

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DE PACIENTES ATENDIDOS EM UM SERVIÇO AMBULATORIAL DE QUIMIOTERAPIA PALIATIVA EM BELO HORIZONTE

SOCIO-DEMOGRAPHIC AND CLINICAL PROFILE OF PATIENTS TREATED IN AN OUTPATIENT PALLIATIVE CHEMOTHERAPY CLINIC IN BELO HORIZONTE

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y CLÍNICO DE PACIENTES ATENDIDOS EN UN SERVICIO AMBULATORIO DE QUIMIOTERAPIA PALIATIVA DE BELO HORIZONTE

Raissa Silva Souza¹
Delma Aurélia da Silva Simão²
Elenice Dias Ribeiro de Paula Lima³

RESUMO

O objetivo com esta pesquisa foi identificar o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes atendidos em um serviço ambulatorial de quimioterapia paliativa em Belo Horizonte. Trata-se de estudo descritivo, com abordagem quantitativa. Foram entrevistados 70 pacientes submetidos a quimioterapia paliativa entre os meses de outubro de 2010 a fevereiro de 2011. Os dados foram inseridos no Programa SPSS e analisados utilizando-se estatística descritiva. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o nº 0388.0.203.000-10, de 15/9/2010, e os sujeitos consentiram formalmente em participar. A população, em sua maioria, constituiu-se do sexo feminino, com média de 56 anos de idade, baixo nível de escolaridade e de renda. Os principais sítios primários do câncer foram: mama (n=31; 44,3%) e trato gastrointestinal (n= 21; 30%). A maioria apresentava apenas uma metástase (61,4%, cujos principais órgãos acometidos foram fígado, ossos e pulmões, e 70% da amostra encontrava-se na faixa considerada de capacidade funcional estável. Quanto à ocorrência de sintomas, todos os domínios apresentaram de baixa a moderada pontuação. O escore de ocorrência de sintomas apresentou a mediana geral de 16,50 (M= 17,09; DP=10,05). Para o escore de intensidade do estresse relacionado aos sintomas, obteve-se a mediana de 5,5 (M=8,91; DP=9,07). A experiência de sintomas obteve a mediana de 23,5 pontos (M= 26; DP= 17,96). O perfil predominante foi o de pacientes com boa capacidade funcional e com condições de desenvolver relativamente bem suas atividades de vida diária (AVDs). Uma pequena porcentagem dos pacientes encontrava-se com capacidade funcional afetada, os quais se beneficiariam grandemente de um serviço de assistência paliativa domiciliar.

Palavras-chave: Assistência Paliativa; Enfermagem Oncológica; Assistência Ambulatorial.

ABSTRACT

This study aimed at identifying the socio-demographic and clinical profile of patients treated in an outpatient palliative chemotherapy unit in Belo Horizonte. It is a descriptive study using a quantitative approach. Data were collected through interviews with 70 patients who underwent palliative chemotherapy between October 2010 and February 2011. Data were entered into the SPSS program and analysed using descriptive statistics. The study was approved by the Research Ethics Committee under report nº. 0388.0.203.000-10 from 15/09/2010. The research subjects gave their informed consent to participation in the research. The subjects were mostly female; their average age was 56 years, with a low education level, and a low income. The main primary sites of cancer were: breast (n = 31; 44.3%), and gastrointestinal tract (n = 21; 30%). The majority had only one metastasis (61.4%), the main organs affected were liver, bone and lungs. 70% of the sample presented a stable functional capacity. As to the occurrence of symptoms, all areas had a low to moderate scoring. The occurrence of symptoms score showed an overall median age of 16.50 (M = 17.09; SD = 10.05). The intensity of stress-related symptoms score obtained median of 5.5 (M = 8.91, SD = 9.07). The experience of symptoms had a median score of 23.5 points (M = 26, SD = 17.96). The predominant profile was patients with good functional capacity and relatively good ADL index score. A small percentage of patients presented their functional capacity affected, and they would benefit greatly from palliative home care.

Keywords: Palliative Care; Oncology Nursing; Ambulatory Care.

RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue identificar el perfil sociodemográfico y clínico de pacientes tratados en un servicio ambulatorio de quimioterapia paliativa de Belo Horizonte. Se trata de un estudio descriptivo con enfoque cuantitativo. Se entrevistaron a 70 pacientes sometidos a quimioterapia paliativa entre octubre de 2010 y febrero 2011. Los datos fueron introducidos en el SPSS y analizados mediante estadística descriptiva. El estudio fue aprobado por el Comité Ético

¹ Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Bolsista do Programa Capes/Reuni. Especialista em Enfermagem Hospitalar – Terapia Intensiva/UFMG.

² Mestranda em Enfermagem pela UFMG. Bolsista do Programa Capes/Reuni, Especialista em Enfermagem Hospitalar – Oncologia/UFMG.

³ Doutora em Research and Theory Development pela New York University. Professora adjunta da UFMG. Subcoordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Cuidado e Desenvolvimento Humano da UFMG.

Endereço para correspondência – Rua Padre Francisco Arantes nº 151, apto. 503, Bairro Vila Paris. CEP: 30380-730. Belo Horizonte-MG – Brasil.

E-mail: Souza_raissa@yahoo.com.br.

de Investigación bajo el N ° 0388.0.203.000-10 15/09/2010 y los sujetos consintieron formalmente en participar. Los resultados indican que predominan mujeres, edad promedio de 56 años, bajo nivel de ingresos y de educación. Principales sitios primarios de cáncer: mama (n = 31, 44,3%) y tracto gastrointestinal (n = 21; 30%). La mayoría presentaba una sola metástasis (61,4%), los principales órganos afectados eran hígado, huesos y pulmones. 70% de la muestra presentó capacidad funcional estable. Todas las áreas mostraron entre baja y moderada puntuación para la aparición de síntomas. El escore de incidencia de síntomas mostró promedio general de 16,50 (M = 17,09, SD = 10.05). El escore de intensidad de síntomas asociados al estrés obtuvo promedio de 5,5 (M = 8,91, SD = 9,07). La experiencia de síntomas fue promedio 23,5 puntos (M = 26, SD = 17.96). Llegamos a la conclusión que el perfil predominante fue de pacientes con una buena capacidad funcional y condiciones relativamente buenas para desarrollar sus actividades de vida diarias. Un pequeño porcentaje de pacientes con capacidad funcional afectada se beneficiarían mucho con cuidados paliativos domiciliarios.

