

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO EM ATENÇÃO À SAÚDE

THAÍS CRISTINA ELIAS

EFEITO DA QUIMIOTERAPIA NA CAPACIDADE FUNCIONAL DE MULHERES
COM CÂNCER GINECOLÓGICO, CÂNCER DE MAMA E DOENÇA
TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL NO SERVIÇO DE ONCO-GINECOLOGIA DE
UM HOSPITAL PÚBLICO

UBERABA

2014

THAÍS CRISTINA ELIAS

EFEITO DA QUIMIOTERAPIA NA CAPACIDADE FUNCIONAL DE MULHERES
COM CÂNCER GINECOLÓGICO, CÂNCER DE MAMA E DOENÇA
TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL NO SERVIÇO DE ONCO-GINECOLOGIA DE
UM HOSPITAL PÚBLICO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde.

Linha de Pesquisa: Atenção à Saúde das Populações.

Eixo Temático: Saúde da Mulher.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Sueli Riul da Silva.

UBERABA

2014

THAÍS CRISTINA ELIAS

EFEITO DA QUIMIOTERAPIA NA CAPACIDADE FUNCIONAL DE MULHERES
COM CÂNCER GINECOLÓGICO, CÂNCER DE MAMA E DOENÇA
TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL NO SERVIÇO DE ONCO-GINECOLOGIA DE
UM HOSPITAL PÚBLICO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde.

Linha de Pesquisa: Atenção à Saúde das Populações.

Eixo Temático: Saúde da Mulher.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Sueli Riul da Silva.

Uberaba (MG), ____ de _____ de _____.

Banca Examinadora

Profa. Dra. Sueli Riul da Silva
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Profa. Dra. Rosekeila Simões Nomelini
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Profa. Dra. Maria Angélica Oliveira Mendonça
Universidade Federal de Uberlândia

Dedico a minha avó, Wilma Pereira Elias, eterna fonte de inspiração e exemplo de conduta moral e ética na vida pessoal e profissional, que despertou o meu interesse pela honrosa jornada do cuidar.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela dádiva da vida e pela oportunidade de crescimento espiritual rumo ao caminho da evolução.

Aos meus familiares, em especial aos meus pais, **Luiz e Tânia**, ao meu irmão, Leonardo, à minha sobrinha Marcella e à minha tia Maria Goretti pelo apoio e pela compreensão por minhas inúmeras ausências.

Ao meu noivo, Felipe, sem dúvida um grande incentivador e um valoroso companheiro na jornada da vida.

À minha orientadora a Prof^a, Dr^a. Sueli Riul da Silva por acreditar que eu era capaz, e pelo incentivo, paciência e extrema dedicação durante todo o período de orientação. Foram ensinamentos que levarei por toda a vida. Serei eternamente grata.

Aos professores do PPGAS, em especial ao Professor e Doutor Vanderlei José Haas, pela contribuição na análise e interpretação dos dados.

Aos Professores, Doutores, Ricardo Jader Cardoso, Maria Cristina Meirelles, Maria Angélica Oliveira e Rosekeila Simões Nomelini pela contribuição na construção da pesquisa.

Às minhas colegas de mestrado, em especial à Lorena Campos Mendes pelo companheirismo, amizade e por todos os momentos de descontração. Sentirei saudades.

Às mestres Patrícia Afonso e Carolina Freitas pelo apoio e amizade.

À doutoranda Maurícia Oliveira por toda a contribuição e auxílio.

Ao CAPES DS, pelo apoio financeiro.

À Universidade Federal do Triângulo Mineiro, em especial a todos do PPGAS, pela oportunidade de crescimento profissional.

Aos profissionais e pacientes do setor de onco-ginecologia do Ambulatório Maria da Glória, pela grande oportunidade de aprendizagem e convivência.

A todos que colaboraram direta e indiretamente para a construção desse sonho.

“A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes!”

