um fator que influencia fortemente na morbidade, já que as neoplasias são mais frequentes em extremos de idade (TERRA et al, 2013).

Dentre os tipos de câncer encontrados na pesquisa, o de mama apresentou-se em maior porcentagem. Esse achado vai ao encontro da literatura, onde revela que o câncer de mama é a segunda neoplasia maligna mais frequente no mundo e o primeiro entre as mulheres (BRASIL, 2014e). Fato este também justificado, uma vez que houve maior número de mulheres no presente estudo.

Com base no tempo de diagnóstico do câncer atual dos entrevistados, observou-se que esse ocorreu entre 1 a 3 anos e do tratamento quimioterápico menos de 1 ano, respectivamente. O que mostra que a doença é recente e que o tratamento foi iniciado logo após o diagnóstico, evidenciando a busca pela cura, podendo diminuir algumas complicações que o paciente possa desenvolver.

Desta forma semelhante, em São Paulo foi desenvolvido um estudo onde pôde verificar que a maioria dos pacientes iniciou a quimioterapia após 10 meses da descoberta do diagnóstico. Destaca-se que quanto mais rápido iniciar o tratamento quimioterápico, melhor é o controle da doença, podendo, dessa forma, diminuir o risco de apresentar complicações (Terra et al, 2013).

No que refere aos sinais e sintomas da quimioterapia, a presença de náuseas e alopecia mostraram-se os mais frequentes. Onde mostra que apesar de todos os efeitos adversos que a quimioterapia propicia o paciente busca incansavelmente por uma nova chance de viver, promovendo uma série de transformações e sempre em busca de uma melhor qualidade de vida

Esses achados podem ser comparados a outro estudo, onde o uso de drogas quimioterápicas desencadeiam inúmeros efeitos adversos, dando ênfase às náuseas, vômitos e alopecia, sendo estes os principais sinais e sintomas apresentados pelos pacientes, esses efeitos podem surgir de acordo com a droga e a dose usada. (BARACAT; JUNIOR; SILVA, 2000).

A partir dos resultados obtidos com o WHOQOL-bref, os dados referentes tanto a qualidade de vida geral quanto ao domínio físico, os entrevistados classificaram a qualidade de vida como “nem ruim, nem boa”, sendo assim, nem satisfeito, nem insatisfeito no que condiz à saúde. Nesta situação, vale lembrar que a maneira de reagir à doença difere de pessoa para pessoa, mas todos têm necessidade de reaprender a viver, e que isto é visto como indispensável. Assim, a QV depende de cada indivíduo e as expectativas para cada um. Desta forma, o que é uma vida boa de qualidade para uma pessoa pode não ser para outra (ALMEIDA; GUTTIERREZ; MARQUES, 2012).

Em relação ao paciente com a dor física e sua capacidade de desempenhar suas atividades diárias, foram evidenciados escores menores, o que mostra que quanto menor o escore, menor será a qualidade do paciente. Pois a dor impede o paciente de se locomover, desempenhar suas atividades diárias, prejudica no sono, piora sua capacidade em relação ao trabalho além de não ter energia suficiente para desempenhar suas atividades diárias.

Isso pode ser observado em outra pesquisa que mostrou que a dor é uma das mais frequentes razões de incapacidade, para desempenhar suas atividades diárias, em pacientes com câncer (BRASIL, 2002).

No domínio psicológico, os pacientes mencionaram a faceta sentimentos negativos em menores níveis, isso é explicado pelo fato do paciente sentir-se ameaçado de incapacidade ou risco de vida, sendo difícil a compreensão por parte deles. Uma vez que pelo fato da doença o paciente pode achar que sua vida não tem mais sentido, como também não está satisfeito consigo mesmo chegando a gerar e desencadear sentimentos negativos como depressão, mau humor, desespero, ansiedade pelo fato de ser uma doença grave.

Esse achado é confirmado pela literatura, uma vez que, o fato do indivíduo possuir câncer e esta ser uma doença que, na maioria das vezes, não tem um prognóstico muito bom, pode apresentar sentimentos negativos em relação a sua vida. Em seu cotidiano, a pessoa com câncer convive com transtornos emocionais, cognitivos e comportamentais, condicionados ao fato de sua vida estar, muitas vezes, ligada a uma doença grave (SILVA; AQUINO; SANTOS, 2008).

