

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE FORMIGA – UNIFOR – MG
CURSO DE BACHARELADO EM BIOMEDICINA
VALÁCIA FERNANDES DE OLIVEIRA

PACIENTES COM CÂNCER: REVISÃO DE LITERATURA SOBRE A
QUALIDADE DE VIDA DOS USUÁRIOS DESCRITOS

FORMIGA – MG
2017

VALÁCIA FERNANDES DE OLIVEIRA

PACIENTES COM CÂNCER: REVISÃO DE LITERATURA SOBRE A
QUALIDADE DE VIDA DOS USUÁRIOS DESCRITOS

Trabalho de conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Biomedicina do
UNIFOR-MG, como requisito parcial para
obtenção do título de bacharel em
Biomedicina.

Orientador: Ms. Diequison Rite da Cunha

FORMIGA – MG

2017

O48 Oliveira, Valácia Fernandes de.

Pacientes com câncer: revisão de literatura sobre a qualidade de vida dos usuários descritos / Valácia Fernandes de Oliveira. – 2017.

47 f.

Orientador: Diequison Rite da Cunha.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Biomedicina)

- Centro Universitário de Formiga-UNIFOR, Formiga, 2017.

1. Câncer. 2. Neoplasias. 3. Qualidade de vida. I. Título.

CDD 616.994

Valácia Fernandes De Oliveira

PACIENTES COM CÂNCER: REVISÃO DE LITERATURA SOBRE A
QUALIDADE DE VIDA DOS USUÁRIOS DESCRITOS

Trabalho de conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Biomedicina do
UNIFOR-MG, como requisito parcial para
obtenção do título de bacharel em
Biomedicina.

BANCA EXAMINADORA

Prof^o Ms. Diequison Rite da Cunha
Orientador

Prof^a. Dr. Daniela Rodrigues de Faria Barbosa
UNIFOR-MG

Prof^a Ms. Marianna Costa Mattos
UNIFOR-MG

Formiga, 13 de novembro de 2017.

Aos meus pais, Ilda Fernandes Melo de Oliveira e José Soares de Oliveira, as minhas irmãs, sobrinhos, afilhados e ao meu namorado Tiago César da Costa, os quais estão comigo em todos os momentos da minha vida me apoiando e a quem dedico todas as minhas vitórias. AMO VOCÊS!!!!

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Deus que permitiu que tudo isso acontecesse, me dando forças em todos os momentos da minha vida, sendo, o meu maior mestre.

Aos meus pais, pelo amor, incentivo e apoio incondicional.

As minhas irmãs, sobrinhos e afilhados, que nos momentos de minha ausência dedicados ao estudo, sempre tentaram entender que o futuro é feito a partir da constante dedicação no presente.

Ao meu namorado que esteve comigo em todos os momentos, suportando todo o meu estresse e mal humor.

Ao meu orientador, Professor Ms. Diequison Rite da Cunha, pela competência e respeito com que conduziu este processo, do alvorecer da ideia até a sua síntese.

A universidade e a todos os professores que me proporcionaram o conhecimento não apenas teórico ou prático, mas também ético aprimorando o processo de formação profissional, os quais tem meus eternos agradecimentos e principalmente minha admiração.

Enfim, a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigada!

RESUMO

Atualmente, com o aumento da expectativa de vida e conseqüentemente um envelhecimento populacional, observou-se um crescimento de doenças crônico-degenerativas, especialmente o câncer, tornando-se um problema de saúde pública. No ano de 2016, estimou-se a ocorrência de mais de 596 (quinhentos e noventa e seis) mil novos casos, sendo o câncer de pulmão o de maior ocorrência em todo o mundo e espera-se que essa incidência seja devido ao uso de tabaco e as condições climáticas. Porém o diagnóstico de câncer traz consigo, além de mudanças no estilo de vida do paciente, alterações físicas, emocionais e psicológicas que influenciam diretamente na qualidade de vida. Esse estudo objetivou avaliar a percepção da qualidade de vida em pacientes com câncer, através de uma revisão de literatura e para isto, foi utilizado como bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde, Bireme, PubMed, Scielo e Lilacs, no período de fevereiro a outubro/2017. Foram selecionados 14 (quatorze) artigos sobre o tema, totalizando 1079 (um mil e setenta e nove) participantes submetidos a aplicação de questionários, dos quais apenas 386 (trezentos e oitenta e seis) apresentaram ter uma boa percepção da qualidade de vida, enquanto o restante dos participantes demonstraram uma ruim percepção da qualidade de vida, e espera-se que esse resultado esteja ligado a mudanças no estilo de vida, alterações físicas e psicológicas.

PALAVRA CHAVE: CÂNCER; NEOPLASIA; QUALIDADE DE VIDA.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Porcentagem de estudos que apresentaram uma boa percepção da qualidade de vida em pacientes oncológicos. **32**

LISTA DE TABELAS

Quadro 01 - Descritores com quantitativo de artigos encontrados.	30
Quadro 02 - Estudos utilizados no presente trabalho.	31

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADM	Amplitude de Movimento
AE	Alto-Estima
BHA	Antioxidante Butil Hidroxianisol
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CaP	Câncer de Próstata
CEA	Antígeno Carcinoembrionário
DataSUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DNA	Ácido Desoxirribonucleico
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV	<i>Papilomavírus humano</i>
INCA	Instituto Nacional do Câncer
OMS	Organização Mundial da Saúde
PSA	Antígeno Prostático Específico
QV	Qualidade de Vida
RCBP	Registros de Câncer de Base Populacional
RHC	Registros Hospitalares de Câncer
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SUS	Sistema Único de Saúde
USTR	Ultrassom Transretal
UV-	Ultravioleta

Sumário

1	INTRODUÇÃO	11
2	REFERENCIAL TEÓRICO	13
2.1	Câncer	13
2.1.1	Tumores Benignos	13
2.1.2	Tumores Malignos	13
2.2	Etiologia	13
2.2.1	Principais fatores de risco	14
2.3	Epidemiologia	17
2.3.1	Câncer de Próstata	18
2.3.2	Câncer de Mama	19
2.3.3	Câncer de Colo de Útero	21
2.3.4	Câncer de Pulmão	23
2.3.5	Câncer de Colorretal	25
3	METODOLOGIA	28
3.1	Tipo de estudo	28
3.2	Procedimentos	28
3.3	Critérios de inclusão	28
4	RESULTADOS	30
5	DISCUSÃO	33
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
7	REFERÊNCIAS	39

1 INTRODUÇÃO

Atualmente, com o aumento da expectativa de vida e conseqüentemente um envelhecimento populacional e um decréscimo da taxa de doenças infecciosas, observa-se tanto em países subdesenvolvidos quanto em países desenvolvidos, um crescimento de doenças crônico-degenerativas em especialmente o câncer, tornando-se um problema de saúde pública (CRISTINA; FILOMENA; 2017).

No ano de 2016, estimou-se a ocorrência de mais de 596 mil novos casos, sendo o câncer de pulmão, câncer de próstata, mama, colo de útero e colo retal os mais frequentes. O câncer de pulmão é o de maior incidência em ambos os sexos com prevalência em todo o mundo e espera-se que essa ocorrência seja devido ao uso de tabaco e das condições climáticas adversas, como por exemplo, emissão excessiva de gases poluentes (BRASIL, 2016).

O câncer é originado a partir de uma multiplicação desordenada das células, podendo essa multiplicação ser causada de uma forma multifatorial, ou seja, apresenta diversos fatores que influenciam de forma direta nestas alterações, onde destaca-se os fatores hereditários, como ocorre nas mutações genéticas, fatores ambientais provenientes da exposição excessiva a radiação solar, estilo de vida e hábitos alimentares (BRASIL, [20--]; PAINI, et al., 2016).

O diagnóstico de uma neoplasia pode ocorrer de forma diversificada, sendo a análise dos marcadores tumorais, tais como o PSA (antígeno prostático específico) utilizado no rastreamento de câncer de próstata, a citologia oncótica e exames de imagem através de ressonância magnética, tomografia computadorizada, os mais utilizados (BARROS; BARBOSA; GEBRIM, 2001).

Os Biomédicos possuem habilitação para atuar nas áreas citadas acima, tendo assim um importante papel no diagnóstico do câncer e ainda atuam de forma direta na pesquisa sobre tal patologia, seja analisando a biologia molecular e as alterações genéticas dos tumores, ou na busca por novos métodos de diagnóstico e até mesmo a cura, o que influencia diretamente na qualidade de vida e na sobrevivência dos pacientes (BARROS; BARBOSA; GEBRIM, 2001).

Porém o diagnóstico de câncer traz consigo, além de mudanças no estilo de vida do paciente, alterações físicas, emocionais e psicológicas que influenciam diretamente na qualidade de vida (FIORELLI et al., 2013).