Palabras clave: Cuidados Paliativos; Enfermería Oncológica; Atención Ambulatoria.

INTRODUÇÃO

A população brasileira está envelhecendo rapidamente. Consequentemente, o Brasil tem experimentado uma importante transição epidemiológica, com alterações relevantes no quadro de morbimortalidade. Em menos de 40 anos, o País passou de um perfil de mortalidade típico de uma população jovem para um retrato caracterizado por enfermidades complexas e mais onerosas, próprias das faixas etárias mais avançadas.¹

Além disso, mudanças atuais nos padrões de vida em relação ao trabalho, nutrição e consumo em geral expõem os indivíduos a fatores ambientais mais agressivos, relacionados a agentes químicos, físicos e biológicos resultantes de um processo de industrialização cada vez mais evoluído. Essa maior exposição das pessoas a fatores potencialmente danosos, também, tem colaborado para o aumento da incidência das doenças crônicas degenerativas, dentre elas o câncer.²

Dentre as diversas causas de morbimortalidade no mundo, o câncer é a única que continua a crescer, independentemente do país ou continente, e, nos países em desenvolvimento, é atualmente responsável por uma entre dez mortes. Por esse motivo, configura-se como um grave problema de saúde pública.³

A Agência Internacional para Pesquisa em Câncer declarou, em recente relatório publicado pelo Instituto Nacional do Câncer (Inca), que o impacto global do câncer excedeu o dobro em 30 anos, sendo que as maiores taxas de incidência são encontradas nos países desenvolvidos (Estados Unidos, Itália, Austrália, Alemanha, Canadá e França).⁴

No Brasil, as estimativas para 2010-2011 apontam para a ocorrência de 489.270 casos novos de câncer, com distribuição heterogênea entre os Estados e as capitais do País. As regiões Sul e Sudeste, de maneira geral, apresentam as maiores taxas, enquanto as regiões Norte e Nordeste, as menores.⁴

Mundialmente, o termo "câncer" é usado para denominar um conjunto de mais de cem doenças cuja característica fundamental é o crescimento celular desordenado e, portanto, maligno, de células que adquirem a capacidade de invadir tecidos e órgãos e, assim, provocar metástases para outras regiões do corpo.^{5,6}

Nos locais do corpo onde os tumores se alojam, à medida que crescem, começam a comprometer o funcionamento dos órgãos e a provocar sintomas que acabam por prejudicar a qualidade de vida da pessoa. A maior parte das mortes relacionadas ao câncer está associada às metástases espalhadas pelos tumores malignos, as quais são responsáveis por, aproximadamente, 90% dos óbitos causados pela doença.⁷

Quando o câncer se torna metastático, entende-se que a pessoa acometida não mais se beneficiará dos tratamentos modificadores da doença, cujo objetivo é exclusivamente a cura. Essas pessoas encontram-se fora de possibilidade terapêutica de cura, porém, com um bom tratamento, podem ter expressivo aumento de sobrevida.⁸

O modelo assistencial proposto a essas pessoas fora de possibilidade terapêutica de cura tem como principal objetivo permitir que elas sobrevivam o máximo possível e com a mesma qualidade de vida que teriam se não fossem portadores de neoplasias malignas.⁵ Esse modelo é descrito na literatura como tratamento paliativo, assistência paliativa ou cuidados paliativos.^{9,10} Usamos, neste trabalho, a denominação "cuidados paliativos".

O termo "paliativo" vem do latim *palio*, nome dado a uma espécie de cobertura ou toldo, que na Antiguidade, protegia reis e autoridades e que hoje é utilizado pela Igreja Católica para cobrir o Santíssimo Sacramento nas procissões. Por analogia, paliativo indica algo que cobre e protege uma pessoa considerada de grande valor e dignidade. A vida humana, mesmo sem possibilidade de cura, ainda que limitada por deficiências físicas ou sofrimento, terá sempre grande valor e dignidade, devendo receber o melhor cuidado possível.¹¹

Os cuidados paliativos constituem um modelo recentemente incorporado pela Organização Mundial de Saúde aos programas direcionados às pessoas com câncer, como uma das prioridades na atenção. São definidos como "uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes – e suas famílias – com problemas decorrentes de uma doença incurável e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento".¹²

Fornecer cuidados paliativos simultaneamente ao tratamento oncológico-padrão tem sido a estratégia

defendida pela Organização Mundial de Saúde, para que, pela somatória de esforços de uma equipe multidisciplinar, seja oferecido o máximo de bem-estar físico, psíquico e social à pessoa com câncer.^{11,12} A Sociedade Americana de Oncologia Clínica apoia essa proposta, entendendo que os cuidados paliativos são mais eficazes quando incorporados à assistência oncológica, integrando os outros modelos de tratamento, desde o diagnóstico da doença.¹³

A proposta dos cuidados paliativos inclui a avaliação multidimensional da pessoa no intuito de identificar, prevenir e aliviar sintomas que possam estar ocasionando sofrimento. Além disso, prevê a consecução das atividades nos níveis de atenção, de acordo com a demanda, em que a equipe interdisciplinar favorece o cuidado integral e integrador, com vista à contínua melhoria e excelência da assistência.^{8,14,15}

Para atender às demandas de cuidado advindas da pessoa com doença em fase avançada, com metástases regionais ou a distância, intervenções específicas podem ser implementadas. Além dos tratamentos sintomáticos, podem ser destacadas a cirurgia, a radioterapia, a hormonioterapia e a quimioterapia, todas com finalidade paliativa.¹⁶

A quimioterapia consiste no emprego de substâncias químicas isoladas ou em combinação, que atuam no nível celular, interferindo no seu processo de reprodução. Quando empregada com finalidade paliativa, beneficia a pessoa pela redução do tamanho da massa tumoral, com consequente melhora no metabolismo e redução dos sintomas, não repercutindo, obrigatoriamente, sobre sua sobrevivência.^{4,5} Esse tratamento pode aumentar o intervalo livre de doença, corroborando não apenas para com o aumento da sobrevivência, mas também com a melhora da qualidade de vida. Independente da via de administração, a quimioterapia paliativa é de duração limitada, tendo em vista a incurabilidade do tumor (estádio IV, doença recidivada ou metastática) que tende a se tornar progressivo a despeito do tratamento aplicado.^{4,17}