Outro dado encontrado no presente estudo e que merece destaque é a posição insatisfatória dos entrevistados diante da imagem corporal e sua

aparência, isso justifica o fato do padrão de beleza que a sociedade predomina. Devido ao tratamento que os pacientes se submetem começa uma série de alterações físicas que fazem com que os pacientes se sintam excluídos da sociedade.

. Esses fatos vão de acordo com a literatura, onde mostra que o câncer, principalmente nas mulheres, pode afetar a sexualidade e a própria imagem pessoal das mulheres que as vivenciam, por exemplo, quando as mulheres são submetidas à mastectomia que passam pela cirurgia e retirada da mama, onde gerará um transtorno com sua aparência (SOARES, 2009).

Entre todos os domínios do instrumento WHOQOL-bref e da QV geral, as relações sociais apresentaram maior escore médio. Assim, verificou-se uma maior satisfação da população em estudo no que se refere ao suporte e apoio social. Pois as pessoas mais próximas possuem imagem menos estigmatizadas sobre a doença do que as pessoas de fora, assim permitindo um maior apoio das pessoas mais próximas.

As relações familiares e de amigos são extremamente importantes, consideradas como influenciadoras na QV das pessoas e dos pacientes oncológicos. Uma vez que poderá contar com a compreensão e com o respeito às suas limitações, como também ajudará na conquista de uma vida harmônica, colaborando com a autoestima. Assim, a convivência em família e com amigos, gera possibilidade de trocarem informações, com uma maior superação e pelo fato de se conhecerem cada vez mais, sendo fundamental para a avaliação de QV dos pacientes oncológicos (KLUTHCOVSKY; TAKAYANAGUI, 2007).

Pode-se compreender que a forma como as pessoas reagem aos seus problemas e os mecanismos dos quais utilizarão para enfrentá-los, estão relacionados às suas crenças, valores e ao apoio que recebem dos seus amigos e familiares (SANCHEZ et al, 2010).

Salienta-se que, ainda no domínio das relações sociais, a “atividade sexual” obteve o menor escore. Desta forma torna-se válido mencionar que uma parte da população estudada, 53%, tinha mais de 60 anos, e mesmo que não estejam em atividade sexual ativa, podem considerar essa situação como insatisfatória, havendo interferência em seu estado psicológico e em sua QV.

No que diz respeito ao domínio do meio ambiente pode-se notar o maior escore nas condições e locais de moradia. Logo para se ter uma QV adequada

devemos ter um local e moradia que possam nos suprir do que mais necessitamos como saúde, meio de transporte, além do bem estar físico e espiritual

De acordo com a literatura a Organização Mundial de Saúde (OMS), define que saúde não é apenas ausência de doença, mas uma situação de perfeito bem-estar físico, mental e social. (MEDEIROS; BERNARDES; GUARESCHI, 2005).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A qualidade de vida é um tema bastante discutido nos últimos anos devido a sua grande relevância para a vida do indivíduo. Diversos elementos contribuem para uma boa qualidade de vida, dentre eles podemos dizer que ter autonomia, manter a capacidade funcional, manter a autoestima, ter uma alimentação adequada e vida ativa são fatores essenciais para a manutenção desta qualidade. Quando quaisquer desses elementos são modificados, como em casos de doenças, a qualidade de vida sofre declínio. Desta forma, é possível observar que pacientes oncológicos submetidos a quimioterapia necessitam de uma adequada qualidade de vida como forma de amenizar todo o sofrimento que a patologia e o tratamento proporcionam.

Todavia, incluir medidas de QV na prática clínica e terapêutica é um grande desafio, pois, muitas vezes, a cura é supervalorizada em detrimento do bem-estar do paciente. Portanto, diante do impacto ocasionado pelo tratamento quimioterápico, incluindo alterações tanto físicas quanto emocionais e sociais provocadas pelo câncer, as medidas tomadas em prol de uma boa qualidade de vida parecem ser cruciais para avaliar determinadas intervenções e as consequências da doença na vida desses pacientes.