Florence Nightingale

RESUMO

Introdução: o alto índice de câncer registrado em mulheres no Brasil evidencia um real problema de saúde pública. A partir disso, os avanços tecnológicos nessa área tornam-se grandes aliados, propiciando maior sobrevivência a pacientes em tratamento oncológico. Ao se reconhecer o papel relevante que a mulher desempenha no cenário social como cidadã, profissional e integrante do âmbito familiar, torna-se fundamental a realização de estudos que abordem aspectos relacionados à qualidade de vida dessas mulheres, tal como a capacidade funcional (CF) apresentada por elas durante a terapêutica. **Objetivo:** avaliar a CF em mulheres diagnosticadas com câncer ginecológico, câncer de mama e doença trofoblástica gestacional durante o tratamento quimioterápico em um hospital de clínicas. **Metodologia:** estudo observacional e retrospectivo com abordagem quantitativa e delineamento longitudinal. Utilizaram-se para a coleta de dados dois instrumentos, o primeiro está relacionado ao instrumento de acompanhamento de pacientes submetidas à quimioterapia antineoplásica, contendo caracterização sociodemográfica e clínica, e o segundo referente ao instrumento conhecido por índice de Karnofsky, usado no presente estudo para avaliar a CF de pacientes com diagnóstico de câncer ginecológico, câncer de mama e doença trofoblástica gestacional durante o uso de quimioterapia. **Resultados:** participaram do estudo 438 mulheres, das quais, a maioria 78 (35%) tinha entre 41 e 50 anos e tipo tumoral referente ao câncer de mama. Sobre o tratamento, grande parte das pacientes fez uso de mais de uma modalidade terapêutica, 206 (47%) utilizaram como base de protocolo os quimioterápicos antracíclicos e 376 (85,8%) fizeram uso de mais de um quimioterápico. Observou-se que durante todo o tratamento, a CF da população estudada apresentou um escore médio em torno da pontuação 70, quanto ao índice de Karnofsky, mantendo similaridade na evolução do declínio da CF entre as pacientes e mostrando que estas não eram capazes de realizar suas atividades cotidianas ou executar trabalho ativo, limitando-se apenas às atividades relacionadas ao autocuidado. Notou-se maior impacto pontual no declínio da CF em relação às pacientes idosas, diagnosticadas com câncer ginecológico, submetidas à quimioterapia como único tratamento, e às sujeitas ao uso de protocolos baseados em quimioterápicos taxanos. Atentou-se ainda para o uso de protocolos baseados

em taxanos durante o início do tratamento quimioterápico e o diagnóstico de câncer ginecológico, como importantes influenciadores do declive funcional. **Conclusão:** é oportuno o estabelecimento de medidas capazes de garantir a prevenção dos efeitos colaterais causados pelo tratamento quimioterápico, além do controle de sinais e sintomas apresentados em decorrência da doença, com vistas ao gerenciamento da CF, proporcionando uma assistência integral e de qualidade às pacientes oncológicas. Assim, por meio do trabalho em equipe é fundamental proporcionar a elas mais qualidade de vida durante a terapêutica quimioterápica.

Palavras-chave: Avaliação de Estado de Karnofsky. Atividades Cotidianas. Quimioterapia. Saúde da Mulher.

ABSTRACT

Introduction: the high rate of cancer registered in women in Brazil highlights a real public health problem. With basis on this information, technological advances in this area are great allies, providing a higher long-term survival to patients under oncological treatment. When the relevant role that the woman performs in the social scenario as a citizen, professional and an integrant part of the family cell is recognized, the studies that deal with aspects related to the quality of life of these women, are especially relevant, such as the functional capacity (FC) shown by them during treatment. **Purpose:** assess FC in women with a diagnosis of gynecological cancer, breast cancer and gestational trophoblastic disease, during the chemotherapy treatment in a clinical hospital. **Methodology:** observational and retrospective study in a quantitative approach and longitudinal delineation. Two instruments were used for the collection of data: the first is related to the accompanying instrument of patients who are submitted to antineoplastic chemotherapy, with socio-demographic and clinical characterization, and the second refers to the instrument known as the Karnofsky index, used in this study to assess the FC of patients with a diagnosis of gynecological cancer, breast cancer and gestational trophoblastic disease, during the chemotherapy treatment. **Results:** 438 women took part in the research, in which the majority, 78 (35%), were between 41 and 50 years old, and the tumor type was the breast cancer. Concerning the treatment, a great part of the patients had more than one therapeutic modality; 206 (47%) had as their protocol basis anthracycline chemotherapy, and 376 (85.8%) made use of more than one chemotherapeutic medication. It was possible to observe that during the whole treatment, the FC of the population under study showed an average score around 70 relating the Karnofsky index, maintaining similarity in the evolution of a decline in the FC among the patients and showing that they were not able to carry out their daily activities or to take on any active job, limiting themselves to activities related to self-care. There was a higher impact in the decline of the FC related to old age patients with a diagnosis for gynecological cancer and submitted to chemotherapy as the sole treatment, and those submitted to the use of protocols using taxane chemotherapy drugs. Attention was also paid to the use of protocols based on taxane drugs during the beginning of the chemotherapeutic treatment and

the diagnosis of gynecological cancer, as influential factors in the functional decline.

Conclusion: it is opportune to establish measurements which are able to guarantee the prevention of side effects caused by the chemotherapeutic treatment, apart from the control of the signs and symptoms shown due to the illness, with the purpose of managing the FC, providing comprehensive assistance with quality to the oncological patients. Thus, by means of team work it is fundamental to provide them with more quality of life during the therapeutic chemotherapy.

KEY WORD: Karnofsky Performance Status. Activities of Daily Living. Drug Therapy. Women's Health.