A ideia de quimioterapia paliativa é relativamente nova. Apenas nas últimas décadas o alívio dos sintomas se tornou um importante componente das pesquisas clínicas em oncologia. Nesse ínterim, apesar de determinado que a doença esteja fora da possibilidade de cura, a quimioterapia ainda pode ser usada para aliviar sintomas e retardar o progresso da doença, prolongando a vida com melhor qualidade, o que dependerá intimamente do protocolo terapêutico adotado, da dose e da via de administração.¹⁸ Contudo, o uso de quimioterapia em estádios avançados de câncer com o foco em medidas de conforto ainda permanece controverso. O uso de quimioterápicos não é livre de riscos, notório até mesmo por causar efeitos colaterais estressantes. Os riscos podem sobrepujar os potenciais benefícios e afetar drasticamente a qualidade de vida do paciente, conceito central em cuidados paliativos oncológicos.^{19,20}

Alguns autores consideram o estado de desempenho pessoal como o melhor indicador de risco *versus*

benefício. Se o estado de desempenho estiver restrito, há maior probabilidade de a pessoa desenvolver sérios efeitos adversos à quimioterapia.^{19,21}

A Organização Mundial de Saúde entende que, para que os cuidados paliativos sejam eficazes, há necessidade de abordagem por uma equipe interdisciplinar.¹³ Entende-se que a equipe interdisciplinar seja o resultado do conhecimento e do respeito da competência de cada profissional, permeado pela comunicação clara e franca entre os membros.²²

Os objetivos da atuação das equipes de cuidados paliativos são o emprego adequado da comunicação, o controle efetivo da dor e dos sintomas e a adaptação do organismo, visando à manutenção da qualidade de vida.²³ As contribuições da equipe de enfermagem são fundamentais para que se alcancem os objetivos propostos, visto que cuidar é a essência dessa profissão, assim como base dessa modalidade assistencial.¹⁷ Além disso, a presença do cuidado é facilmente reconhecida como uma necessidade nos momentos críticos da existência do ser humano, isto é, o nascimento, a doença e a morte.²⁴

O cuidado paliativo de enfermagem implica, principalmente, a relação entre as pessoas que cuidam e as que são cuidadas, sendo as intervenções técnicas secundárias à relação que se estabelece entre equipe de cuidados e pacientes.²⁵ Nessa conjuntura, torna-se um desafio para a equipe de enfermagem a construção de seu fazer, considerando as dimensões éticas, subjetivas, técnicas e institucionais do cuidado e os valores, sentimentos e limites do ser cuidado.²⁶

Para o alcance dos objetivos propostos, é necessário ir além da interação entre o enfermeiro e a pessoa. Os profissionais necessitam se instrumentalizar para a avaliação acurada dos sintomas, da qualidade de vida, da capacidade funcional pessoal e das necessidades de cuidados existentes, além de conhecer as medidas farmacológicas e não farmacológicas usadas na abordagem dos sintomas.²² O enfermeiro é responsável por sensibilizar toda a equipe de enfermagem, estimulando o desenvolvimento de competências humanísticas no mesmo nível em que se estimula a competência técnico-científica.²⁶

Por tudo isso, para a implementação dos cuidados paliativos com qualidade é importante conhecer e descrever características específicas da população em quimioterapia paliativa com vista a favorecer a individualização da assistência. A proposta com este estudo foi, portanto, identificar o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes atendidos em um serviço ambulatorial de quimioterapia paliativa em Belo Horizonte. Esse conhecimento, certamente, poderá subsidiar o planejamento de cuidados prestados a essas pessoas, favorecendo a aproximação do cuidado à realidade vivenciada por elas.

Destaque-se que este trabalho faz parte de um projeto de mestrado intitulado "Perfil sociodemográfico e de saúde dos pacientes atendidos em um serviço de cuidados paliativos em Belo Horizonte".

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa, realizado em um ambulatório de quimioterapia de Belo Horizonte, Minas Gerais.

Local

O local do estudo foi um ambulatório de um hospital universitário de grande porte de Minas Gerais. Esse ambulatório atende às especialidades de onco-hematologia adulta e pediátrica, cirurgia ambulatorial, endocrinologia e saúde mental, e oferece atendimento ambulatorial quimioterápico. Funciona de segunda a sexta-feira, das 7 às 18 horas, com capacidade para realizar 15 mil atendimentos por mês nas diversas especialidades. Atende, diariamente, entre 50 e 60 pacientes para esse tipo de tratamento. Os pacientes permanecem no mínimo 45 minutos e no máximo 6 horas recebendo medicação por via endovenosa. As sessões de quimioterapia são marcadas após consulta médica ambulatorial previamente agendada, quando se determina a quantidade e a frequência das aplicações.

Coleta de dados

Os dados foram coletados em um período de quatro meses, entre outubro de 2010 a fevereiro de 2011, alcançando uma amostra de 70 pacientes. Os critérios de inclusão foram: estar em tratamento quimioterápico de modalidade paliativa, ser maior de 18 anos e estar lúcido e em condições de se comunicar verbalmente.

Os pacientes foram selecionados no setor administrativo, por meio do levantamento das Autorizações para Procedimentos de Alto Custo/Complexidade (APACs), registradas como quimioterapia paliativa. Após a obtenção do nome e registro desses pacientes, verificou-se qual a data agendada para a quimioterapia seguinte de cada um. Nas datas agendadas para comparecimento dos pacientes selecionados, a investigadora os abordava, explicava o objetivo da pesquisa, verificava o interesse e a disponibilidade em participar e solicitava, em seguida, o consentimento formal por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora, por meio de entrevista, utilizando-se os instrumentos propostos. O estudo foi realizado em conformidade com a Resolução nº 196/96, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética da instituição sob o Parecer nº 0388.0.203.000-10, de 15 de setembro de 2010.

Instrumentos

Na coleta de dados, foram utilizados três instrumentos, sendo um deles o formulário elaborado pelos pesquisadores contendo questões relacionadas ao perfil demográfico e clínico da amostra, o outro a escala Capacidade Pessoal Paliativa (PPS) e o Índice de Experiência de Sintomas (Symptom Experience Index) SEI, versão em português.