Neste contexto, a pesquisa buscou analisar o impacto do câncer na qualidade de vida dos pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico, e a partir dos dados coletados, foi possível evidenciar uma visão do paciente em tratamento quimioterápico sobre a qualidade de vida. Sendo possível também confirmar a hipótese que o câncer influencia negativamente a qualidade de vida dos pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico residentes no município de Martins, Rio Grande do Norte.

Assim, o estudo permitiu alcançar os objetivos propostos podendo perceber a qualidade de vida através do impacto que a doença causa no paciente em tratamento quimioterápico e ir além, pois foi possível conhecer melhor a vida destes pacientes, observar as dificuldades pelos quais passam, os anseios e suas fragilidades em relação ao tratamento e a doença. Para mim foi de grande relevância, pois contribuiu não só para o meu crescimento profissional, mas também pessoal, me fez refletir sobre o valor da vida, a

importância de ser uma pessoa digna e mais humana, reconhecendo e tentando ajudar sempre ao próximo.

Diante disso, a busca de uma melhor assistência aos pacientes oncológicos submetidos à quimioterapia é um aspecto importante a ser mensurado, uma vez que, avalia as várias dimensões da doença que acarretam inúmeros problemas sociais e psicológicos para estes pacientes e cria parâmetros para práticas assistenciais cotidianas nos serviços de saúde. Com isso, faz-se necessário que o município e os profissionais de saúde envolvidos no tratamento do paciente oncológico propiciem um relacionamento saudável e digno, com o intuito de tornar o tratamento quimioterápico menos doloroso para essa população.

Espera-se que este trabalho sirva de reflexão não só para os profissionais de saúde, que poderão estar sempre buscando métodos, criando ou modificando intervenções que possam propiciar uma melhor qualidade de vida para os pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico. Que sirva também para a sociedade entender o impacto que a doença e o tratamento causam na qualidade de vida desses pacientes.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Marcos Antonio Bettine; GUTIERREZ, Gustavo Luis; MARQUES Renato. **Qualidade de vida: Definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa.** São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades - EACH/USP, 2012.
- AVILA, Fernanda Fatima; SOARES, Mauricia Brochado Oliveira; SILVA, Sueli Riul. Perfil hematológico e bioquímico sérico de pacientes submetidas à quimioterapia antineoplásica. **Rev de Enfermagem e atenção a Saúde**, v.2, n.2, n. esp., p.32-45, 2013.
- AYRES, Andréia Rodrigues Gonçalves; SILVA, Gunar Azevedo; GUIMARÃES, Rafael Mendonças. Tendência da incidência de câncer do colo do útero invasor em quatro capitais brasileiras: dados dos registros de câncer de base populacional, 1990–2004. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.21, n.3, p. 289-95, 2013.
- BARACART, Fausto Farah; JUNIOR, Hezio Jadir Fernandes; SILVA, Maria Jose. **Cancerologia Atual: Um enfoque Multidisciplinar.** Primeira edição. São Paulo: Roca Ltda, 2000.
- BELIZÁRIO, José Ernesto. O próximo desafio, reverter o câncer. **Ciência Hoje**, São Paulo, v.31, n.184, p 51-57, 2002.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Esclarecimentos e orientações para os usuários dos serviços de radioterapia.** Brasília: MS, 2012. Disponível em <[http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/e263f4004bb272b297f1dfbc0f9d5b29/\(Comunica%C3%A7%C3%A3o+de+Risco+Radioterapia+final+1\).pdf?MOD=AJPERES](http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/e263f4004bb272b297f1dfbc0f9d5b29/(Comunica%C3%A7%C3%A3o+de+Risco+Radioterapia+final+1).pdf?MOD=AJPERES)> Acesso em 03 Maio 2014.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012. **DOU**, n.12, p.59, Junho de 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência a Saúde. Instituto Nacional do Câncer [INCA]. Tratamento cirúrgico, Rio de Janeiro, 1998.
- BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria Nacional de Assistência a Saúde. Instituto Nacional do Câncer [INCA]. Cuidados Paliativos Oncológicos- cuidados da dor, Rio de Janeiro, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência a Saúde. Instituto Nacional do Câncer [INCA]. Fisiopatologia do câncer, Rio de Janeiro, 2006a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência a Saúde. Instituto Nacional do Câncer [INCA]. O Tratamento do câncer no SUS, Rio de Janeiro, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência a Saúde. Instituto Nacional do Câncer [INCA]. Hormonioterapia, Rio de Janeiro, 2008a.