...a qualidade de vida é definida como à percepção individual da pessoa sobre sua saúde, conforme suas exigências culturais, sistemas de valores, metas, expectativas e preocupações (FIORELLI et al., 2013)

Contudo, espera-se que essa qualidade de vida e a sobrevida possa ser melhorada com o diagnóstico precoce da doença, levando em consideração que quanto antes a descoberta da neoplasia, maiores são as chances de cura (FIORELLI et al., 2013).

O objetivo geral do presente trabalho é avaliar a real percepção da qualidade de vida em pacientes com câncer por meio de uma revisão bibliográfica, destacando a etiologia e epidemiologia do câncer e descrevendo de forma sucinta sobre os principais tipos de neoplasias mais diagnosticadas no Brasil, salientando os principais meios de diagnóstico e tratamento.

Os achados da literatura mostram diversas alterações nos pacientes portadores de câncer, principalmente no que diz respeito ao estado psíquico e devido ao tratamento com a realização de cirurgias que afetam vários domínios físicos e que levam a modificações corporais. Sendo assim, com base neste contexto, justifica-se um trabalho de revisão de literatura integrativa para avaliar a real percepção da qualidade de vida em pacientes oncológicos.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Câncer

Câncer ou neoplasias é o nome dado a doenças que têm em comum uma multiplicação desordenada de células. Essa multiplicação resulta no crescimento de uma massa anormal quando comparada ao tecido original, os quais podem invadir além dos tecidos, órgãos podendo espalhar-se para outras regiões, ocorrendo assim um fenômeno conhecido como metástase. (KUMAR, 2010; CRISTINA; FILOMENA, 2012).

O acúmulo dessas células recebem o nome de tumores os quais são classificados em tumores benignos e malignos (BRASIL, [20--]).

2.1.1 Tumores Benignos

Possuem características macro e microscópicas parecidas com o tecido original e suas divisões celulares ocorrem vagarosamente, significando que ele permanece localizado e não conseguem disseminar-se para outras regiões, demonstrando assim raro risco a vida (BRASIL, [20--]; STRICKER; KUMAR, 2010).

2.1.2 Tumores Malignos

A divisão celular acontece de modo acelerado, quase que incontrolável e as células originadas possuem características diferenciadas das células normais do tecido ou órgão, podendo disseminar-se para outras regiões, tornando-se agressivas ao organismo (BRASIL, [20--]; STRICKER; KUMAR, 2010).

2.2 Etiologia

Segundo Ernesto (2002, p.51), “o câncer é considerado uma doença genética”.

As células são formadas por três partes sendo elas: a membrana celular que tem como principais funções o revestimento, a proteção e permeabilidade seletiva; o citoplasma onde está contido as organelas; e o núcleo que contém os cromossomos que são compostos por genes, os quais guardam e fornecem instruções para a organização e atividade das células, sendo assim toda a informação genética encontra-se inscritas nos genes, chamados de Ácido Desoxirribonucleico (DNA) (BRASIL, [20--]).

Quando se diz que o câncer é uma doença genética, isso significa que uma célula normal pode sofrer mutações génicas, apresentando ganho ou perda de funções, as quais serão passadas adiante durante a carcinogênese ocorre um acúmulo de mutações no DNA, principalmente em genes responsáveis pela ordem dos eventos que ocorrem durante o ciclo celular, nos responsáveis por consertarem erros na replicação do material gênico e nos que promovem e mantêm o estado de diferenciação celular (BRASIL, [20--]; ERNESTO, 2002).

2.2.1 Principais fatores de risco

Com o recente envelhecimento da população e um decréscimo da taxa de doenças infecciosas, observa-se um crescimento exponencial de doenças crônico-degenerativas, onde é possível identificar um aumento expressivo na prevalência do câncer, tornando-se assim um problema de saúde pública (BRASIL, 2006).

Consequentemente, há um aumento na demanda dos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) no imenso esforço para oferta de atenção adequada aos doentes e na clara necessidade de grande investimento na promoção de saúde, e na prevenção, buscando meios que modifiquem os padrões de exposição aos fatores de risco para o câncer, já que a ocorrência de uma doença é um reflexo do modo de viver das pessoas, levando em consideração as suas condições sociais, econômicas e ambientais (BRASIL, 2006).

A forma pela qual o indivíduo se insere em seu espaço social e com ele se relaciona é o que desencadeia o processo patológico e, a partir daí, define diferentes riscos de adoecer e morrer (BRASIL, 2006).

2.2.1.1 Tabagismo

Considerado a principal causa de morte evitável pela OMS (Organização Mundial da Saúde), estima-se que 4,9 milhões pessoas morrem todos os anos em decorrência do cigarro, que contém cerca de 4.720 substâncias tóxicas, das quais pelo menos 70 são cancerígenas, lembrando que os danos ao organismo humano provenientes do tabagismo não afetam apenas as pessoas que fumam, mas atingem as não fumantes que vivem sob poluição advinda da fumaça de cigarros (GARWOOD, JASAREVIC [20-]).

2.2.1.2 Alcoolismo

O álcool age como solvente aumentando a exposição da mucosa a agentes carcinogênicos e o consumo de bebidas alcoólicas resulta na exposição ao acetaldeído, que é uma substância genotóxica, a qual tem interferência na síntese e no reparo do DNA, desencadeando reações, o uso prolongado de álcool está diretamente associado a um aumento de câncer de fígado (WÜNSCH, 2013).

2.2.1.3 Hábitos Alimentares

Os alimentos também podem influenciar no desenvolvimento de neoplasias devido ao modo como são preparados e aditivos usados (LÚCIA; PERES, 2009).

A substituição de alimentos in natura por alimentos processados vem contribuindo de forma contundente para o empobrecimento da dieta. Consequentemente, tal fato contribui, também, para o aparecimento de doenças crônicas não transmissíveis, responsáveis, principalmente, pelas doenças do aparelho circulatório, diabetes e neoplasias (LÚCIA; PERES, 2009).

Algumas substâncias como as nitrosaminas, eritrosina, tartrazina e os antioxidantes BHA (antioxidante butil hidroxianisol) podem provocar danos e mutações no DNA, apresentando um potencial carcinogênico, geralmente elas alteram o “turn-over” das células durante o seu crescimento normal ou no processo de hiperplasia regenerativa (LÚCIA; PERES, 2009).

2.2.1.4 Fatores Ambientais

O Brasil assim como outros países, é considerado um país de clima tropical, com grandes variedades de praias, o que remete a ideia de beleza associada ao bronzear, principalmente entre os jovens, favorecendo uma exposição excessiva à radiação solar, assim como ocorre com as pessoas que trabalham ao ar livre, como por exemplo, na construção civil e nas lavouras, portanto, essa exposição excessiva é o principal fator de risco para o câncer de pele, o qual pode ser evitado pelo uso de filtros solares e adereços como chapéus, guarda-sóis, camisas de manga longa e principalmente evitar a exposição entre os horários onde a incidência dos raios UV (Ultravioletas) são mais intensos (BRASIL, [20--]).

2.2.1.5 Agentes Infcciosos

Atualmente, há estudos que comprovam que alguns tipos de vírus, bactérias e parasitos presentes em infecções persistentes estão associados ao processo de desenvolvimento do câncer (BRASIL, [20--]).

Os mais importantes agentes cancerígenos, são o *Papilomavírus humano* (HPV) responsável pelo câncer de colo uterino, o *Helicobacter pylori* o principal agente causador de neoplasias estomacais e intestinais, os vírus das hepatites B e C que podem estar presentes nas causas de câncer de fígado (YANG, [20--]).

...26% dos casos de câncer seriam evitáveis nos países em desenvolvimento com a adoção de ações de prevenção destas infecções (BRASIL, [20--]).

2.2.1.6 Sedentarismo

Segundo José (2002, p.49) “o sedentarismo já é visto como fator de risco primário para as doenças cardiovasculares e crônico-degenerativas, torna-se indispensável a realização de atividades físicas”.

Mudanças de hábitos simples podem interferir na qualidade de vida das pessoas, como por exemplo, optar por caminhar ou ir de bicicleta para o trabalho ou invés de utilizar carro ou lotações, subir pelas escadas em vez de usar os elevadores, já que a atividade física promove o equilíbrio hormonal e ajuda a manter o peso corporal adequado, evitando a obesidade, outro fator de risco não só para o câncer, mas para outras doenças crônicas como as dislipidemias (BRAISL, [20--]).

2.3 Epidemiologia

No Brasil, foi criado um eixo estrutural com o intuito de contabilizar os casos de câncer e fornecer informações sobre os impactos causados pela doença, para que possa ser estabelecidas condições de planejamento de ações de prevenção e controle das neoplasias, sendo esse eixo formado pelos Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP), em conjunto com os Registros Hospitalares de Câncer (RHC) e com o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DataSUS) (BRASIL, 2016).

A estimativa feita pelo INCA para o Brasil, no biênio 2016-2017, aponta a ocorrência de cerca de 600 mil novos casos, onde os cânceres de próstata (61 mil) em homens e mama (58 mil) e colo do útero em mulheres serão os mais incidentes, seguidos pelo câncer de pulmão (BRASIL, 2016).