A escala de Capacidade Pessoal Paliativa (PPS) é uma ferramenta que permite a mensuração do declínio

progressivo da funcionalidade de doentes em cuidados paliativos.^{27,28} Apesar de existirem várias escalas vastamente utilizadas em oncologia para a mensuração da capacidade funcional, optamos pela PPS, por ser uma escala específica para a avaliação de pessoas com doenças fora de possibilidade terapêutica de cura. Essa escala foi traduzida para a língua portuguesa pela Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), tendo a versão aprovada pela Victoria Hospice Society, instituição canadense de *hospices* e cuidados paliativos, criadora da escala.²⁹

A escala PPS apresenta indicadores (grau de deambulação, capacidade de fazer atividades/extensão da doença, capacidade de realizar o autocuidado, capacidade de ingerir alimentos/ingestão de líquidos, nível de consciência) a serem verificados pelo avaliador para a determinação da capacidade funcional da pessoa, que é, então, expressa em porcentagens que podem variar de 100% (completa funcionalidade) a até 0% (completa falência).^{28,30}

Para lidar adequadamente com os sintomas dos pacientes, é fundamental a utilização de instrumentos que mensurem com precisão a experiência dos múltiplos sintomas e o estresse que eles causam. Na tentativa de prover um instrumento de medida que permita essa avaliação, foi desenvolvido o *Symptom Experience Index* (SEI).³¹ O instrumento avalia 21 sintomas categorizados em oito subescalas: respiratória, cognitiva, gastrointestinal/alimentação, dor/desconforto, neurológica, fadiga/sono/inquietação, eliminação e aparência. Cada item é classificado, na subescala, com pontuação de 0 (nenhuma ocorrência de sintoma ou de estresse) a 4 (pior ocorrência do sintoma ou do estresse). O SEI mensura, também, a experiência de sintomas, que reflete o grau de sofrimento ou desconforto físico, emocional ou mental, percebido e reconhecido pela pessoa.³¹

Esse instrumento foi traduzido para o português e validado em um estudo com homens em tratamento oncológico. O instrumento demonstrou ótima confiabilidade, com um alfa de Cronbach de 0,963 para "experiência de sintomas", 0,945 para "ocorrência de sintomas" e de 0,973 para "estresse relacionado ao sintoma".³²

O SEI contém 41 itens que identificam o sintoma e medem o estresse por ele causado. A intensidade de cada sintoma, bem como do estresse, é registrada em uma subescala de Likert de 5 pontos. O instrumento avalia 21 sintomas categorizados em oito subescalas: 1) respiratória; 2) cognitiva; 3) gastrointestinal/alimentação; 4) dor/desconforto; 5) neurológica; 6) fadiga/sono/inquietação; 7) eliminação; e 8) aparência. Cada item é classificado na subescala, com pontuação que varia de 0 (nenhuma ocorrência de sintoma ou de estresse) até 4 (extrema ocorrência do sintoma ou do estresse).³¹ Os escores do SEI são verificados somando-se as pontuações marcadas nas subescalas. Quanto mais alto o escore obtido, maior o desconforto ou sofrimento causado pelos sintomas.

Para a análise da ocorrência dos sintomas, do estresse relacionado a cada sintoma e da experiência de sintomas foram obedecidos os critérios estabelecidos pelos autores. A avaliação do comprometimento por domínio foi feita mediante o somatório da pontuação atribuída aos sintomas do domínio, ao estresse relacionado aos sintomas do domínio e à experiência obtida ao final. O escore dos sintomas e estresse varia de 0 a 4 e o escore da experiência varia de 0 a 8, em que quanto maior a pontuação, pior a avaliação do domínio.³¹

O escore da Ocorrência de Sintomas pode ter uma variação de 0 a 84; o escore de intensidade de estresse relacionado ao sintoma pode variar de 0 a 80; o escore de experiência de sintomas é obtido pela soma dos escores de ocorrência de sintomas e intensidade de estresse. O escore total da experiência de sintomas pode variar de 0 a 164.³¹

Análise dos dados

Os dados foram inseridos no Programa Estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 15.0, onde foram tratados e analisados, utilizando-se estatística descritiva. Os resultados foram apresentados em tabelas e gráficos e discutidos à luz da literatura revisada.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Características sociodemográficas

A amostra estudada foi composta por 70 pacientes oncológicos em tratamento paliativo. Os dados sociodemográficos demonstram uma população com média de 56 anos de idade (DP = 11,76), com baixo nível de escolaridade e baixa renda. As características sociodemográficas estão apresentadas na TAB.1.

A maior parcela dessas pessoas encontrava-se na faixa etária abaixo dos 60 anos de idade (57,1%). A média de idade entre os homens foi de 58,29 anos (DP= 11,46), variando de 43 a 78 anos. Já entre as mulheres, a média de idade foi de 54,73 anos (DP= 11,85), variando de 29 a 81 anos.

Houve maior concentração de pessoas do sexo feminino (n= 46; 65,7%). Essa informação pode ser reflexo do maior agrupamento de mulheres em Minas Gerais.³³ A população estudada se comporta de acordo com perfil esperado para países em desenvolvimento, em que o número de câncer nas mulheres é maior em relação aos homens.³³ Em países desenvolvidos, o número de casos entre gêneros em tratamento paliativo é similar.³⁴

Com relação à localidade de residência da amostra, verificou-se que a maioria reside em Belo Horizonte e região metropolitana (n=55; 78,2%). Um fato que chamou a atenção foi a quantidade de pacientes do interior de Minas Gerais que realizam tratamento nesse ambulatório (n=15; 21,4%). Acredita-se que embora existam projetos que visem à descentralização das ações em oncologia, como é o caso do Projeto de Expansão de Assistência Oncológica (Projeto Expande), ainda podem

TABELA 1 – Características sociodemográficas da amostra – Belo Horizonte, outubro 2009/fevereiro 2011

VARIÁVEL	FREQUÊNCIA (n=70)	PERCENTUAL (%)
SEXO		
Feminino	46	65,7
Masculino	24	34,3
SITUAÇÃO CONJUGAL		
Sem parceiro	26	37,1
Com parceiro	44	62,9
ESCOLARIDADE		
Analfabeto	6	8,6
Ensino fundamental	41	58,5
Ensino médio	16	22,9
Ensino superior	7	10,0
PROCEDÊNCIA		
BH e região metropolitana	55	78,6
Interior de Minas Gerais	15	21,4
SITUAÇÃO LABORAL		
Trabalhando	4	5,7
Não trabalhando	66	94,3
RENDA FAMILIAR		
Menor que 2 salários mínimos	44	62,9
Maior que 2 salários mínimos	26	37,1

existir fatores que limitam a adesão dos pacientes a esses projetos.³⁵

Com relação à situação conjugal, verificou-se que a maioria das pessoas referiu ter um parceiro (62,9%). O apoio do cônjuge ou de outros familiares é de grande importância para a pessoa com uma doença que lhe ameaça a vida. Estudos têm demonstrado que a pessoa com câncer tende a adaptar-se melhor à situação de enfermidade ameaçadora da vida e ao estresse que a condição ocasiona quando tem níveis elevados de apoio social.^{36,37}