BRASIL. Instituto Nacional do Câncer [INCA]. Intervenções de enfermagem no controle do câncer, Rio de Janeiro, 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência a Saúde. Instituto Nacional do Câncer [INCA]. Câncer no Brasil - Dados dos Registros de Base Populacional Volume IV, Rio de Janeiro, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência a Saúde. Instituto Nacional do Câncer [INCA]. Manual técnico para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar, Rio de Janeiro, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência a Saúde. Instituto Nacional do Câncer [INCA]. Estimativa e Incidência de câncer no Brasil, Rio de Janeiro 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação Ambulatorial do SUS [SAI]. Oncologia, Brasília, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência a Saúde. Instituto Nacional do Câncer [INCA]. O que é câncer? Rio de Janeiro, 2013 b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência a Saúde. Instituto Nacional do Câncer [INCA]. Estimava e incidência de câncer no Brasil, Rio de Janeiro, 2013c.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE]. Rio Grande do Norte, Martins. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência a Saúde. Instituto Nacional do Câncer [INCA]. Estimava e incidência de câncer no Brasil, Rio de Janeiro, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência a Saúde. Instituto Nacional do Câncer [INCA]. Como é o processo de carcinogênese? Rio de Janeiro, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência a Saúde. Instituto Nacional do Câncer [INCA]. O que é câncer ? Rio de Janeiro, 2014c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência a Saúde. Instituto Nacional do Câncer [INCA]. Quimioterapia, Rio de Janeiro, 2014d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência a Saúde. Instituto Nacional do Câncer [INCA]. Câncer de mama, Rio de Janeiro, 2014e.

CALEGARO, José Ulisses Manzini; TEIXEIRA, Sandra Mara Pessano. Avaliação da exposição ocupacional de auxiliares de enfermagem na iodoterapia durante 11 anos. **Radiol Bras**, São Paulo, v.40, n.4, jul./ago. 2007.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução 311/07. **Dispõe sobre o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. 2007. Disponível em: <<http://www.portaleducacao.com.br/...codigo-de-etica-dos-profissionais-de-enfermagem> > Acesso em: 18 abr. 2014.

CICOGNA, Elizelaine de chico; NASCIMENTO, Lucila Castanheira; LIMA, Regina Aparecida Garcia. Crianças e adolescentes com câncer: experiências com a quimioterapia. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.18, n.5, p.09, set./out. 2010.

ESTEVES, Sérgio Carlos Barros; OLIVEIRA, Antonio Carlos Zuliani de and FEIJO, Luís Fernando de Andrade. Braquiterapia de alta taxa de dose no Brasil. **Radiol Bras**, v.37, n.5, p.337-341, 2004.

FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida de Figueiredo. Método e Metodologia na pesquisa científica. São Caetano do Sul: Difusão, 2004. 103p.

GRABARZ, Dr. D et al. Indicações de Radiocirurgia e Exteretotaxia Fracionada nos tumores do sistema Nervoso Central. **Prática hospitalar**, n.66, p.1-2, 2009.

GRANER, Edgar et al. Biologia Tumoral e Carcinogênese. **Patologia geral - áreas de semiologia e patologia**, São Paulo, db-301, unidade v, 2010.

GUEMBAROVSKI, Roberta Losi; COLLUS, Ilce Mara de Syllos. Câncer: Uma doença genética. **Rev Genética escola**, Londrina-Paraná, v.03, n.01, p.4-7, 2008

GIL, Antonio Carlos. Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. 6. ed. São Paulo: Atlas, 28p, 2009.