RESUMEN

Introducción: el alto índice de cáncer registrado en mujeres en el Brasil evidencia un real problema de salud pública. A partir de ahí, los avances tecnológicos en esa área se tornan grandes aliados, proporcionando la mayor sobrevivencia a pacientes en tratamiento oncológico. Al reconocerse el papel relevante que la mujer desarrolla en el escenario social como ciudadana, profesional y integrante del ámbito familiar, se hacen pertinente los estudios que aborden aspectos relacionados a la calidad de vida de esas mujeres, tal como la capacidad funcional (CF) presentada por ellas durante la terapéutica. **Objetivo:** evaluar la CF en mujeres diagnosticadas con cáncer ginecológico, cáncer de mama y enfermedad trofoblástica gestacional durante el tratamiento quimioterápico en un hospital de clínicas. **Metodología:** estudio observacional y retrospectivo con abordaje cuantitativa y delineamiento longitudinal. Se utilizaron para la colecta de datos dos instrumentos, el primer esta relacionado al instrumento de acompañamiento de pacientes sometidas a la quimioterapia antineoplásica, contiendo caracterización socio demográfica y clínica, y el segundo referente al instrumento conocido por índice de Karnofsky, usado en el presente estudio para la evaluación de la CF de pacientes con diagnóstico de cáncer ginecológico, cáncer de mama y enfermedad trofoblástica gestacional durante el uso de quimioterapia. **Resultados:** participaron del estudio 438 mujeres, donde, la mayoría 78 (35%) tenía entre 41 y 50 años y tipo tumoral referente al cáncer de mama. Sobre el tratamiento, grande parte de las pacientes hizo uso de más de una modalidad terapéutica, 206 (47%) utilizaron como base de protocolo los quimioterápicos antracíclicos y 376 (85,8%) hicieron uso de más de un quimioterápico. Se observó que durante todo el tratamiento, la CF de la población estudiada presentó un escore mediano en torno de la puntuación 70, cuanto al índice de Karnofsky, manteniendo similitud en la evolución del declino de la CF entre las pacientes y muestreando que estas no eran capaces de realizar sus actividades cotidianas o ejecutar trabajo activo, se limitando apenas a las actividades relacionadas al auto cuidado. Se notó mayor impacto puntual en el declino de la CF en relación a las pacientes mayores, diagnosticadas con cáncer ginecológico, sometidas a la quimioterapia como único tratamiento, y las sujetas al uso de protocolos basados en quimioterápicos taxanos. Se atentó aún para el uso de

protocolos basados en taxanos durante el inicio del tratamiento quimioterápico y el diagnóstico de cáncer ginecológico, como importantes influenciadores del declive funcional. **Conclusión:** es oportuno el establecimiento de medidas capaces de garantizar la prevención de los efectos colaterales causados por el tratamiento quimioterápico, además del control de señales y síntomas presentados en recurrencia de la enfermedad, con vistas al gerenciamiento de la CF, proporcionando una asistencia integral y de calidad a las pacientes oncológicas. Así, por medio del trabajo en equipo es fundamental proporcionar a ellas más calidad de vida durante la terapéutica quimioterápica.

Palabras-llave: Estado de Ejecución de Karnofsky. Actividades Cotidianas. Quimioterapia. Salud de la Mujer.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Gráfico 1 - Evolução geral da média dos escores de capacidade funcional de mulheres submetidas à quimioterapia, segundo o índice de Karnofsky, entre os ciclos quimioterápicos - Uberaba (MG) - 2014..... 68
- Gráfico 2 - Evolução da média dos escores de capacidade funcional de mulheres com doença trofoblástica gestacional, câncer de mama e ginecológico, segundo o índice de Karnofsky, entre os seis primeiros ciclos de quimioterapia - Uberaba (MG) - 2014..... 71
- Gráfico 3 - Evolução da média dos escores de capacidade funcional de mulheres com doença trofoblástica gestacional, câncer de mama e ginecológico, segundo o índice de Karnofsky, quanto a idade - Uberaba (MG) - 2014..... 74
- Gráfico 4 - Evolução da média dos escores de capacidade funcional de mulheres com doença trofoblástica gestacional, câncer de mama e ginecológico, segundo o índice de Karnofsky, quanto ao protocolo quimioterápico - Uberaba (MG) - 2014..... 80
- Gráfico 5 - Evolução da média dos escores de capacidade funcional de mulheres com doença trofoblástica gestacional, câncer de mama e ginecológico, segundo o índice de Karnofsky, quanto ao diagnóstico médico - Uberaba (MG) - 2014..... 87