É importante distinguir rede social e apoio ou suporte social. Entende-se como rede social todas as pessoas que têm algum vínculo com a pessoa, incluindo não apenas familiares e amigos íntimos, mas também outros grupos que podem lhe prestar apoio social. Sabe-se que a presença de uma rede social não necessariamente determina o apoio social à pessoa. Por apoio ou suporte social entende-se a participação ativa de terceiros na identificação de demandas da pessoa nos aspectos material e emocional, o que deve resultar em efeitos emocionais e comportamentais positivo.^{37,38}

Estudos apontam que quanto maior o suporte social dado pelo familiar à pessoa com câncer, melhor o seu enfrentamento com relação à doença e ao próprio

tratamento.³⁷ Um estudo investigando a relação entre suporte social, estado civil e solidão, com 144 pacientes com câncer, revelou que o nível de suporte social percebido pelo paciente não estava diretamente relacionado a ser casado, mas os índices de solidão estavam mais relacionados ao envolvimento familiar do que ao estado civil.^{37,38}

O enfermeiro deve investigar o suporte social percebido pelo paciente e, quando esse suporte não estiver atendendo às suas necessidades, buscar intervir adequadamente junto ao paciente e à família. O ponto crucial, neste quesito, é avaliar se a relação é saudável o bastante para contribuir com a adesão ao tratamento, o controle dos eventos adversos e a qualidade de vida do paciente.³⁶⁻³⁸

Quanto à escolaridade, verificamos que a maior concentração da amostra foi entre os que declararam terem ensino fundamental (58,5%) e médio (22,9%). Também verificamos que a amostra apresentou alto índice de analfabetismo (8,6%). Os dados encontrados apontam para a mesma tendência apresentada por estudos com pacientes com câncer, onde foi demonstrada maior concentração da amostra nas faixas de menor escolaridade.^{32,39} Esse dado é preocupante pela necessidade de essas pessoas entenderem corretamente uma série de orientações relacionadas à saúde e tratamentos específicos. Além de estar relacionada a diagnósticos de câncer em estágios mais avançados e à maior mortalidade, a baixa escolaridade está associada a piores padrões de cuidados à saúde.^{40,41}

Com relação à situação laboral da amostra, a maioria não estava trabalhando (94,3%), sendo que a maior parte era aposentada (35,7%) ou em licença médica (28,6%). Dos que estavam trabalhando, a maioria (71,4%) revelou que desenvolvia atividades com predomínio de esforço físico, tais como pedreiros, doméstica, diarista, serviços gerais e atividades no lar.

O prejuízo à capacidade laboral da pessoa produzido pela doença impacta-lhe negativamente a saúde e a qualidade de vida, uma vez que a renda familiar é afetada. Neste estudo, verificou-se que a renda familiar da maioria dos participantes era de até dois salários mínimos (62,9%). Estudos evidenciam o predomínio de neoplasias malignas em pessoas com baixa renda.^{32,39}

A queda do poder aquisitivo da família, associada, principalmente, a licenças médicas e aposentadorias, em uma situação em que os gastos com medicamentos, com transporte ou outras necessidades da pessoa aumentam, produzem sentimentos negativos que influenciam diretamente na saúde e no bem-estar da pessoa.³⁹

Na tentativa de fugir dessa situação, algumas pessoas permanecem no mercado de trabalho. No entanto, as dificuldades em realizar as atividades pela presença de sintomas como a fadiga predispõem ao afastamento das atividades laborais, o que, por sua vez, pode ser mal interpretado pelos provedores. Ademais, a própria atividade pode gerar piora da intensidade e frequência dos sintomas.⁴¹

É importante que enfermeiro entenda a dinâmica familiar, na tentativa de estabelecer, junto com a pessoa em tratamento, a melhor forma de conduzir sua vida laboral, evitando que ela prejudique sua qualidade de vida.

Características clínicas

O sítio primário do câncer foi predominantemente a mama (n=31; 44,3%), seguido pelo câncer do trato gastrointestinal (n= 21; 30%) e os outros tipos de câncer, agrupados, representaram 25,7% do total (n=18).

O câncer de mama apresenta alta incidência entre mulheres na faixa etária de 30 a 49 anos. Entre as mulheres idosas, dadas as menores oportunidades de diagnóstico precoce, encontram-se as maiores taxas de doença oncológica mamária avançada ou metastática.³³ No Brasil, diagnósticos em estágios avançados da doença ainda são frequentes, elevando as taxas de mortalidade de um tipo de câncer com bom prognóstico se detectado precocemente. O rastreamento mamográfico para mulheres de 50 a 69 anos é a estratégia recomendada para controle do câncer de mama, sendo que nas mulheres nas faixas etárias inferiores o exame clínico das mamas é o preconizado. A descoberta tardia do tumor de mama, quando já em fase avançada e com metástases, pode estar associado a uma gama de fatores, dentre os quais o rastreamento mamográfico ineficiente ou não executado.¹

Entre os homens, o câncer mais prevalente foi o do trato gastrointestinal (58,3%), seguido pelo câncer de próstata (16,7%). O fato de a proposta terapêutica de escolha no câncer de próstata metastático ser a hormonioterapia e de essa modalidade não estar incluída neste estudo pode ter contribuído para o número reduzido de pacientes com câncer de próstata na amostra.

Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer de cólon e do reto em homens é o terceiro mais frequente na Região Sudeste (19/100 mil). A história familiar de câncer de cólon e reto e a predisposição genética ao desenvolvimento de doenças crônicas do intestino (como as poliposes adenomatosas) configuram-se como o mais importante fator de risco para o desenvolvimento desse tipo de neoplasia. Além disso, uma dieta baseada em gorduras animais, baixa ingestão de frutas, vegetais e cereais; assim como consumo excessivo de álcool e tabagismo são fatores de risco para o aparecimento da doença.¹

Apesar do o câncer de próstata ter sido o segundo mais prevalente entre os homens neste estudo, dados revelam que esse tipo de câncer é o mais incidente entre os homens no Brasil. O aumento observado nas taxas de incidência do câncer de próstata no mundo é parcialmente justificado pela evolução dos métodos diagnósticos, melhoria na qualidade dos sistemas de informação e pelo aumento na expectativa de vida.⁴²⁻⁴⁴

A presença de metástase e sua localização são indicadores de prognóstico. Todas as pessoas deste estudo possuíam câncer em estágio avançado (estágio III e IV), com metástases espalhadas por um ou mais locais do corpo. A maioria apresentava apenas uma metástase (61,4%),

seguida de duas metástases (27,1%). Os locais mais comumente acometidos por metástases foram o fígado (25%), os ossos (20%) e o pulmão (13%).

O alto índice de acometimento metastático no fígado pode estar relacionado à característica desse órgão, que é alvo frequente de células cancerosas provenientes da circulação sistêmica. Sabe-se que a agressão hepática por metástases é muito mais comum do que por um tumor primário, chegando a ser 20 vezes mais frequente.⁴²

Do mesmo modo, sugere-se que a alta prevalência de metástase óssea detectada neste estudo possa estar relacionada ao fato de o câncer mais encontrado ter sido o de mama, sendo que esse tipo de metástase é consequência comumente associada a esse tipo de neoplasia maligna.^{32,39}

A capacidade funcional da pessoa reflete o impacto da doença e do tratamento na disposição dela para realizar as atividades de vida diária (AVDs) e as atividades instrumentais de vida diária (AIVDs).^{27,43} A presença de comorbidades está associada ao declínio funcional progressivo.¹ O estado funcional é, geralmente, avaliado subjetivamente, por meio de relatos próprios sobre dificuldades em desempenhar atividades básicas da vida diária (cuidado pessoal) e as AIVDs mais complexas, necessárias para se viver de forma independente na comunidade. Após a obtenção dos dados subjetivos, o profissional utiliza escalas para determinar qual o grau de comprometimento encontrado.^{27,28}

A capacidade funcional foi mensurada por meio da escala PPS, sendo que os valores foram agrupados em três subgrupos (estável com PPS de 100 a 70%; transitório com PPS de 60 a 40%; e fim de vida com PPS < a 30%), conforme indicado pela literatura. Neste estudo, a maior parcela das pessoas (70%) encontrava-se na faixa considerada de capacidade funcional estável, com pouco ou nenhum prejuízo para a realização das AVDs e AIVDs. A presença de uma doença confronta a pessoa com sua fragilidade, ameaçando-a com a possibilidade de perdas

significativas nos níveis físico, relacional e profissional, provocando-lhe angústia e insegurança em relação ao seu desfecho.²⁷ Quando a doença produz impacto sobre a capacidade funcional da pessoa, ela vivencia sentimento de impotência.

O sentimento de impotência é definido como a percepção de que uma ação própria não afetará significativamente um resultado ou a falta de controle percebida sobre uma situação atual ou um acontecimento imediato. É caracterizado pela expressão de insatisfação e frustração quanto à incapacidade de realizar tarefas ou atividades prévias.³²

Esse dado reflete a necessidade de a equipe de saúde considerar que, muitas vezes, o paciente em assistência paliativa não se encontra em estado terminal e pode estar ainda bastante ativo em seu ambiente social, necessitando de intervenções eficazes que aliviem seus sintomas e promovam seu bem-estar e funcionalidade. Sabe-se que a terapêutica paliativa é empregada quando não há mais possibilidade de modificar o curso natural da doença, no entanto, a pessoa, nessa modalidade de tratamento, tem sobrevida indeterminada. Nesse sentido, a equipe de saúde deve esforçar-se ao máximo para que seja livre de sintomas e com a máxima qualidade de vida e funcionalidade possível. É importante que o enfermeiro avalie individualmente os pacientes em cuidados paliativos, para que possa estabelecer quais as demandas e qual o plano de cuidados mais adequado. Por meio da consulta de enfermagem e com a utilização de instrumentos adequados essa avaliação é facilitada.

A experiência de sintomas foi avaliada pelo *Symptom Experience Index* (SEI), na versão traduzida e adaptada para o português, no intuito de avaliar a presença e a intensidade de sintomas e se a pessoa experienciou ou não estresse relacionado ao sintoma, além da intensidade do estresse. Os sintomas, o estresse e a experiência de sintomas referentes a cada domínio estão apresentados na TAB. 2.

TABELA 2 – Ocorrência, estresse e experiência de sintomas, por domínio, em pessoas em quimioterapia paliativa – Belo Horizonte, outubro 2009/fevereiro 2011

Domínios	Sintomas 0 a 4	Estresse 0 a 4	Experiência 0 a 8
	M DP	M DP	M DP
Respiratório	0,92 1,40	0,37 0,93	1,30 2,18
Cognitivo	1,45 2,00	0,70 1,48	2,15 3,19
Alimentação e gastrointestinal	2,21 2,15	1,62 2,33	3,84 4,06
Dor e desconforto	2,55 1,93	1,48 1,75	4,04 3,28
Problemas neurológicos	3,65 2,73	1,31 1,73	5,10 3,95
Fadiga, sono e inquietação	3,30 2,92	2,18 2,51	5,48 5,10
Eliminação	1,17 1,44	0,78 1,36	1,95 2,56
Mudança na aparência	1,08 1,08	0,44 0,98	1,52 1,77

M= média

DP= desvio-padrão

O domínio que apresentou a maior pontuação na ocorrência de sintomas foi “problemas neurológicos” (M=3,65; DP= 2,73), visto que essas pessoas estão em quimioterapia com o uso de drogas potencialmente neurotóxicas, como os taxanes e derivados da platina. Esse resultado pode refletir que, apesar dos benefícios da quimioterapia relacionados ao controle de sintomas, a toxicidade pode acarretar prejuízo na qualidade de vida, o que deve ser monitorizado de perto por toda a equipe de saúde.