JORGE, Livia Loami Ruyz; SILVA, Sueli Riul. Avaliação da qualidade de vida de portadoras de câncer ginecológico, submetidas à quimioterapia antineoplásica. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Minas Gerais, v.18, n.5, p.07, set./out. 2010.

KLUTHCOVSKY, Ana Cláudia Garabeli Cavalli; TAKAYANAGUI, Angela Maria Magosso. Qualidade de Vida: Aspectos Conceituais. **Revista Salus Guarapuava**, Paraná, v.1, n.1, p.13-15, jan./jun. 2007.

KREUGER, Maria Regina Orofino et al. Complicações Orais em pacientes em tratamento quimioterápico na Uncaon, no município de Itajaí/SC. **Revista da Faculdade de Odontologia de Lins**, Santa Catarina, v.21, n.1, p.39-47, 2009.

LOPES, Aline a; OLIVEIRA, Andreza M; PRADO, Camila. B.C. PRINCIPAIS Genes que participam da formação de tumores. **Rev de Biologia e Ciências da Terra**, v.02, n.02, p.01-07, 2002.

MARTINS, R. Radiação no tratamento do carcinoma. Dourados – MS, 2008. Disponível em: <http://www.uems.br/portal/biblioteca/repositorio/2012-07-06_17-17-19.pdf>. Acesso em: 03 mai. 2014.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. Fundamentos de metodologia científica. 7 ed. São Paulo: Atla, 2010.170p.

MICHELONE, Adriana de Paula Congro; SANTOS, Vera Lúcia Conceição Gouveia . Qualidade de vida de adultos com câncer colorretal com e sem ostomia. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v.12, n.6, p.875-83, novem./dezem. 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Social science and medicine.** v.41, n.10, p.403-409, 1995.

OTTO, Shirley E. **Oncologia**. Rio de Janeiro: Reichmam e Affonso Editores, 2002.

ROCHA, Lucimara Sonaglio et al. O cuidado de SI de idosos que convivem com câncer em tratamento ambulatorial. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis v.1, n.23, p.29-37. Jan-Mar, 2014.

ROSAS, M. S. L et al. Incidência do Câncer no Brasil e o Potencial Uso dos Derivados de Isatinas na Cancerologia Experimental. **Rev. Virtual Quim.** v.5, n.2, p.243-265, 2013.

SANCHEZ, Keila de Oliveira Lisboa et al. Apoio social à família do paciente com câncer: identificando caminhos e direções. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.2, n. 63, p.290-9. Mar-abr, 2010.

SANTOS, Andrezza Layane Alves et al. Avaliação da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde em Pacientes com Câncer do Colo do Útero em Tratamento Radioterápico. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.58, n3, p.507-515, 2012.

SAWADA, Namie Okino et al. Avaliação da qualidade de vida dos pacientes com cancer submetidos à quimioterapia. **Revista Esc Enf USP**, São Paulo, v.43, n.3, p.581-7, 2009.

SCHLOSSE, Thalyta Cristina Mansano-; CEOLIM, Maria Filomena. Qualidade de vida de pacientes com câncer no período de quimioterapia. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.21, n.3, p.600-7, Jul-Set 2012.

SILVA, Shirley de Souza, AQUINO, Thiago Antonio Avellar, SANTOS, Roberta Montenegro. O paciente com câncer: cognições e emoções a partir do diagnóstico. **REVISTA BRASILEIRA DE TERAPIAS COGNITIVAS**, v.4, n.2, p.73-88, 2008.

SILVA, Arthur et al. Interpretando a base genética do câncer. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2011.

SOARES, Lenícia Cruz et al. A quimioterapia e seus efeitos adversos: Relato de clientes oncológica. **Cogitare Enferm**, Rio Grande do Sul, v.14, n.4, p.714-9, Out/Dez 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE RADIOTERAPIA. **Pacientes e familiares: o que você precisa saber sobre radioterapia.** [2011?]. Disponível em < <http://www.sbradioterapia.com.br/#wrap=pacientes.php> >. Acesso em 30 abril 2014.

SOUZA, Raissa Silva. Pacientes Oncológicos em Quimioterapia Paliativa: perfil e relações entre sintomas, capacidade funcional e qualidade de vida. **Universidade Federal de Minas gerais: Escola de Enfermagem: Programa de pós-graduação.** Belo Horizonte, 2011.