É fundamental que o monitoramento da morbimortalidade por câncer incorpore-se na rotina da gestão da saúde de modo a tonar-se instrumento essencial para o estabelecimento de ações de prevenção e controle do câncer e de seus fatores de risco. Citação direta da referência (BRASIL, 2016).

2.3.1 Câncer de Próstata

A próstata é uma pequena glândula localizada na pelve masculina, responsável pela produção dos fluidos que constituem o sêmen ou esperma, tendo uma função biológica importante na fase reprodutora do homem, e medida que o homem envelhece, está tende a aumentar de tamanho havendo uma compressão da uretra e posterior dificuldade na passagem do jato de urina (CRISTIAN; PAULO, 2016).

O câncer de próstata é a principal neoplasia maligna diagnosticada em homens em todo o mundo, sendo o adenocarcinoma o tipo histológico mais frequentemente encontrado, porém, existem outros tipos histológicos encontrados e não menos importantes que são os sarcomas, o carcinoma epidermoide e o carcinoma de células transicionais (ANTONIO; FERREIRA, [20--]).

A etiologia do CaP não é totalmente conhecida, e sabe-se que está comumente ligada a idade do homem, cujo auge de incidência abrange homens com os 70 anos e entre os fatores de risco pode-se destacar além da idade, o histórico familiar, a dieta e a pratica de exercícios físicos (BASTOS; VEROCINE, 2016).

Nos estágios iniciais, o CaP é assintomático e com a progressão da doença podem surgir alguns sintomas, como dificuldades para micção, jato urinário fraco, aumento do número de micções, presença de sangue na urina ou ainda dor e queimação ao urinar (CRISTIAN; PAULO, 2016).

2.3.1.1 Diagnóstico

O diagnóstico é feito geralmente por três principais exames, que são o exame do toque digital da próstata, dosagem sérica do PSA, e o ultrassom transretal (USTR), sendo confirmado através da análise anatomopatológica do material coletado (BASTOS; VEROCINE, 2016).

O toque retal é um exame preventivo, realizado por um médico urologista, que permite avaliar diversos aspectos da próstata como seu tamanho e forma, consistência, sensibilidade, se é muito dolorosa, incomoda ou assintomática à pressão com o dedo e, ainda, o tônus do esfíncter anal, já

que quando há presença de neoplasias ela torna-se firme ou endurecida (CRISTIAN; PAULO, 2016).

A dosagem sérica do PSA, é um exame feito em laboratório, que mede a quantidade de uma glicoproteína do sêmem produzida pela próstata no sangue e caso o resultado apresenta-se acima do normal (2,5 ng/ml para homens entre 40 e 50 anos e até 4,0 ng/ml para homens entre 50 e 60 anos), isso pode indicar alterações na glândula e atualmente, a hK2, uma glicoproteína glandular humana muito parecida ao PSA, está sendo estudado como um marcador sérico do CaP e ao contrário do PSA, a expressão da hK2 é maior no tecido canceroso que no tecido benigno (CRISTIAN; PAULO, 2016).

A USTR é utilizada tanto para o estadiamento das neoplasias quanto para a avaliação da resposta ao tratamento e para orientar as biopsias com agulha (BASTOS; VEROICINE, 2016).

2.3.1.2 Tratamento

Quando o câncer prostático se encontra localizado, a radioterapia é uma das opções de tratamento utilizado e se baseia em administrar radiações externas ou internas sobre a próstata com o objetivo de destruir as células cancerígenas (ANTONIO; FERREIRA, [20--]).

Já no caso de CaP metastásico, o mais indicado é a terapia endócrina ou hormonoterapia, que consiste no emprego de vários medicamentos à base de hormônios que têm o intuito de impedir a produção de testosterona ou bloquear as suas ações na próstata, ou ainda, castração (orquiectomia), onde ocorre a retirada cirúrgica dos testículos, eliminado assim os órgãos que produzem o hormônio masculino (ANTONIO; FERREIRA, [20--]).

Porém a disfunção sexual é o que mais afeta a percepção da qualidade de vida dos homens, já que para eles o CaP é uma doença que afeta desempenho sexual, a masculinidade e contribui para que muitos homens se tornem impotentes (CRISTIAN; PAULO, 2016).

2.3.2 Câncer de Mama

A glândula mamária, é um órgão par, que se situa na parede anterior do tórax, na parte superior e está apoiada sobre o músculo peitoral maior; se estende da segunda à sexta costela no plano vertical e do esterno à linha axilar anterior no plano horizontal, composta por lobos, por ductos e por estroma (INSTITUTO ONCOGUAIA, 2017).

O câncer de mama é a patologia resultante da multiplicação de células anormais, que formam tumores com potencial de invadir outros órgãos, sendo mais incidente em mulheres com mais de 75 anos e existem vários tipos de cânceres de mama sendo os mais comuns: Carcinoma Ductal In Situ, Carcinoma Lobular In Situ, Carcinoma Ductal Invasivo, Carcinoma Lobular Invasivo, sendo causados por vários fatores, tais como fatores ambientais, hormonais e genéticos, e os principais sintomas apresentados são os nódulos geralmente indolores, alterações no mamilo, pele da mama avermelhada e retraída (BRASIL, 2014).

2.3.2.1 Diagnóstico

O prognóstico do câncer de mama pode ocorrer através do autoexame o qual pode ser feito pela paciente ou pelo médico mastologista ou ginecologista, ou por exames de imagens como a mamografia, ultrassonografia ou ressonância magnética (FERNANDES, 2011).

O autoexame das mamas deve ser realizado mensalmente por todas as mulheres, sete dias após do início da menstruação, quando as mamas se apresentam mais flácidas e indolores, posicionadas em frente ao espelho, no banho ou deitadas, apalpando os seios e observando a presença de nódulos (MONTENEGRO, 2011).

A mamografia é o método mais efetivo de prevenção e diagnóstico precoce na atualidade, essa produz imagens detalhadas com alta resolução espacial da estrutura interna da mama e a diferença radiográfica entre o tecido normal e o tecido doente é extremamente tênue, portanto, a alta qualidade do exame é indispensável para alcançar uma resolução de alto contraste que permita essa diferenciação (FERNANDES, 2011).

O termo BI-RADS, é uma classificação desenvolvida em 1993 pelo Colégio Americano de Radiologia que teve como objetivo principal, padronizar os laudos mamográficos, minimizando os riscos de má interpretação dos mesmos e facilitar a comparação de resultados para futuros estudos clínicos, e ao ser classificado como BI-RADS 4, já sugere achados suspeitos e que geralmente são confirmados com a realização de ultrassonografia e posteriormente biopsia (FERNANDES, 2011).

2.3.2.2 Tratamento

Os principais tratamentos utilizados são, terapia local que visa tratar um tumor no local, sem afetar o resto do corpo, tais como a cirurgia e a radioterapia ou a terapia sistêmica, que refere-se a drogas que podem ser administradas por via oral, ou diretamente na corrente sanguínea para atingir as células cancerosas em qualquer parte do corpo, como ocorre na quimioterapia, na terapia hormonal e na terapia-alvo (INSTITUTO ONCOGUAIA, 2017).

A cirurgia é frequentemente a primeira modalidade do tratamento curativo, podendo ser a mastectomia que é retirada completa da mama, geralmente seguida por uma cirurgia de reconstrução, para que haja uma melhor percepção da qualidade de vida da mulher, ou apenas a ressecção de um segmento ou setor da mama chamada de quadrantectomia e em função da importância da mama e do impacto causado na vida da mulher, preferivelmente deve-se, sempre que possível, preservar o órgão (CRISTIANA; AURORA, 2016).

2.3.3 Câncer de Colo de Útero

O útero é um órgão fibromuscular em forma de pera invertida, localizado na cavidade pélvica, composto por três regiões anatômicas e funcionais distintas; o colo uterino, o segmento uterino inferior e o corpo (KUMAR et al., 2010, p.1013).

As doenças do trato genital feminino são extremamente comuns e incluem complicações da gravidez, infecções, tumores e efeitos induzidos por hormônios (KUMAR et al., 2010, p.1013).

O colo do útero, tem como principais funções, a produção de muco, que durante a relação sexual ajuda o espermatozoide a mover-se da vagina para o útero e durante a gravidez o colo fica completamente fechado, dilatando-se para que o bebê passe através dele até a vagina (INSTITUTO ONCOGÚIA, 2017).

A infecção pelo HPV tem sido apontada como o principal fator de risco para o câncer de colo de útero, porém, fatores como início precoce da atividade sexual, multiplicidade de parceiros, uso de contraceptivos orais, tabagismo, também são apontados como causadores dessa neoplasia (ALBUQUERQUI et al., 2005).

Geralmente, mulheres apresentam câncer de colo do útero em estágio inicial não apresentam sintomas, estes aparecem muitas vezes quando a doença se torna invasiva e acomete outros tecidos próximos e os sintomas mais comuns são, sangramento vaginal anormal, secreção vaginal incomum, com um pouco de sangue, sangramento após a menopausa, dor durante a relação sexual (INSTITUTO ONCOGÚIA, 2017).