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Caracterização sociodemográfica e clínica de mulheres com doença trofoblástica gestacional, câncer de mama e ginecológico - Uberaba (MG) – 2014.....	50
Tabela 2 -	Caracterização clínica conforme o diagnóstico médico e o modo de tratamento quimioterápico usado por mulheres com doença trofoblástica gestacional, câncer de mama e ginecológico - Uberaba (MG) - 2014.....	53
Tabela 3 -	Caracterização clínica e descrição dos aspectos relacionados ao tratamento quimioterápico de mulheres com doença trofoblástica gestacional, câncer de mama e ginecológico - Uberaba (MG) - 2014.....	55
Tabela 4 -	Descrição do seguimento de protocolo quimioterápico usado por mulheres com doença trofoblástica gestacional, câncer de mama e ginecológico - Uberaba (MG) – 2014.....	60
Tabela 5 -	Descrição do intervalo entre as aplicações do protocolo quimioterápico de mulheres com doença trofoblástica gestacional, câncer de mama e ginecológico - Uberaba (MG) - 2014.....	62
Tabela 6 -	Descrição dos medicamentos associados ao uso da quimioterapia em mulheres com doença trofoblástica gestacional, câncer de mama e ginecológico – Uberaba (MG) - 2014.....	63
Tabela 7 -	Descrição dos casos de recidiva entre mulheres com doença trofoblástica gestacional, câncer de mama e ginecológico - Uberaba (MG) - 2014.....	66

Tabela 8 -	Descrição dos escores médios de capacidade funcional de mulheres com doença trofoblástica gestacional, câncer de mama e ginecológico, segundo o índice de Karnofsky, entre os ciclos quimioterápicos - Uberaba (MG) 2014.....	69
Tabela 9 -	Teste ANOVA com medidas repetidas para comparação entre as médias de escores de capacidade funcional de mulheres com doença trofoblástica gestacional, câncer de mama e ginecológico, segundo o índice de Karnofsky, nos seis primeiros ciclos quimioterápicos - Uberaba (MG) - 2014.....	72
Tabela 10 -	Teste-T Student Pareado entre os escores médios de capacidade funcional das mulheres com doença trofoblástica gestacional, câncer de mama e ginecológico, segundo o índice de Karnofsky, dos seis primeiros ciclos quimioterápicos - Uberaba (MG) - 2014.....	73
Tabela 11 -	Teste-T Student entre os escores médios de capacidade funcional de mulheres com doença trofoblástica gestacional, câncer de mama e ginecológico, segundo o índice de Karnofsky, quanto à idade - Uberaba (MG) - 2014.....	75
Tabela 12 -	Teste-T Student entre os escores médios de capacidade funcional de mulheres com doença trofoblástica gestacional, câncer de mama e ginecológico, segundo o índice de Karnofsky, quanto à modalidade terapêutica - Uberaba (MG) - 2014.....	77
Tabela 13 -	Teste ANOVA entre os escores médios de capacidade funcional de mulheres com doença trofoblástica gestacional, câncer de mama e ginecológico, segundo o índice de Karnofsky, quanto ao protocolo quimioterápico - Uberaba	

(MG) - 2014.....	81
Tabela 14 - Teste ANOVA para comparações múltiplas entre os escores médios de capacidade funcional de mulheres com doença trofoblástica gestacional, câncer de mama e ginecológico e os protocolos quimioterápicos - Uberaba (MG) - 2014.....	85
Tabela 15- Teste ANOVA entre os escores médios de capacidade funcional de mulheres com doença trofoblástica gestacional, câncer de mama e ginecológico, segundo o índice de Karnofsky, quanto ao diagnóstico médico - Uberaba (MG) – 2014.....	88
Tabela 16 - Teste ANOVA para comparações múltiplas entre os escores médios de capacidade funcional de mulheres com doença trofoblástica gestacional, câncer de mama e ginecológico, segundo o índice de Karofsky, quanto ao diagnóstico médico – Uberaba (MG) - 2014.....	92
Tabela 17 - Teste de Regressão Linear Múltipla para análise da influência de variáveis sociodemográficas e clínicas na capacidade funcional de mulheres com doença trofoblástica gestacional, câncer de mama e ginecológico - Uberaba (MG) - 2014.....	94

LISTA DE SIGLAS

DNA – Deoxyribo Nucleic Acid
CCU – Câncer Cérvico-uterino
PAISM – Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
DST – Doença Sexualmente Transmissíveis
INCA – Instituto Nacional do Câncer
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia Estatístico
HPV – Papilomavírus Humano
TRH – Terapia de Reposição Hormonal
MS – Ministério da Saúde
BRCA-1 – Breast Cancer susceptibility gene 1
BRCA-2 – Breast Cancer susceptibility gene 2
NIV – Neoplasia Intra Vulvar
ECM – Exame Clínico das Mamas
DTG – Doença Trofoblástica Gestacional
MH – Mola Hidatiforme
BETA- HCG – Human Chorionic Gonadotropin
CF – Capacidade Funcional
SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	19
1.1	O CÂNCER GINECOLÓGICO.....	22
1.1.1	O câncer cérvico-uterino.....	23
1.1.2	O câncer do corpo do útero.....	24
1.1.3	O câncer de ovário.....	25
1.1.4	O câncer de vulva.....	26
1.1.5	O câncer de vagina.....	27
1.1.6	O câncer de tuba uterina.....	28
1.2	O CÂNCER DE MAMA.....	28
1.3	DOENÇA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL.....	30
1.4	O TRATAMENTO DOS CÂNCERES GINECOLÓGICO E DE MAMA E DA DOENÇA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL.....	31
1.4.1	Quimioterapia.....	32
1.5	OS EFEITOS COLATERAIS CAUSADOS PELO TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO.....	33
1.6	AS COMPLICAÇÕES CONSEQUENTES À ADMINISTRAÇÃO DE QUIMIOTERÁPICOS	36
1.7	AÇÕES DE ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE EM USO DO TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO.....	38
1.8	A CAPACIDADE FUNCIONAL E QUALIDADE DE VIDA	39
1.9	A MENSURAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL.....	41
2	OBJETIVOS.....	43
2.1	OBJETIVO GERAL.....	43
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	43
3	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	44
3.1	DESENHO DO ESTUDO.....	44
3.2	LOCAL DO ESTUDO.....	44
3.3	PARTICIPANTES ALVO.....	44
3.4	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	44
3.5	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	45
3.6	SUJEITOS DO ESTUDO.....	45