O domínio “fadiga, sono e inquietação” foi o segundo sintoma com maior pontuação no escore de ocorrência (M=3,30; DP=2,92) e experiência de sintoma (M=5,10; DP=3,95). O próprio fato de estarmos lidando com pessoas em quimioterapia paliativa, que, em sua maioria, sabe que doença tem (94,3%) e conhece a gravidade dela (54,3%), pode estar associado ao aumento de preocupações e percepções negativas em relação ao futuro, o que pode estar interferindo na qualidade do sono e trazendo inquietação. O tratamento quimioterápico é potencialmente causador de sintomas como a fadiga. Um fato interessante é que a capacidade funcional da amostra se concentra, em sua maioria, no subgrupo estável (70% da amostra), o que não condiz com a alta prevalência de fadiga, que interfere diretamente na capacidade de realizar as AVDs e as AVDLs. A alta prevalência da fadiga também pode estar relacionada à inquietação no sentido de que a amostra é predominantemente composta por mulheres, sendo que a redução da capacidade de realizar AVDs e AVDLs produz insatisfação, angústia, inquietação e estresse, como reflete o escore de estresse (M=2,18; DP= 2,51) e a experiência de sintomas mais alto apresentados (M=5,48; DP=5,10).

O domínio “dor e desconforto” encontra-se em terceiro lugar com relação à pontuação no escore de ocorrência de sintomas (M= 2,55; DP=1,93), o que se repete no escore de experiência de sintomas (M= 4,04; DP= 3,28). Há relação entre a pontuação significativa nesse domínio e a alta prevalência de metástase óssea (20%) na amostra, no sentido de que a existência desse tipo de metástase prediz existência de dor de intensidade moderada a severa.²³

A alta prevalência de ocorrência de sintomas, estresse e experiência de sintomas relacionada ao domínio “alimentação e gastrointestinal” pode estar associada à alta prevalência de metástases hepáticas (25% das pessoas apresentaram metástases hepáticas), que comumente se manifesta por sintomas gastrointestinais.⁴⁴

Apesar de termos encontrado uma quantidade significativa de pessoas com metástases pulmonares (13% da amostra), verificamos as menores pontuações no domínio respiratório nos escores de sintomas (M=0,92; DP= 1,40), estresse (M=0,37; DP=0,93) e experiência de sintomas (M=1,30; DP= 2,18), o que pode estar sinalizando pequena repercussão desse tipo de metástase na percepção das pessoas da amostra.

Apesar do tipo mais frequente de sítio primário do câncer ser o de mama, que geralmente é abordado com

intervenção cirúrgica (mastectomia), comprometendo a imagem corporal da pessoa, e a própria quimioterapia, que produz alopecia, neste estudo, o domínio referente à mudança de aparência apresentou pontuação abaixo da média no escore de sintomas (M=1,08; DP=1,08), estresse (M=0,44; DP= 0,98) e de experiência (M=1,52; DP= 1,77).

O escore de ocorrência de sintomas que varia de 0 a 84, neste estudo, apresentou uma mediana geral de 16,50 (M= 17,09; DP=10,05). O escore de intensidade do estresse relacionado aos sintomas varia de 0 a 80, sendo que neste estudo obtivemos uma mediana de 5,5 (M=8,91; DP=9,07). A experiência de sintomas, que tem escore que varia de 0 a 164, tendo obtido, neste estudo, uma mediana de 23,5 pontos (M= 26; DP= 17,96). Ao contrário do esperado, para uma população com câncer avançado, as queixas apresentaram pontuação de moderada a baixa de modo geral. Esse dado corrobora outro estudo que também utilizou esse instrumento em homens com câncer.³²

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo com este estudo foi delinear o perfil sociodemográfico e clínico de pacientes em quimioterapia paliativa do um serviço ambulatorial de Belo Horizonte. Participaram 70 pessoas que estavam em tratamento quimioterápico.

A identificação do perfil dos pacientes em quimioterapia paliativa muito contribui para compreendermos características e necessidades do paciente, as quais são importantes para o planejamento e a implementação de uma assistência que promova sua qualidade de vida, que seja pautada pela individualidade e peculiaridade de cada paciente e que favoreça a prática humanizada e humanizadora.

Os dados obtidos revelaram a predominância de uma população com baixos níveis de escolaridade e renda familiar. Ao planejar e propor intervenções de enfermagem aos pacientes em quimioterapia paliativa, é fundamental que o enfermeiro considere a metodologia, os recursos e a linguagem utilizados na orientação dos cuidados propostos, para que o paciente consiga a máxima compreensão e motivação possível e haja boa aderência ao tratamento paliativo. Além disso, para a identificação e a avaliação de sintomas, a utilização de instrumentos de mensuração padronizados, bem como de recursos visuais – por exemplo, a escala visual analógica –, são de grande auxílio para precisão dos registros e direcionamento das intervenções.

No estudo mostramos, também, que nem sempre os pacientes em terapêutica paliativa se encontram em fase terminal. O perfil predominante foi o de pacientes com boa capacidade funcional e com condições de desenvolver relativamente bem suas atividades de vida diária. Uma pequena porcentagem dos pacientes encontrava-se com capacidade funcional afetada. Estes últimos se beneficiariam grandemente de um serviço de assistência paliativa domiciliar.