2.3.3.1 Diagnóstico

O diagnóstico é predominantemente clínico, através da coleta periódica do exame citopatológico do colo do útero, comumente conhecido como Papanicolau ou através da colposcopia, um exame em que se visualiza o colo do útero com lente de aumento de 10 vezes ou mais e que auxilia na avaliação de lesões suspeitas e permite a realização de biópsia dirigida, fundamental para o diagnóstico de câncer (INSTITUTO ONCOGÚIA, 2017).

A análise do Papanicolau é realizado a partir do esfregaço cervicovaginal, realizado como o objetivo de prevenir, não só o câncer no colo do útero, mas também inflamações ou infecções vaginais como HPV, gardnerella, tricomoníase, candidíase, gonorreia, sífilis, clamídia, e deve ser realizado em todas as mulheres de 21 a 65 anos, pelo menos uma vez no ano. (KUMAR et al., 2010, p.1013).

Para a realização do Papanicolau, o ginecologista introduz o espécuro para visualizar melhor o colo do útero e insere uma espátula especial com uma escovinha na extremidade na entrada da vagina, assim, que realizada a coleta do material uterino, este é colocado em uma lâmina e levado para laboratório, para ser examinado, o processo normalmente é indolor, mas pode causar um leve incômodo (INSTITUTO ONCOGUIA, 2017).

2.3.3.2 Tratamento

O tratamento do câncer de útero depende do estágio no qual se encontra a doença ao ser diagnosticada e nos casos iniciais, deve ser realizada a retirada de todo o útero, incluindo o colo, o corpo, as trompas e os ovários (HOSPITAL DO CÂNCER [20--]).

Essa cirurgia pode ser feita pela via convencional, laparotômica, onde se faz um corte na parte inferior do abdômen, com extensão até dois dedos acima do umbigo, ou via videolaparoscópica, onde se utiliza pinças compridas através de 4 ou 5 pequenos cortes na barriga e neste caso, os órgãos dentro do abdômen são filmados por uma micro câmera de vídeo de alta definição, com transmissão para um monitor (HOSPITAL DO CÂNCER [20--]).

2.3.4 Câncer de Pulmão

Os pulmões localizam-se na caixa torácica, um à direita, outro à esquerda, preenchendo-a quase que totalmente, e o mediastino, espaço central entre os pulmões, é ocupado pelo coração, vasos sanguíneos, traqueia, timo, esôfago, e são responsáveis por desempenharem uma função importante no organismo, como a troca de gases entre o ar inspirado e o sangue (KUMAR et al., 2010, p.259).

Câncer de pulmão é a principal causa de morte por câncer, tanto em homens quanto em mulheres, e em 85% dos casos o hábito de fumar é o principal causador da neoplasia, e o risco é associado à duração do vício, número e tipo de cigarro fumados durante o dia, sendo os principais sintomas

apresentados tosse, dor torácica, dispneia e rouquidão (UEHARA; JAMNIK; LÓPES, 1998).

Os quatro tipos histológicos mais comuns e que abrangem 95% dos casos são o carcinoma espinocelular, adenocarcinoma, carcinoma indiferenciado de pequenas células e carcinoma indiferenciado de grandes células (UEHARA; JAMNIK; LÓPES, 1998).

2.3.4.1 Diagnóstico

Existem vários meios de diagnóstico para o câncer de pulmão, e dentre os mais utilizados, podemos citar, além dos exames radiológicos, a citologia do escarro, a broncofiboscopia, punção aspirativa transitorácica e a toratoscopia (FERNANDES et al., 2002).

A citologia do escarro é feita a partir da obtenção do escarro por expectoração profunda, matinal, por 3 dias em colheitas separadas, e feito um estudo citológico após coloração, sendo útil no diagnóstico de processos neoplásico broncopulmonares primários e secundários e auxiliam também no diagnóstico de patologias alérgicas, infecciosas ou parasitárias (LABORATÓRIO CENTRAL LAB).

A broncoscopia permite a visualização de lesão, na traquéia, brônquios, como também na coleta de material em forma de lavado broncoalveolar, biópsias brônquicas e transbrônquicas, e nos casos onde as lesões são subsegmentares, a escova ou pinça de biópsia podem ser usadas com o auxílio de fluoroscopia, o que aumenta o rendimento do exame (UEHARA; JAMNIK; LÓPES, 1998).

2.3.4.2 Tratamento

Na maioria dos casos, o diagnóstico é feito em uma fase tardia, onde o tumor já sofreu metástase e assim faz-se necessárias outras formas de tratamento como a rádio e quimioterapia, além da cirurgia, tornando-se de grande importância para a diminuição da morbidade e prolongamento da sobrevivência do paciente (UEHARA; JAMNIK; LÓPES, 1998).

As cirurgias compreendem-se em egmentectomia, quando ocorre a retirada de uma parte pequena do pulmão, e é feita geralmente por pacientes que apresentam tumores pequenos ou em casos de idade ou condições clínicas e/ou respiratórias limitadas. A lobectomia retira-se uma parte inteira, ou um lobo, do pulmão e a pneumectomia onde acontece a retirada de um pulmão inteiro, acarretando uma qualidade de vida ruim para o paciente (FERNANDES et al., 2002).

2.3.5 Câncer de Colorretal

O termo câncer colorretal é usado para designar neoplasias que acometem desde do intestino grosso, chamado de cólon até o reto, sendo tratável e, na maioria dos casos, curável, quando detectado precocemente, se iniciando a partir de pólipos ou lesões benignas que podem crescer na parede interna do intestino grosso, o quais devem ser retirados antes que se tornem malignos (REVISTA, 2002).

O aumento progressivo desses casos deve-se a evolução do nosso País rumo ao processo de industrialização, assemelhando as características de países mais desenvolvidos onde o câncer colorretal é a segunda ou terceira causa mais importante das neoplasias malignas (REVISTA, 2002).

Os principais sintomas apresentados são anemia de origem indeterminada, perda crônica de sangue no exame de fezes, mudança no hábito intestinal como diarreia ou prisão de ventre, desconforto abdominal com gases ou cólicas, perda de peso sem razão aparente, cansaço, fezes pastosas de cor escura, náuseas, vômitos e sensação dolorida na região anal, com esforço ineficaz para evacuar (BRASIL, [20--]).

O tempo entre o aparecimento dos sintomas, a busca por assistência e o início do tratamento são fatores que interferem diretamente nas chances de cura, no entanto observa-se uma não associação entre os sintomas apresentados e a doença, levando a uma diagnóstico tardio (DALLA, NATALIA, BRITO, 2017).

Uma dieta rica em fibras, composta por frutas, verduras, legumes, cereais integrais e a prática regular de atividade física, previnem o câncer

colorretal, portanto alguns fatores aumentam o risco de desenvolvimento da doença, como idade acima de 50 anos, história familiar, obesidade, além de doenças inflamatórias do intestino, como retocolite ulcerativa crônica, doença de Crohn, e algumas doenças hereditárias, podendo-se citar polipose adenomatosa familiar e câncer colorretal hereditário sem polipose (BRASIL, [20--]).

2.3.5.1 Diagnóstico

O diagnóstico é feito na maioria das vezes por exames de imagem como por exemplo, a colonoscopia que consiste na observação de toda a extensão do reto e do cólon com um colonoscópio, o qual possui uma câmera de vídeo na extremidade e está conectado a um monitor para visualização do interior do cólon, permitindo além da visualização, a remoção de áreas de aspecto suspeito, como pólipos, para a realização da biopsia (INSTITUTO ONCOGUIA, 2015).

Além, dos diversos exames de imagens disponíveis para a detecção de neoplasias do câncer do colo retal, existem alguns exames laboratoriais que auxiliam no diagnóstico, como o exame de sangue oculto nas fezes, que detecta a presença de sangue nas fezes por meio de uma reação química, o DNA das fezes, que analisa as seções anômalas do DNA das células de câncer ou do pólipos, que frequentemente contêm mutações no DNA em determinados genes, porém, esse teste ainda é muito recente e bastante caro, e exames de sangue como o hemograma completo e os marcadores tumorais como o antígeno carcinoembrionário (CEA) e o CA 19.9 são utilizados para diagnóstico e monitoramento do tratamento (INSTITUTO ONCOGUIA, 2015).

2.3.5.2 Tratamento

O tratamento de câncer colo retal depende da localização do tumor, da extensão do mesmo para outros órgãos e do quadro de saúde do paciente (HOSPITAL DO CÂNCER, [20--]).

A cirurgia é o principal método de tratamento para pacientes com câncer de cólon, ou para os que possuem tumores retais, sendo a colostomia a mais usada (HOSPITAL DO CÂNCER, [20--]).