3.7	INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	45
3.8	PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	46
3.9	ASPECTOS ÉTICOS.....	47
3.10	CONTROLE DE QUALIDADE.....	47
3.11	PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	47
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	49
4.1	CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA DA POPULAÇÃO ESTUDADA.....	49
4.2	AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL DA POPULAÇÃO ESTUDADA.....	67
4.3	ANÁLISE DAS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS QUANTO À CAPACIDADE FUNCIONAL DA POPULAÇÃO ESTUDADA.....	74
4.3.1	Análise da variável idade quanto à capacidade funcional da população estudada.....	74
4.3.2	Análise da variável modalidade terapêutica sobre a capacidade funcional estudada.....	76
4.3.3	Análise da variável protocolo quimioterápica sobre a capacidade funcional da população estudada.....	79
4.3.4	Análise da variável diagnóstico médico sobre a capacidade funcional da população estudada.....	86
4.3.5	Análise da influência da idade, modalidade terapêutica, diagnóstico médico e protocolo quimioterápico, sobre a capacidade funcional da população estudada.....	93
5	CONCLUSÃO.....	97
	REFERÊNCIAS.....	99
	APÊNDICE A – Instrumento sócio-epidemiológico e clínico....	116
	ANEXO 1 – índice de Karnofsky.....	118
	ANEXO 2 – Declaração de Aprovação do Comitê de Ética UFTM.....	119

1 INTRODUÇÃO

O câncer é um problema de saúde pública de proporção mundial, tornando-se cada vez mais comum entre as populações. Há cerca de quatro décadas, o câncer tem aumentado sua incidência nos países em desenvolvimento, e nessa perspectiva, tem se observado no Brasil desde 1960 um processo de transição, em que as doenças neoplásicas se tornaram mais incidentes que as doenças infecciosas e parasitárias (BRASIL, 2014a).

A explicação para esse fato se desvenda pelos avanços tecnológicos no âmbito da saúde, no que concerne a novas possibilidades diagnósticas, assim como novas modalidades terapêuticas, que resultaram no prolongamento da perspectiva de vida da população. No entanto, a sobrevida proporcionada por esses avanços tecnológicos acabou por predispor o indivíduo ao acometimento de doenças crônicas degenerativas. Como consequência, as doenças crônicas não transmissíveis, tal como o câncer, vêm se tornando cada vez mais incidentes em todo o mundo (BRASIL, 2014a).

O câncer já era relatado por egípcios e persas há cerca de trinta séculos antes de Cristo, logo, diversos estudiosos buscavam explicações sobre suas possíveis causas. Porém, a falta de teorias consistentes sobre a real causa do desenvolvimento do câncer durante esse período, fez com que a doença fosse cercada pelo medo e a discriminação da população acometida por ele (TEIXEIRA; FONSECA, 2007).

Em 1840, iniciaram-se as primeiras cirurgias oncológicas para o tratamento do câncer, no entanto, um tratamento eficaz e acessível ainda era inexistente, restando para a maior parte da população apenas internações em asilos e a espera pela morte (TEIXEIRA; FONSECA, 2007).

Por volta do século XIX, iniciaram-se descobertas sobre a ligação entre o câncer e o ciclo celular, estas descobertas estavam ligadas especificamente ao seu processo de divisão. A partir de então, foi entendido que a divisão celular influenciada por um processo patológico poderia culminar na carcinogênese (TEIXEIRA; FONSECA, 2007).

Sabe-se hoje que, as células tumorais originam-se a partir de células normais que sofrem alterações no Deoxyribo Nucleic Acid (DNA) ou nos mecanismos que

controlam a expressão genética durante a diferenciação celular. Assim, a carcinogênese pode ser definida como um processo complexo, multifásico e dependente de fenômenos celulares que levam ao desenvolvimento de clones de células através de sua divisão, em que essas novas células desenvolvem a capacidade de se multiplicar e invadir tecidos próximos, causando a metástase. Este processo pode iniciar-se tanto de forma espontânea como provocada, dado que, o organismo humano é diariamente exposto a fatores carcinogênicos, tais como fatores químicos, físicos e/ou biológicos, levando ao dano do genoma e conseqüentemente às mutações celulares (BOGLIOLO; BRASILEIRO FILHO, 2000; BRASIL, 2008).