Os cuidados paliativos devem ser incluídos na atenção ao paciente oncológico durante todo o curso da doença, desde o seu diagnóstico, com vista a proporcionar sobrevida com qualidade, incluindo provisão de suporte para a família. Entretanto, ainda é reduzido o número de profissionais capacitados para cuidados paliativos, da mesma forma que essa modalidade terapêutica e seus benefícios são ainda pouco conhecidos.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Projeção da população do Brasil por sexo e idade 1980-2050. Brasília: MPOG; 2008.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. A Situação do Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2006.
3. World Health Organization. International Society of Nurses in Cancer Care (UK). A core curriculum for palliative nursing. International Council of Nurses, United Kingdom; 2002.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2009.
5. Bonassa EMA, Santana TR. Enfermagem em terapêutica oncológica. 3ª ed. São Paulo: Editora Atheneu; 2005.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. O que é o câncer. [Citado em 2011 mar. 23]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322>.
7. Weinberg RA. A biologia do câncer. Porto Alegre: Artmed; 2008. 728p.
8. Bakitas M, Lyons DK, Hegel MT, et al. Effects of a palliative care intervention on clinical outcomes in patients with advanced cancer. The Project ENABLE II Randomized Controlled Trial. JAMA. 2009. 302(7):741-9.
9. Rodrigues IG. Cuidados paliativos: análise de conceito [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2004. 231p.
10. Biblioteca Virtual em Saúde. Pesquisa via descritores DeCS/MeSH. 2011. [Citado em 2011 mar. 23]. Disponível em: <<http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/>>.
11. Kurashima AY, Moscatello ELM. Paciente fora de possibilidade terapêutica. In: Mohallem AGC, Rodrigues AB. Enfermagem Oncológica. Barueri: Manole; 2007. p. 371-85.
12. Sepúlveda C, Marlin A, Yoshida T, Ullrich A. Palliative care: the world health organization's global perspective. J Pain Symptom Manage. 2002; 24(2):91-6.
13. Hui D, Elsayem A, Cruz M, et al. Availability and integration of palliative care at US Cancer Centers. JAMA. 2010; 303(11):1054-61.
14. Morosini Mvgc, Corbo Ada. organizadores. Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007. p. 27-41
15. National Consensus Project For Quality Palliative Care. Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care. 2th ed. United States of America; 2009 [Cited 2010 Fev. 20]. Available from: <<http://www.nationalconsensusproject.org>>.
16. Carvalho MWA, Araújo AA, Nóbrega MML. Diagnóstico de enfermagem para pacientes com toxicidade hematológica pós-quimioterapia antineoplásica com base na CIPE. Rev Enferm UFPE On Line. 2009; 3(4):12-9.
17. Araujo MMT. Quando “uma palavra de carinho conforta mais que um medicamento”: necessidades e expectativas de pacientes sob cuidados paliativos [dissertação]. São Paulo: Escola de enfermagem da Universidade de São Paulo; 2006.
18. Sun V. Palliative chemotherapy and clinical trials in advanced cancer: the nurses role. In: Ferrell BR, Coyle N. Textbook of Palliative Nursing. England: Oxford University Press; 2006.
19. Temel J, Greer JA, Muzikansky A, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer New England. J Med. 2010; (363):733-42.
20. Kaasa S, Loge H. Quality of life in palliative care: principles and practice. Palliat Med. 2003; (17):11-20.
21. Frager G, Collins JJ. Symptoms in life-threatening illness: overview and assessment. In: Goldman A, Hain R, Liben S, editors. Oxford textbook of palliative care for children. Oxford: Oxford University Press; 2006.
22. Pimenta CAM, Mota DDC, Cruz ADLM. Dor e cuidados paliativos: enfermagem, medicina e psicologia. Barueri, São Paulo: Manole; 2006. 498 p.
23. Maciel MGS, Rodrigues LF, Naylor C, et al. Critérios de qualidade para os cuidados paliativos no Brasil. Rio de Janeiro: Diagraphic; 2006. 62 p.
24. Watson J. Watson's theory of human caring and subjective living experience: carative factors/caritas processes as a disciplinary guide to the professional nursing practice. Texto Contexto Enferm. 2007;16(1):129-35.
25. Simoni M, Santos ML. Considerações sobre cuidado paliativo e trabalho hospitalar: uma abordagem plural sobre o processo de trabalho de enfermagem. Psicol USP. 2003; 14(2):169-94.
26. Dal Pai D, Lautert L. Suporte humanizado em Pronto Socorro: um desafio para a enfermagem. Rev Bras Enferm. 2005; 58(2):231-9.
27. Johnston M, Mattar L. Introduction to the Palliative Care Performance Scale (v. 2): A tool for understanding transitions at the end of life; 2006.
28. Regional Palliative Care Program Guidelines (US). Palliative Performance Scale - version 2 (PPSV2); 2001. [Citado em 2011 maio 15]. Disponível em: <<http://www.palliative.org/PC/ClinicalInfo/AssessmentTools/3C9%20Palliative%20Performance%20Scale%20version%202%20%28PPSV2%291%20with%20updateLogoJan%2014%202010.pdf>>.
29. ANCP / Victoria Hospice Society. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos. [Citado em 2011 maio 15]. Disponível em: <<http://www.paliativo.org.br/noticias/tag/palliative-performance-scale/>>.
30. Palliative Performance Scale (PPSV2). Medical Care of the Dying. 4th ed. Victoria Hospice Society; 2006.
31. Fu MR, McDaniel RW, Rhodes VA. Measuring symptom occurrence and symptom distress: development of the Symptom Distress Index. J Adv Nurs. 2007; 59(6):623-34.

- 32.** Prado IS. Experiência de sintomas em homens com câncer: sintomas relacionados a estresse e qualidade de vida [dissertação]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais; 2010.
- 33.** Brasil. Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. Sinopse do censo demográfico 2010. Brasília: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [Citado em: 2011 maio 15]. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/>>.
- 34.** Guerra MR, Gallo CVM, Mendonça GAS. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. *Rev Bras Cancer*. 2005; 51(3):227-34.
- 35.** Marques CP, Pierantoni CR. Projeto de expansão da assistência oncológica expande um novo modelo assistencial [dissertação]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da UERJ; 2002.
- 36.** DiMatteo MR. Social support and patient adherence to medical treatment: a meta-analysis. *Health Psychol* . 2004; 23(2):207-18.
- 37.** Yildirim Y, Kocabiyink S. A relação entre suporte social e solidão em pacientes turcos com câncer. *J Clin Nurs*. 2010. 19(5-6): 832-9.
- 38.** Santana JJRA, Zanin CR, Maniglia JV . Pacientes com câncer: enfrentamento, rede social e apoio social. *Paidéia*. 2008; (18):371-84.
- 39.** Gomes NS. Perfil das pacientes atendidas no projeto 'Assistência fisioterapêutica às pacientes pós-cirurgia do câncer de mama [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2007.
- 40.** Albano JD, Ward E, Jemal A, *et al*. Cancer mortality in the United States by education level and race. *Natl Cancer Inst*. 2007; 99(18):1384-94.
- 41.** Knight SJ, Latini DM, Hart SL, *et al*. Education predicts quality of life among men with prostate cancer cared for in the department of Veterans affairs. *Cancer*. 2007; 109(9):1769-76.
- 42.** Anjos ACY, Zago MMF. A experiência da terapêutica quimioterápica oncológica na visão do paciente. *Rev Lat Am Enferm*. 2006; 14(1):33-40.
- 43.** São Paulo. Conselho Regional de Medicina. Manual Cremesp: cuidado. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2008. 689 p.
- 44.** Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer: Câncer de fígado. [Citado em 2011 maio 15]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=330>.

Data de submissão: 1º/3/2011

Data de aprovação: 10/10/2011