A colostomia é um tipo de ostomia intestinal, como o objetivo de fazer uma comunicação do cólon com o exterior, no qual é acoplado a bolsa coletora no abdômen para a coleta das fezes, o que acarreta um desconforto inicial ao paciente, influenciando muitas vezes na sua QV (HOSPITAL DO CÂNCER, [20--]).

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo do tipo revisão de literatura integrativa sobre a percepção da qualidade de vida em pacientes com câncer.

3.2 Procedimentos

A pesquisa bibliográfica foi realizada nas seguintes bases de dados BVS (Biblioteca Virtual de Saúde), Bireme, PudMed, Scielo e Google Acadêmico.

Para realizar a busca, utilizou-se os seguintes descritores: Percepção da qualidade de vida em pacientes oncológicos; qualidade de vida e câncer e seus equivalentes em inglês, interligadas pelos Operadores Booleanos “AND”.

Após a busca nas bases de dados, o autor realizou um fichamento dos artigos encontrados que continham em seus respectivos títulos termos que abordava os descritores citados acima ou que estivessem relacionados com os mesmos, para facilitar a leitura e a identificação dos objetivos do estudo.

Finalizada a coleta dos dados, foram aplicados os critérios de inclusão, os estudos que estavam dentro dos parâmetros pré-estabelecidos, foram selecionados, e por fim foram analisados e discutidos.

3.3 Critérios de inclusão

Os estudos foram selecionados seguindo os respectivos critérios de inclusão:

- a- Estudos publicados no período compreendido entre 2007 a 2017;
- b- Estudos com amostra superior a 10 indivíduos;
- c- Estudos apresentando texto completo de forma gratuita;
- d- Estudos do tipo experimental ou intervencional;

- e- Estudos que apresentaram como variável preditora a qualidade de vida em pacientes com câncer.

4 RESULTADOS

Para a busca nas bases de dados utilizou-se a seguinte combinação dos descritores, “câncer” e “qualidade de vida. A combinação apresentaram 3.905 (três mil, novecentos e cinco) artigos, sendo 3.891 (três mil, oitocentos e noventa e um) artigos excluídos por não abranger o assunto da forma que foi colocada nos critérios de inclusão, e 14 (quatorze) artigos que foram incluídos, como ilustra o Quadro 01.

Quadro 01 – Descritores com quantitativo de artigos encontrados.

DESCRITORES	BASE DE DADOS	QUANTIDADE DE ESTUDOS	UTILIZADOS
“Câncer” e “qualidade de vida”	Scielo	258	04
	Bireme	33	00
	BVS	33	00
	PubMed	179	00
	Lilacs	24	00
	Google acadêmico	3.378	10
TOTAL DE ARTIGOS		3.905	14

Fonte: Autora, 2017

Os artigos encontrados foram publicados no ano de 2007 a 2017, com amostra que variou de 16 (dezesesseis) a 213 (duzentos e treze) participantes e com o tempo compreendido entre 1 (um) a 11 (onze) meses, como mostra o Quadro 02.

Quadro 02 – Estudos utilizados no presente trabalho.

Autor e ano	Título		Tempo (Meses)	Cidade	Resultados
FIORELLI, 2013.	Qualidade de vida em grupos de mulheres acometidas de câncer de mama.	50	04 meses	Bauru - SP	Apresentaram uma ruim percepção da qualidade de vida
ASIS, 2010.	Capacidade Funcional e Qualidade de Vida em Mulheres Pós-Mastectomizadas.	20	05 meses	São Carlos – SP	Apresentaram uma ruim percepção da qualidade de vida.
FRANCESCHIN, 2008.	Avaliação da qualidade de vida em pacientes com câncer de pulmão através da	114	Não consta	São Paulo – SP	Apresentaram uma ruim percepção da

	aplicação do questionário Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey.				qualidade de vida
SANTOS, 2009.	Deglutição e qualidade de vida após laringectomia e faringolaringectomia total.	28	Não consta	Não conta	Apresentaram uma ruim percepção da qualidade de vida.
RIBEIRO, 2009.	Qualidade de vida e sexualidade de mulheres tratadas de câncer de mama.	110	Não consta	Campinas – SP	Apresentaram uma boa percepção da qualidade de vida.
SOFIA; GRAÇA, 2015.	Qualidade de vida, otimismo, enfrentamento, morbidade psicológica e estresse familiar em pacientes com câncer colo retal em quimioterapia.	100	Não consta	Não consta	Apresentaram uma ruim percepção da qualidade de vida.
CRUZ; KAREN, 2010.	Qualidade de vida, indicadores de ansiedade e depressão e satisfação sexual em pacientes adultos com câncer.	82	Não consta	Chapecó – SC	Apresentaram uma ruim percepção da qualidade de vida.
UANNE, 2015.	Avaliação da qualidade de vida de pacientes com carcinoma pulmonar de células não pequenas em estágio avançado, tratados com carboplatina associada a paclitaxel.	16	03 meses	Rio de Janeiro - RJ	Apresentaram uma boa percepção da qualidade de vida.
DANIELA, 2017.	Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer de próstata.	213	11 meses	Interior de São Paulo – SP	Apresentaram uma ruim percepção da qualidade de vida.
APARECIDA, 2015.	Qualidade de vida de mulheres com câncer ginecológico e mamário submetidas à quimioterapia.	30	04 meses	Uberaba – MG	Apresentaram uma ruim percepção da qualidade de vida.
CUNHA, 2017.	Autoestima e qualidade de vida relacionada à saúde de estomizados.	36	02 meses	Uberaba – MG	Apresentaram uma ruim percepção da qualidade de vida.
LÉDO; LÉIA; FERNANDO, 2015.	Qualidade de Vida e Consumo Alimentar de Pacientes Oncológicos.	200	01 mês	Vitoria da Conquista – BA	Apresentaram uma boa percepção da qualidade de vida.
COZER; WEIRICH, 2010.	Qualidade de Vida e Perfil Nutricional de Pacientes com Câncer Colorectal Colostomizados.	20	03 meses	Caxias do Sul – RS	Apresentaram uma ruim percepção da qualidade de vida.
DANTAS, 2011.	Influência do estilo de vida na qualidade de vida de mulheres com câncer de mama	60	Não consta	Joao Pessoa – PB	Apresentaram uma boa percepção da qualidade de vida.

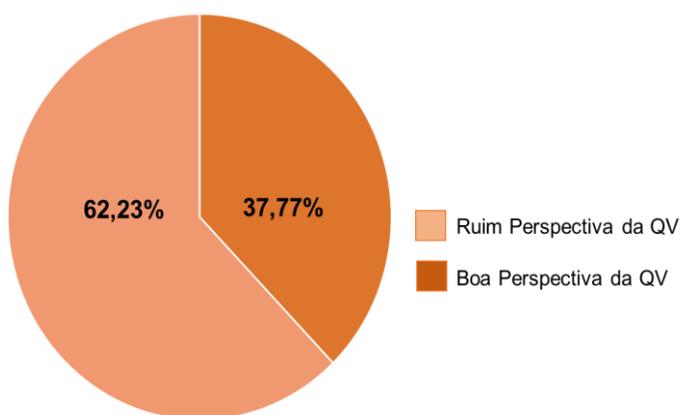
Fonte: Autora, 2017

Legenda: **Autor e ano:** Autor e ano de publicação. **Título:** Título do trabalho.

N: Número da amostra. **Tempo:** Duração da pesquisa em mês. **Cidade:** Local onde foi realizada a pesquisa. **Resultados:** Resultado da pesquisa.

Após serem analisados os 14 (quatorze) artigos utilizados, através de uma leitura minuciosa, constatou-se que 37% (trinta e sete por cento) apresentaram uma boa percepção da qualidade de vida, como mostra o Gráfico 01

Gráfico 01: Porcentagem de estudos que apresentaram uma boa percepção da qualidade de vida em pacientes oncológicos.



Fonte: Autora, 2017.

5 DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo analisar a percepção da QV (Qualidade de Vida) de pacientes com câncer, por meio de uma revisão de literatura.

Para realização deste trabalho utilizou-se as plataformas BVS, Bireme, PudMed, Scielo, Lilacs e Google Acadêmico.

O estudo realizado por Fiorelli (2013), avaliou a qualidade de vida de 73 (setenta e três) mulheres, por meio de um questionário do WHOQOL Bref e acredita-se que existem limitações quanto ao domínio por aspectos físicos, levando a uma ruim percepção da qualidade de vida associados a realização da mastectomia, apresentando maiores distúrbios tanto de bem-estar quanto no humor. Asis (2010), também observou que esse procedimento, quando realizado de forma isolada, ou em conjunto com a radioterapia pós-operatória, possui a capacidade de ocasionar doenças como linfodema, parestesias, diminuição da força muscular e redução da ADM (amplitude de movimento) do membro, gerando interferências na QV dessas mulheres.