No Brasil, os estudos sobre o câncer iniciaram-se por volta de 1904. Os estudiosos acreditavam que países mais prósperos proporcionavam maior risco para o desenvolvimento da doença, em virtude dos baixos índices da doença em países menos desenvolvidos, tais como o Brasil (TEIXEIRA; FONSECA, 2007).

O câncer só foi reconhecido como problema sanitário no Brasil a partir da década de 1930, em seguimento estudos coordenados por pesquisadores como Mário Kroeff, Eduardo Rabello e Sérgio Barros de Azevedo. Diante da nova situação, houve a necessidade de se criar medidas que pudessem controlar a doença no país. Nesse contexto, foi criado no ano de 1941 o Serviço Nacional do Câncer (SNC), que por sua vez, tinha como finalidade orientar e controlar a campanha contra o câncer em todo o país, revelando-se como uma importante iniciativa no controle da doença (PARADA, et al., 2008).

Anos depois, por volta das décadas de 1970 e 1980, surgiu o Plano Nacional do Combate ao Câncer e em conjunto com essa nova estratégia governamental, iniciaram-se as ações para a prevenção do câncer de mama e do câncer cérvico-uterino (CCU), além de ações de prevenção e tratamento de doenças ginecológicas. Essas ações faziam parte do Programa Materno Infantil (PMI), entretanto, a mulher ainda não era assistida de forma integral pelos serviços de saúde, sendo predominantemente uma assistência limitada ao ciclo gravídico-puerperal (PINELLI, 2002).

Em 1984 em meio ao movimento composto por mulheres que atuavam na área da saúde unidas às feministas, foi criado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), servindo como uma resposta do governo brasileiro à

sociedade feminina que lutava a favor de melhores condições e acesso à saúde (BARROS; MARTIN; ABRÃO, 2002). O PAISM significou o início de um olhar holístico em relação à saúde da mulher, aumentando a atenção às mulheres não só durante o período gestacional, mas também em relação à prevenção, promoção e manutenção da saúde. O PAISM tinha como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção (BRASIL, 1985).

Deste modo, o PAISM surgiu com a proposta de oferecer atenção à mulher de forma integral, clínico-ginecológica e educativa, otimizando o serviço oferecido no pré-natal, no parto e no puerpério, incluindo a abordagem do contexto que envolve os problemas existentes desde a adolescência até a terceira idade. Ainda, o PAISM pretendia atuar no controle das doenças sexualmente transmissíveis (DST), no controle e detecção precoce do CCU e do câncer de mama, além de oferecer apoio na assistência direcionada à abordagem da concepção e contracepção (OSIS, 2009).

Conquanto, mesmo com a criação de programas específicos para a saúde da mulher brasileira, ainda nos dias de hoje, o país se depara com um cenário conturbado perante aos altos índices de câncer no país. Assim posto, o Instituto Nacional do Câncer (INCA), estimou para o ano de 2014, 395.000 novos casos de câncer, entre esses, 190.000 acometerão mulheres, não considerando a neoplasia de pele não melanoma (BRASIL, 2014a).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), residia no Brasil em 2010 uma população de 190.732.694 brasileiros em todo o território nacional, destes, 97.342.162 eram mulheres, com idade média de 32,9 anos. Na ocasião, existiam 95,9 homens para cada 100 mulheres no país, então, o maior número da população brasileira era constituído por mulheres. Em relação à mortalidade da população brasileira, o IBGE refere que no ano de 2010 houve um total de 1.034.418 óbitos, sendo 591.252 de homens e 443.166 de mulheres (BRASIL, 2011).

Nesse contexto, observa-se que morrem mais homens que mulheres, porém, as mulheres adoecem mais frequentemente ao longo da vida, se comparadas aos homens. Essa situação decorre do fato de as mulheres estarem expostas a fatores que contribuem para o desenvolvimento de doenças como, más condições de

alimentação, ausência de lazer, má remuneração e péssimas condições de moradia, além da sobrecarga de trabalho, fruto da discriminação de gênero vivida por mulheres no país (BRASIL, 2004a).

É fato que, a mulher ainda é vista de forma submissa perante o homem, portanto, questões de gênero estão presentes na sociedade brasileira desde seu surgimento e permanecem até a atualidade, ainda que de modo velado (ARAÚJO; LOMBARDI, 2013).