SOUZA, Roberto Salomon. Desenvolvimento de um sistema para controle de qualidade em radioterapia de intensidade modulada (IMRT). Rio de Janeiro: UFRJ/COPPE, 2012.

TERRA, Fábio de Souza et al. Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos submetidos à quimioterapia. **Rev Bras Clin Med.** São Paulo, v.1,n.2, p.112-7, abr./jun.2013.

VIANA, Ana Cléia; MONTANHA, Dionize. Incidência de fatores de riscos em mulheres com câncer de mama. **Rev UNILUS ensino e pesquisa.** São Paulo, v.7, n. 12, jan./jun. 2010

APÊNDICES

APÊNDICE A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada: **Qualidade de vida dos pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico no município de Martins, Rio Grande do Norte**. Está sendo desenvolvida por **Eduarda Tassiana dos Santos Andrade** aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN sob a orientação da **Professora Kalidia Felipe de Lima Costa**. A pesquisa apresenta o objetivo de avaliar a qualidade de vida dos pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico no município de Martins, Rio Grande do Norte.

A relevância deste estudo está pautada em conhecer a qualidade de vida dos pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico no município de Martins, Rio Grande do Norte.

Informamos que será garantido seu anonimato, bem como, assegurado sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa, e o direito de desistir da mesma em qualquer etapa de seu desenvolvimento. Salientamos ainda, que não será efetuada nenhuma forma de gratificação pela sua participação. Os riscos mínimos como: desconforto, medo e constrangimento relacionados à aplicação da entrevista, que serão minimizados através das seguintes providências: esclarecimento sobre a finalidade da pesquisa, garantia da privacidade no momento da aplicação do questionário, do sigilo da identidade pessoal e das informações obtidas. O benefício relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico para a área de enfermagem.

Caso decida aceitar o convite, você será submetido(a) ao(s) seguinte(s) procedimentos: assinar esse termo de consentimento autorizando sua participação e, posteriormente, submeter-se a aplicação de uma entrevista com o pesquisador onde senhor (a) responderá inicialmente a algumas perguntas sobre dados pessoais a fim de caracterizarmos a população desta pesquisa. Em seguida, a entrevista será composta de perguntas relacionadas aos objetivos propostos. Os dados coletados farão parte de um trabalho de conclusão de curso podendo ser divulgado em eventos científicos, periódicos e outros tanto a

nível nacional ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, o nome do (a) senhor (a) será mantido em sigilo.

A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, o (a) senhor (a) não é obrigado (a) a fornecer as informações solicitadas pela pesquisadora. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano.

As pesquisadoras estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

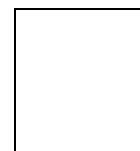
Diante do exposto, agradecemos à contribuição do (a) senhor (a) na realização dessa pesquisa.

Eu, _____,
concordo em participar desta pesquisa declarando que cedo os direitos do material coletado, que fui devidamente esclarecido (a), estando ciente dos objetivos e da justificativa da pesquisa, com a liberdade de retirar o consentimento sem que isso me traga qualquer prejuízo. Estou ciente que receberei uma cópia deste documento assinado por mim, sendo que será rubricada a primeira página e assinada a última por mim (participante) e pela pesquisadora responsável.

Mossoró, ____/____/2014.

Prof^a Ms. ¹Kalídia Felipe de Lima Costa
(Pesquisadora Responsável)

Participante da Pesquisa/ Testemunha



¹ **Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa:** Av. Frei Galvão, 12 - Bairro Gramame - João Pessoa - Paraíba – Brasil CEP.: 58.067-695 - Fone/Fax : +55 (83) 2106-4790. E-mail: cep@facene.com

¹ Pesquisadora Responsável: Kalídia Felipe de Lima Costa
Endereço profissional do Pesquisador: Rua José de Souza, nº 196, bairro Alto de São Manoel. Mossoró-RN. CEP:59.625-150.
E-mail do pesquisador: kalidiafelipe@facenemossoro.com.br
Fone de contato profissional: (84) 3314-3728