Corroborando com os resultados, Aparecida (2015), realizou um estudo quantitativo, obtendo uma amostra de 30 (trinta) mulheres com o intuito de avaliar a qualidade de vida de mulheres com câncer ginecológico e de mama submetidas a quimioterapia e observou-se que mulheres submetidas à cirurgia oncológica, relataram maior ocorrência de dor física e limitação em seus afazeres e que o diagnóstico de câncer e o seu tratamento causam impacto significativo na qualidade de vida das pacientes, principalmente nos aspectos físico, por provocarem sinais e sintomas como náuseas, vômito, diarreia, constipação, mucosite, mielossupressão, neutropenia, plaquetopenia, anemia, além de fadiga e dor como já citado acima.

De acordo com Franceschin (2008), detectou-se um decréscimo da QV no grupo de pacientes portadores de neoplasias pulmonares, quando comparados com o grupo controle. O resultado deve-se tanto a autonomia das pessoas em relação às atividades da vida diária, tais como os aspectos físicos, capacidade funcional e saúde mental, quanto ao impacto causado pelo diagnóstico onde paciente sofre não apenas com os sintomas físicos, mas também com o medo da morte; devido a isso observa-se um aumento dos

casos de depressão, em especial nos pacientes que apresentam estádios mais avançados da doença.

Santos (2009), que analisou a QV em pacientes submetidos a laringectomia e faringolaringectomia total, as pontuações do questionário indicaram impacto na percepção da QV. Isso se deve as queixas de deglutição, saúde mental, duração da alimentação e função social. Porém quando se leva em consideração a disfagia de uma forma geral o SWAL-QOL indicou boas pontuações e espera-se que estes resultados sejam justificados pelo fato de que o paciente priorize a cura da doença e subvalorize alguns aspectos secundários como a deglutição.

No estudo realizado por Cruz (2008), com 82 (oitenta e dois) pacientes adultos e diagnosticados com câncer, notou-se uma ruim percepção de QV levando-se em consideração a sexualidade, já que o tratamento radioterápico causa alterações, desencadeando disfunções sexuais como frigidez e falta de lubrificação, de excitação e de orgasmo, falta de libido e no caso do câncer de próstata é possível supor que homens podem sofrer maiores danos na sua satisfação sexual e posteriormente na QV já que a localização da neoplasia diz respeito ao órgão genital masculino, que em muitos casos pode ficar comprometido com a cirurgia para retirada do tumor, observando altos níveis de ansiedade e depressão, os quais estão diretamente interligados com a QV em pacientes oncológicos.

O câncer de próstata é considerado o segundo mais comum entre os homens e espera-se que o diagnóstico e o tratamento provoquem modificações significativas na QV dos homens. Daniela (2017), em seu estudo realizado com 213 homens em tratamento com a hormonioterapia, verificando uma ruim percepção da QV em pacientes com CaP e estima-se que o tratamento tenha interferência direta no domínio sexual, com efeitos sobre a disfunção erétil e libido, e de acordo com o questionário aplicado a disfunção sexual é classificada como a principal preocupação para os homens, justamente por julgarem que os efeitos da disfunção erétil vão além da capacidade de ter relações sexuais, diminuindo o senso de masculinidade e afetando negativamente a capacidade de sentir-se emocionalmente bem.

Cunha (2017) em sua pesquisa objetivou avaliar a alto-estima (AE) e QV em pacientes estomizados por câncer de colorretal e constatou que, no que se

refere a AE, um importante indicador de saúde mental, houve uma piora, e acredita-se que isso ocorra devido a interferência do estoma nas condições afetivas, sociais e psicológicas. A confecção do estoma é considerada uma das mais importantes realizações cirúrgicas para a pessoas acometidas por câncer colorretal, por aliviar os sintomas e limitar ou até mesmo impedir a evolução da doença. Portanto, causa alterações da imagem corporal, perda do controle das eliminações e necessidade do uso de equipamentos coletores. Assim no que diz respeito a QV, corroborando com o estudo realizado por Cozer e Weirich (2010), que avaliou a QV em pacientes com câncer de colorretal colostomizados, estes apresentaram uma ruim percepção, justificando-se este fato por desenvolverem alterações de ordem física, psicológica e social.

Para Sofia e Graça (2015), que avaliou a QV em pacientes com câncer de colorretal em 100 (cem) pacientes através da aplicação do Questionário da qualidade de vida da organização europeia para a pesquisa e tratamento do câncer (EORTC QLQ-30), observou-se uma ruim percepção da QV e acredita-se que esse resultado esteja ligado ao baixo nível do funcionamento físico, como fazer esforços, andar a pé, necessidade de ficar acamado ou em uma cadeira, comer, vestir-se, lavar-se ou ir ao banheiro. A depressão também previu negativamente a QV dos pacientes e pode-se verificar que quanto maior a sintomatologia depressiva apresentada pelos pacientes, pior a percepção da QV.

Levando-se em consideração a variável QV, analisada pelas pesquisas realizadas pelos autores acima citados, acredita-se que esta seja influenciada por fatores físicos e principalmente psíquicos, pois pode-se observar uma estreita relação entre QV e o desenvolvimento de quadros de ansiedade e depressão.

De acordo com Dantas (2015), que avaliou o estilo de vida e a relação do mesmo com a QV em mulheres com câncer de mama, pode-se destacar que mudança de hábitos alimentares e o não sedentarismo podem melhorar a percepção da QV dessas pacientes, levando em consideração que uma dieta equilibrada, juntamente com a prática de exercícios físicos e uma vida social ativa diminuem os efeitos colaterais do tratamento oncológico e o grau de depressão e ansiedade.

Para Ribeiro (2009), que verificou tanto a QV quanto a sexualidade em mulheres com câncer de mama, constatou-se uma boa percepção da QV. Em relação à sexualidade, exercê-la de forma plena e sentir-se atraente é mais importante que sentir-se bem ao usar decotes e a sexualidade é uma questão importante na qualidade de vida e é notório a relevância do apoio à mulher com câncer de mama na QV, pois no estudo pode-se observar que mulheres com companheiro apresentaram significativamente melhores domínios psicológico e nas relações sociais e mulheres sem companheiro e sem a mama, ou com deformidade pós-cirúrgica, sentem-se inferiorizadas quando comparadas àquelas que possuem mamas intactas e, devido a isso, menos capazes de estabelecer novos vínculos afetivos, tornando-se mais vulneráveis a desenvolverem quadros de ansiedade e depressão.

Uanne (2015), que realizou um estudo quantitativo buscando saber a QV em pacientes com carcinoma pulmonar em estágio avançado e se encontravam em tratamento, chegou à conclusão que tais pacientes possuem uma boa percepção da QV e observou-se que isso se deve ao tratamento de quimioterapia, o qual causou um impacto maior na capacidade física e cognitiva e em certos sintomas relacionados com o câncer, tais como dor e perda de apetite.

Segundo Uanne (2015), se faz necessária a aplicação de questionários para a avaliação não só da QV, mas também para análise de outros parâmetros, para que haja uma melhor comunicação entre a equipe de saúde e o paciente e principalmente para que a detecção rápida do surgimento ou agravamento de um sinal ou sintoma por meio da avaliação periódica da QV, possibilitando que intervenções terapêuticas sejam realizadas de maneira mais imediata, otimizando o tratamento e, conseqüentemente, impactando sua sobrevida.

Lêdo, Léia e Fernando (2015), teve como principal propósito do seu estudo avaliar a QV e o consumo alimentar em pacientes oncológicos, já que a presença de neoplasias desencadeia uma série de alterações metabólicas, as quais podem afetar a nutrição. A pesquisa foi realizada com 200 (duzentos) pacientes e concluiu-se que existe uma boa percepção da QV mesmo com tantas alterações provocadas pelo câncer na vida de seus portadores, estima-se que haja uma importante relação entre a QV e o vínculo pessoal tanto com familiares e amigos, bem como sentimentos positivos de crenças e

confiabilidade no processo de recuperação e tratamento, tornando-se indispensável o apoio social e a interação com a equipe de saúde.

Considerando-se o câncer como sendo uma doença de progressão rápida e que causa um grande impacto quando diagnosticado, observa-se que em alguns casos a influencia na QV do paciente é menor, porém, acredita-se que para que isso ocorra faz-se necessário um estreitamento das relações pessoais com familiares, uma mudança nos hábitos alimentares e a prática de exercícios físicos.

Algumas limitações foram evidenciadas durante a elaboração deste trabalho, pois os estudos geralmente apresentam grande carência metodológica e associam variáveis preditoras, inferindo assim, afirmativas com covariâncias, ou seja, pouco capaz de dizer com precisão de fato, se a há um influencia causada pelo câncer na qualidade de vida dos pacientes.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Contudo, observa-se que há a prevalência de uma ruim percepção da qualidade de vida em pacientes oncológicos, justificado pelas mudanças no estilo de vida, alterações físicas, emocionais e psicológicas, que propiciam o desenvolvimento de quadros de depressão e ansiedade que influenciam diretamente nesta qualidade de vida.