Apesar do preconceito vivido pelas mulheres, observa-se na contemporaneidade a presença cada vez maior da mulher brasileira no mercado de trabalho, como resultante, essa conquista obrigou-a a manter uma tripla jornada de trabalho, ou seja, fora e dentro do ambiente domiciliar, além dos cuidados com a prole e com outros membros da família que necessitam de cuidados (DEDECCA; RIBEIRO, ISHII, 2009). Somado a isso, uma grande parte das mulheres ainda é submetida a péssimas condições de trabalho, muitas vezes, resta a elas apenas a oportunidade de serviços informais. Diante dessa problemática, os direitos trabalhistas dessas mulheres não são garantidos, quando não, muitas recebem salário inferior aos dos homens que exercem o mesmo cargo ou função no trabalho (ARAÚJO; LOMBARDI, 2013; DEDECCA; RIBEIRO; ISHII, 2009).

Considerando os altos índices de câncer e a vulnerabilidade das mulheres no que se refere às questões de gênero, e o papel e a importância que elas representam na sociedade brasileira como cidadãs, trabalhadoras e cuidadoras, é válido considerar a relevância de estudos a cerca de aspectos que envolvam essa população. Desse modo, se faz pertinente estabelecer medidas adequadas de assistência a essas mulheres na ocorrência de casos de câncer.

Nessa perspectiva, a enfermagem vem participando efetivamente de todas as iniciativas de controle do câncer e assumindo de forma consistente as ações de cuidado na administração das várias modalidades de tratamento da doença (BRASIL, 2008; SILVA; AGUILLAR, 2001).

1.1 O CÂNCER GINECOLÓGICO

O câncer ginecológico é a denominação atribuída à origem de neoplasias nos diversos órgãos do sistema reprodutor feminino, sendo estes tipos de cânceres o

CCU, câncer do corpo de útero, câncer de ovário, câncer de vulva, câncer de vagina, e câncer de tuba uterina (MORAES, 2007).

O câncer ginecológico é responsável por mais da metade das mortes por câncer entre mulheres no Brasil, sendo o CCU o mais incidente entre esses tipos de câncer, estando diretamente vinculado ao grau de desenvolvimento socioeconômico de um país. Logo, sua incidência é aproximadamente duas vezes maior em países menos desenvolvidos, se comparada à dos mais desenvolvidos, e conseqüentemente, quase 80% dos novos casos novos ocorrem nos países em desenvolvimento (BRASIL, 2014a).

1.1.1 O câncer Cérvico-uterino

De acordo com o INCA, foram estimados para o Brasil no ano de 2014, aproximadamente 15,33 casos de CCU para cada 100.000 mulheres (BRASIL, 2014a).

Os fatores de risco para o desenvolvimento do CCU são: a idade precoce na primeira relação sexual (idade menor que 16 anos); multiplicidade de parceiros ou único parceiro com muitas parceiras; baixa condição socioeconômica; história pregressa ou atual de DST (da mulher e de seu parceiro); má higiene genital, radiações ionizantes; multiparidade; obesidade, tabagismo; etilismo; alimentação pobre em alguns micronutrientes como a vitamina C, beta caroteno e folato; uso de anticoncepcionais orais; e a presença do Papilomavírus Humano (HPV) (ANJOS et al., 2010; GERK, 2002)

Em estudo realizado nas cidades de São Paulo e Campinas, os autores Rama et al. (2008) referem que a infecção pelo HPV de alto risco, que possui maior probabilidade de levar ao CCU, é mais prevalente em mulheres com idade próxima aos 25 anos havendo aumento após a idade de 55 anos, o que provavelmente está ligado ao fator hormonal. A pesquisa ainda menciona maior prevalência do HPV, em mulheres que possuíram vários parceiros durante a vida. Esses casos sugerem que os hábitos sexuais contribuem para a propagação de agentes sexualmente transmissíveis capazes de induzir ao desenvolvimento do câncer.

Em geral, após dois anos de vida sexualmente ativa, 50% das mulheres apresentam infecção genital causada pelo HPV. Ainda, o risco das mulheres

contraírem o HPV durante a vida é de 75% a 80%, e destas, 5% apresentam condilomas, 35% exames citológicos anormais, 25% neoplasia intraepitelial e menos de 1% carcinoma invasor, e a maioria das mulheres jovens apresenta infecção transitória (RAMA et al., 2008). Portanto, pode-se dizer que a contaminação pelo vírus não leva necessariamente ao desenvolvimento da neoplasia, porém é um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento desta doença.

Acredita-se que a vacina contra o HPV possa contribuir para a diminuição dos casos de CCU (ZARDO, 2014), porém, ela não protege contra todos os tipos de vírus do HPV (LARSSON et al., 2013). Além disso, pouco se sabe sobre os aspectos que envolvem a vacina contra o HPV, visto que ainda é desconhecida a periodicidade ou necessidade de aplicação do reforço vacinal (NADAL; MANZIONE, 2010), assim como os efeitos colaterais, pois embora alguns estudos mostrem que não são frequentes, ainda são necessários estudos adicionais sobre o tema (GONÇALVES et al., 2014; POMFRET; GAGNON; GILCHRIST, 2011).