APÊNDICE- B – Instrumento de coleta de dados

ROTEIRO DE ENTREVISTA

DADOS DE CARACTERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS

1-Nome

2-Idade _____

3-Estado Civil _____

4-Sexo: Feminino () Masculino ()

5-Grau de Escolaridade: () Não Alfabetizado () Alfabetizado () Fundamental (

) 6-6-Médio () Supletivo () Superior ()

7-Profissão

QUESTÕES RELACIONADAS A DOENÇA E TRATAMENTO DOS ENTREVISTADOS

1° _____ Neoplasia
diagnosticada _____

2° O tempo da doença

3° Sinais e sintomas

4° O tempo de tratamento _____

5° Local do tratamento _____

6° Frequência que faz o tratamento

ANEXO

ANEXO A - Instrumento de Coleta de Dados

World Health Organization Quality of Life Group Bref (WHOQOL-bref)

Versão brasileira do WHOQOL-BREF*

DOMÍNIOS	FACETAS	PERGUNTAS	Muito ruim	Ruim	Nem ruim, nem boa	Boa	Muito boa
GERAL*	1. Qualidade de Vida	Como você avalia sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
	2. Saúde	O quanto você esta satisfeito(a) com sua vida	1	2	3	4	5

DOMÍNIOS	FACETAS	PERGUNTAS	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
FÍSICO**	3.Dor física	Em que medida você sente alguma dor física que o impede de fazer o que deseja?	1	2	3	4	5
	4.Tratamento	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
	10.Energia	Você tem energia suficiente para seu dia a dia?	1	2	3	4	5
	15.Locomoção	Você é capaz de locomover, isto é, caminhar com as próprias pernas?	1	2	3	4	5
	16.Sono	O quanto você está satisfeito(a) com seu sono?	1	2	3	4	5
	17.Atividades diárias	O quanto você está satisfeito(a) de desempenhar suas atividades do dia a dia?	1	2	3	4	5
	18.Capacidade de trabalho	O quanto você está satisfeito(a) com a capacidade do seu trabalho?	1	2	3	4	5

DOMÍNIOS	FACETAS	PERGUNTAS	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
PSICOLÓGICO**	5.Aproveita a vida	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
	6.Sentido da vida	Em que medida você acha que sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
	7.Concentração	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
	11.Aparência física	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
	19.Autossatisfação	O quanto você está satisfeito(a) consigo mesmo?	1	2	3	4	5
	26.Sentimentos negativos	Com que frequência você tem sentimentos negativos, tais como, mau humor, depressão, desespero, ansiedade?	1	2	3	4	5

DOMÍNIOS	FACETAS	PERGUNTAS	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
RELAÇÕES SOCIAIS**	20.Relações pessoais	Quão satisfeito(a) você está com suas relações sociais (amigos, parentes, conhecidos, colegas?)	1	2	3	4	5
	21.Vida sexual	O quanto você está satisfeito(a) com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
	22.Apoio dos amigos	O quanto você está satisfeito(a) com o apoio que você recebe dos amigos?	1	2	3	4	5

DOMÍNIOS	ITENS	PERGUNTAS	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
MEIO AMBIENTE**	8.Segurança na vida	O quanto você se sente seguro(a) na sua vida diária?	1	2	3	4	5
	9.Ambiente saudável	O quanto o seu ambiente físico é saudável (clima, barulho, poluição)	1	2	3	4	5
	12.Recursos financeiros	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
	13.Informações disponíveis	O quanto as informações que precisa no dia a dia estão disponíveis a você?	1	2	3	4	5
	14.Atividade de lazer	Em que medida você tem oportunidade de atividade de lazer?	1	2	3	4	5
	23.Moradia	O quanto você está satisfeito(a) com o local que você mora?	1	2	3	4	5
	24.Acesso serviços de saúde	O quanto você está satisfeito com o seu acesso de serviços de saúde?	1	2	3	4	5
	25.Meio de transporte	O quanto você está satisfeito(a) com seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

Disponível em: <http://www.ufrgs.br/pslq/whoqol86.html> (acessado em 21/mai/2014)

Os escores variam de 1 à 5**