7 REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUI, et al. Repositório Institucional da FIOCRUZ. **Cobertura do teste de Papanicolaou e fatores associados à não-realização: um olhar sobre o Programa de Prevenção do Câncer do Colo do Útero em Pernambuco, Brasil**. Rio de Janeiro, RJ. set. 2005. Disponível em: < <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/825> >. Acessado em: 30 set. 2017.

ANTONIO, M. A.; FERREIRA, R. C. MedicinaNet. **Câncer de Próstata**. [S.l.]. [20--]. Disponível em: < http://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/3016/cancer_de_prostata.htm >. Acessado em: 25 jul 2017.

APARECIDA, V. F. et al. Revista Rede de Enfermagem do Norte. **Qualidade de vida de mulheres com câncer ginecológico e mamário submetidas à quimioterapia**. [S.l.]. v.16, n. 2, p. 266-274, mar/abr. 2015. Disponível em: < <http://www.redalyc.org/html/3240/324038465017/> >. Acessado em: 14 set. 2017.

ASIS, M. L. et al. Revista Brasileira de Cancerologia. **Capacidade Funcional e Qualidade de Vida em Mulheres Pós Mastectomizadas**. [S. l.]. v. 56, n. 4, p. 423-430, ago. 2010. Disponível em: < <http://www.helioangotti.com.br/enviados/2011124163726.pdf> >. Acessado em: 17 set. 2017.

BARROS, A. C. S. D.; BARBOSA, E. N.; GEBRIM, L. H. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. **Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Mama**. [S.l.]. p. 1- 15, ago 2001. Disponível em: <https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/40511193/024.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1508882435&Signature=b8qon3C-CIIBRofr4IFgKfilMVRs%3D&responsecontentdisposition=inline%3B%20filenam e%3DDiagnostico_e_Tratamento_do_Cancer_de_Ma.pdf >. Acessado em: 27 jul 2017.

BASTOS, R. L.; VEROICINE, G. H. Destaques Acadêmicos. **Câncer de próstata e sua relação com a sexualidade masculina: produção científica brasileira**. Lajeado, RS. v. 8, n. 3, p. 70 – 86, ago. 2016. Disponível em: < <http://univates.br/veristas/index.php/destaques/article/view/1165/1030> >. Acessado em: 13 set. 2017.

BRASIL, Instituição Nacional do Câncer José Alencar Gomes Da Silva. **O que é Câncer ?** Rio de Janeiro, RJ. [20--]. Disponível em: < http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322 >. Acessado em: 10 mar 2017.

_____. Instituição Nacional do Câncer José Alencar Gomes Da Silva. **Números de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, RJ. 2016. Disponível em: < <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/index.asp?ID=2> >. Acessado em: 23 mar 2017.

BRASIL, Instituição Nacional do Câncer José Alencar Gomes Da Silva. **Incidência do Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, RJ. 2016. Disponível em: < <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/index.asp?ID=2> >. Acessado em: 23 mar 2017.

_____. Ministério da saúde. Instituição Nacional do Câncer José Alencar Gomes Da Silva. **A situação do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, RJ. 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/situacao_cancer_brasil.pdf>. Acessado em: 23 mar 2017.

_____. Ministério da Saúde. Instituição Nacional do Câncer José Alencar Gomes Da Silva. **Como se proteger do câncer de pele**. Rio de Janeiro, RJ. [20--]. Disponível em: < <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/prevencao-fatores-de-risco/como-protoger-cancer-pele> >. Acessado em: 15 mar 2017.

BRAISIL, Ministério da Saúde. Instituição Nacional do Câncer José Alencar Gomes Da Silva. **Atividade Física**. Rio de Janeiro, RJ. [20--]. Disponível em: < <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/prevencao-fatores-de-risco/atividade-fisica>>. Acessado em: 23 ago. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Instituição Nacional do Câncer José Alencar Gomes Da Silva. **Infecção e Câncer**. Rio de Janeiro, RJ. p. 28-31. [20--]. Disponível em: < http://www1.inca.gov.br/situacao/arquivos/causalidade_infeccao_cancer.pdf >. Acessado em: 17 jun. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Instituição Nacional do Câncer José Alencar Gomes Da Silva. **Câncer de Mama é preciso falar disso**. Rio de Janeiro, RJ. p. 2-16. 2014. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cancer_mama_preciso_falar_disso.pdf >. Acessado em: 17 jun. 2017.

_____. Instituição Nacional do Câncer José Alencar Gomes Da Silva. **Colo Retal**. Rio de Janeiro, RJ. [20--]. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colorretal/definicao>>. Acesa do em: 21 mar 2017.

_____. Ministério da Saúde. Instituição Nacional do Câncer José Alencar Gomes Da Silva. **Câncer de Mama é preciso falar disso**. Rio de Janeiro, RJ. p. 2-16. 2014. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cancer_mama_preciso_falar_disso.pdf >. Acessado em: 17 jun. 2017.

COSTA, F. B.; HULT A., Revista Contexto e Saúde. **Fatores de risco que contribuem para o desenvolvimento do câncer gástrico e de esôfago**. Injuí, RS. v. 11, n.21, p. 16-24, jul/dez 2011. Disponível em: <<https://revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/viewFile/382/1022>>. Acessado em: 20 mai 2017.

COZER, R. A.; WEIRICH, C. G. **Qualidade de Vida e Perfil Nutricional de Pacientes com Câncer Colorretal Colostomizados**. Caxias do Sul, RS. v. 30, n.3, p. 289-298, ago. 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbc/v30n3/a04v30n3> >. Acessado em: 24 jun. 2017.

CRISTINA, A. S. B.; AURORA, S. A. G. Revista de Escola de Enfermagem da USP. **Predictors of hope among women with breast cancer during chemotherapy**. São Paulo, SP. v. 50, n. 6, nov/dez. 2016. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28198953> >. Acessado em: 28 set. 2017.

CRISTIAN, T. A. T.; PAULO, J. F. S. Saúde e Pesquisa. **Câncer de próstata: uma revisão da literatura**. [S.l.]. v. 2, n.3, p. 403-410, set/dez. 2016. Disponível em: < <http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/1189/900> >. Acessado em: 29 jul 2017.

CRISTINA, T. M. S.; FILOMENA, M.C. **Qualidade de vida de pacientes com câncer no período de quimioterapia**. Florianópolis, SC. p. 600-607. Jul-set 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/v21n3a15.pdf>>. Acessado em: 23 fev. 2017.

CRUZ, F. B.; KAREN, E. de C. Revista Saúde e Sociedade. **Qualidade de vida, indicadores de ansiedade e depressão e satisfação sexual em pacientes adultos com câncer**. Vale Rio dos Cinzas, PA, v.1, n.2, p 76-88, mai/ago. 2010. Disponível em: < <http://146.83.115.167/index.php/saludysociedad/article/view/765/636> >. Acessado em: 12 abr. 2017

CUNHA, E. F. et al. Revista Brasileira de Enfermagem. **Autoestima e qualidade de vida relacionada à saúde de estomizados**. [S.l.]. v. 70, n.2, mar/abr. 2017. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/2670/267050430008.pdf>>.Acessado em: 23 out. 2017.

DALLA, T. V.; NATALIA, R. T. T.; BRITO, V. P. Revista Latino-Americana de Enfermagem. **Intervening factors for the initiation of treatment of patients with stomach and colorectal cancer**. [S.l.]. v. 25, jan. 2017. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5465974/> >. Acessado em: 2 out. 2017.

DANIELA, P. S. Q. et al. Revista Cuidarte. **Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer de próstata**. [S. l.]. v. 8, n. 3, jun/ago. 2017. Disponível em: < <https://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/436/812>>. Acessado em :30 set. 2017.

DANTAS, G, de M. et al. Revista Brasileira de Ciências e Saúde. **Influência do estilo de vida na qualidade de vida de mulheres com câncer de mama**. [S.l.]. v. 14, n. 4, p. 13-18. Jul. 2011. Disponível em: < <http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs/article/view/9939> >. Acessado em: 17 set 2017.

ERNESTO, J. B. Instituto de Ciências Biomédicas, Universidade de São Paulo. **O próximo desafio, reverter o câncer**. São Paulo, SP. v. 31, n. 184, p. 51-57,

jul. 2002. Disponível em <<http://www.dbm.ufpb.br/~marques/Artigos/Cancer.pdf>> . Acessado em: 15 de mar de 2017.

FERNANDES, E. A. Associação Paulista de Medicina. **O que é Mamografia**. Bela Vista, SP. out. 2011. Disponível em: <<http://www.apm.org.br/artigos-conteudo.aspx?id=104>>. Acessado em: 20 set 2017.

FERNANDES, P., et al. Jornal de Pneumologia. **Diagnóstico e estadiamento do câncer de pulmão**. [S.I.]. v. 28, n. 4, jul/ago 2002. Disponível em:<https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=lang_es|lang_en|lang_pt&id=SK7A3eQIOVgC&oi=fnd&pg=PA219&dq=diagnostico+cancer+de+pulm%C3%A3o&ots=PFACMSoN1x&sig=iiPeAeUuh51z5ix5yUMQaT46WTg#v=onepage&q&f=false>. Acessado em: 13 set. 2017.

FIORELLI, S. A. P. S. et al. Ciências e Saúde coletiva. **Qualidade de vida em grupos de mulheres acometidas de câncer de mama**. Bauru, SP. v.18, n.3, p. 779-788, mar. 2013. Disponível em: < https://www.researchgate.net/profile/Sandra_Simeao/publication/236097394_Quality_of_life_of_groups_of_women_who_suffer_from_breast_cancer/links/56dd894808ae46f1e99f7ce3.pdf>. Acessado em: 18 ago. 2017

FRANCESCHIN, J. et al. Jornal Brasileiro de Pneumologia. **Avaliação da qualidade de vida em pacientes com câncer de pulmão através da aplicação do questionário Medical**. [S. I.]. v. 34, n. 6, jun. 2008. Disponível em:<http://www.jornaldepneumologia.com.br/detalhe_artigo.asp?id=565>. Acessado em: 01 out. 2017.

GARWOOD, P.; JASAREVIC, T. World Health Organization. **WHO report finds dramatic increase in life-saving tobacco control policies in last decade**. [S.I.]. [20--]. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/tobacco-report/en/>>. Acessado em: 23 abr. 2017.

HOSPITAL DO CÂNCER em Barretos. **Tratamento do câncer de útero**. Barretos, SP. [20--]. Disponível em: <<https://www.hcancerbarretos.com.br/pesquisas/141-paciente/tipos-de-cancer/cancer-de-utero/237-tratamento-docancer-de-utero>>. Acessado em: 2 out. 2017.

_____, **Câncer de Pulmão - Tratamento**. Barretos, SP. [20--]. Disponível em:<<https://www.hcancerbarretos.com.br/pesquisas/93-paciente/tipos-de-cancer/cancer-de-pulmao/178-cancer-depulmao-tratamento>>. Acessado em: 2 out. 2017.

_____, **Tratamento do câncer colorretal**. Barretos, SP. [20--]. Disponível em:< <https://www.hcancerbarretos.com.br/pesquisas/88paciente/tiposdecancer/cancer-colorretal/144-tratamento-do-cancer-colorretal>>. Acessado em: 2 out. 2017.

INSTITUTO ONCOGUIA. Tipos de Câncer. **Câncer de Mama**. [S.I.]. 2017. Disponível em: <<http://www.oncoquia.org.br/conteudo/a-mama/748/12/>>. Acessado em 23 set. 2017.

INSTITUTO ONCOGUIA. Tipos de Câncer de Colo de Útero. **O que é colo de útero**. [S.l.]. 2017. Disponível em: < <http://www.oncoguia.org.br/conteudo/o-que-e-colo-do-uterio/4726/724/> >. Acessado em 24 set. 2017.

_____, Câncer Colorretal. **Exames para o diagnóstico do câncer de colorretal**. [S.l.]. 2015. Disponível em: < <http://www.oncoguia.org.br/conteudo/exames-para-o-diagnostico-do-cancer-colorretal/1718/179/> >. Acessado em 20 set. 2017.

JOSÉ, F. G. P. Revista Brasileira de Ciências e Movimento. **Epidemiologia, atividade física e saúde**. Brasília, DF. v. 10, n. 3, p. 49-54, jul. 2002. Disponível em: <<https://portalrevistas.ucb.br/index.php/RBCM/article/viewFile/463/489>>. Acessado em: 17 set. 2017.

KUMAR, V. et al. Patologia: **Bases Patológicas das Doenças**. In STRICKER, P. T.; KUMAR, V. Neoplasias. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier. 2010, cap.7, v.1, p. 259-330.

_____, Patologia: **Bases Patológicas das Doenças**. In HECKER, L. E.; PIROG, E. C. O Trato Genital Feminino. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier. 2010, cap.22, v.2, p. 1013 – 1071.

LABORATÓRIO CENTRAL LAB. **Citológico de escarro**. Disponível em: < <http://www.laboratoriocenterlab.com.br/exames/hematologia/citologico-escarro-222/> >. Acessado em: 24 jul. 2017.

LÊDO, P. P.; LÉIA, A. S. N.; FERNANDO, S. P. D. Revista Brasileira de Cancerologia. **Qualidade de vida e consumo de alimentos de pacientes oncológicos**. [S. l.]. v.641, n. 3, p. 243-251, set 2015. Disponível em: < http://www.inca.gov.br/Rbc/n_61/v03/pdf/07-artigo-qualidade-de-vida-e-consumo-alimentar-de-pacientes-oncologicos.pdf >. Acessado em: 13 ago. 2017.

LÚCIA, M. T. P.; PERES, F. Caderno de Saúde Pública. **Consumo de aditivos alimentares e efeitos à saúde: desafios para a saúde pública brasileira**. Rio de Janeiro, RJ. v. 25. n. 8, ago. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1808-86942013000200018&script=sci_arttext&lng=pt16>. Acessado em: 17 ago. 2017.

MARA, S.M.; OKINO, N. S. **Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico adjuvante**. Florianópolis, SC. p. 750-757. out/nov 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/17.pdf>>. Acessado em: 23 fev 2017.

MONTENEGRO, S. S. L. Revista Ciências Et Praxis. **O saber de mulheres sobre o autoexame das mamas em uma unidade de saúde da família na cidade de João Pessoa**. João Pessoa, PB. v. 4, n.7, ago. 2011. Disponível em: < <http://revista.uemg.br/index.php/praxys/article/view/2207> >. Acessado em: 1 out. 2017.

PAINI, F. L. et al., Revista do Departamento de Educação Física e Saúde e do Mestrado em Promoção da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul / Unisc. **Análise cienciométrica sobre a relação da vivência de eventos de vida produtores de estresse e desenvolvimento de câncer.** Santa Cruz do Sul, RS. v. 17, n. 3, p. 1-6, jul/set 2016. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/cinergis/article/view/8133/5332>>. Acessado em 6 mar 2017.

REVISTA DA Associação Médica Brasileira. **RASTREAMENTO PARA CÂNCER COLORRETAL.** São Paulo, SP. v. 48, n.4, out/nov. 2002. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010442302002000400020&script=sci_arttext>. Acessado em: 3 set. 2017.

RIBEIRO, P. H. et al. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. **Qualidade de vida e sexualidade de mulheres tratadas de câncer de mama.** Rio de Janeiro, RJ. v.31, n.2, fev. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-7203200900020003>. Acessado em: 16 mar 2017.

SANTOS, D. Q. et al., Brazilian Journal of Otorhinolaryngology. **Deglutição e qualidade de vida após laringectomia e faringolaringectomia total.** São Paulo, SP. v. 75, n. 4, jul/ago. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1808-86942009000400015&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acessado em: 15 mai. 2017.

SOFIA, A. C. B.; GRAÇA, M. P. **Qualidade de vida, otimismo, enfrentamento, morbidade psicológica e estresse familiar em pacientes com câncer colorrectal em quimioterapia.** Natal, RN, v.20, n.1, jan/mar 2015. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2015000100050&lng=en&nrm=iso&tlng=pt >. Acessado em: 23 jul. 2017.

SUELY, S. C. de A.; MARIA, D. P. P.; BALDISSEROTTO, J. Revista Brasileira de Cancerologia. **Avaliação das condições da saúde bucal e da qualidade de vida de pacientes com câncer na cabeça e pescoço atendidos em um hospital público de porto alegre.** Porto Alegre, RS. v. 55, n. 2, p. 129-138. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_55/v02/pdf/06_artigo3.pdf>. Acessado em: 01 fev. 2017.

UANNE, C. R. A. et al. Jornal Brasileiro de Pneumologia. **Avaliação da qualidade de vida de pacientes com carcinoma pulmonar de células não pequenas em estágio avançado, tratados com carboplatina associada a paclitaxel.** [S. l.]. v.41, n. 2, mar/abr 2015. Disponível em: < http://jornaldepneumologia.com.br/detalhe_artigo.asp?id=2386 >. Acessado em: 26 mai. 2017.

UEHARA, C.; JAMNIK, S.; LÓPES, I. S. Medicina de Ribeirão Preto. **Câncer de Pulmão.** Ribeirão Preto, SP. v. 31, n. 2, p. 266-276, jun. 1998. Disponível em: < <http://www.journals.usp.br/rmrp/article/view/7673/9211> >. Acessado em: 30 jun. 2017.

WUNSCH, V. F. Revista USP. **Consumo de bebidas alcoólicas e o risco de câncer.** São Paulo, SP. n. 96, p. 37-46, dez/fev 2012/2013. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/revusp/article/viewFile/52255/56289>>. Acessado em: 28 abr 2017.

YANG, J. et al., Diagnostic Cytopathology. **Cytology and high risk HPV testing in cervical cancer screening program: Outcome of 3-year follow-up in an academic institute.** [S.l.]. [20--]. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/dc.23843/abstract>>. Acessado em: 30 jul. 2017.