O rastreio do CCU é uma conduta primordial adotada pelo Ministério da Saúde (MS) com vistas a identificar as lesões precursoras do CCU e evitar formas avançadas da doença. Segundo o MS, o exame preventivo do CCU, intitulado Papanicolaou, deve ser realizado por mulheres com idade entre 25 a 64 anos ou ao início da vida sexual com periodicidade anual ou a cada três anos, mediante a apresentação de dois resultados consecutivos negativos (BRASIL, 2013a).

Apesar do aumento da cobertura do exame preventivo do CCU, o índice de novos casos dessa doença ainda é alto no país, mostrando a baixa mobilização de mulheres quanto à importância do exame preventivo e sua periodicidade, além das desigualdades regionais quanto à disponibilização dos serviços de saúde e da falta de profissionais capacitados, situações que contribuem para essa incidência (ANDRADE, 2014).

1.1.2 O câncer do corpo do útero

O câncer do corpo do útero possui sua incidência ligada ao aumento da expectativa de vida da população. Anualmente cerca de 319.000 mulheres são acometidas pela doença em todo o mundo, e aproximadamente 76.000 destas vão a óbito (BRASIL, 2014a).

Existem vários tipos de câncer do corpo do útero, entre eles o câncer de endométrio e o sarcoma (RICCI, et al., 2008).

O câncer de endométrio é o tipo de câncer do corpo do útero mais comum, e a neoplasia de endométrio em sua maioria é classificada como hormônio dependente. Dessa forma, a alta exposição ao estrogênio está associada ao desenvolvimento da hiperplasia endometrial e, conseqüentemente à neoplasia de endométrio (RICCI et al., 2008).

Os principais fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de endométrio são a idade acima de 60 anos, obesidade, Terapia de Reposição Hormonal (TRH), nuliparidade, menarca precoce e menopausa tardia (BRASIL, 2014a). A presença de metrorragia após a menopausa merece considerável atenção, visto que, um terço das mulheres que apresentam a metrorragia é diagnosticado com câncer de endométrio. O diagnóstico pode ser feito através da histeroscopia com biópsia (RICCI et al., 2008).

De modo contrário ao câncer de endométrio, o sarcoma é um tipo de câncer ginecológico raro e geralmente apresenta caráter agressivo. Esse tipo de câncer é responsável por cerca de 2 a 5% das neoplasias do útero (MENEZES et al., 2010; SCHUNEMANN JUNIOR et al., 2012). Em meio aos principais tipos de sarcoma estão o carcinosarcoma, leiomiossarcoma, sarcoma do estroma endometrial e sarcoma indiferenciado (KOIVISTO KORANDER et al., 2011).

Entre os sinais e sintomas encontram-se o sangramento vaginal, dor pélvica e aumento do volume uterino (MENEZES et al., 2010).

Para a fundamentação diagnóstica podem ser utilizados o exame físico, exame ginecológico e biópsia, mas exames como o raio-X de tórax e tomografia de abdômen podem ser úteis na avaliação sistêmica (NUGENT et al., 2009).

1.1.3 O câncer de ovário

O câncer de ovário é de mais alta mortalidade entre os tumores ginecológicos e o sétimo mais incidente entre as regiões brasileiras, sendo que a região Sul registra a maior incidência da doença. Em todo o território nacional foi estimado para o ano de 2014, aproximadamente 5.680 casos novos dessa neoplasia (BRASIL, 2014a).

Entre os fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de ovário destacam-se a história familiar, idade entre 60 e 65 anos, mulheres com síndrome de câncer mama-ovário hereditária, síndrome de Lynch, mulheres que sofrem de endometriose, menarca precoce, menopausa tardia e as portadoras de mutações nos genes Breast Cancer susceptibility gene 1 (BRCA-1) e Breast Cancer susceptibility gene 2 (BRCA-2) (BRASIL, 2014a; JELOVAC; ARMSTRONG, 2011).

Como medida profilática, a ooforectomia tem sido utilizada como estratégia para a redução do câncer de ovário em mulheres que apresentam histórico familiar da doença ou fatores de risco importantes para seu desenvolvimento, tais como a presença dos genes BRCA-1 e BRCA-2. No entanto, esse procedimento deve ser adotado com cautela, já que a ooforectomia leva a ações desagradáveis como resposta a diminuição da produção dos hormônios ovarianos (ALDRIGHI, 2009; LIMA et al., 2009). A ooforectomia também é usada como um dos diversos métodos de tratamento dessa neoplasia, porém, é pertinente referir que a adoção desse procedimento pode não assegurar a cura do paciente, uma vez que pode haver a adesão de células tumorais provenientes do ovário no mesotélio peritoneal, que por sua vez apontam para piores prognósticos (IP et al., 2014).

A respeito do diagnóstico, este muitas vezes é feito já em estágio avançado, dado que, a doença é de difícil diagnóstico tanto por não existir um método diagnóstico preciso quanto pela variedade de sintomas inespecíficos, tais como, dor abdominal e/ou pélvica, presença de massa abdominal palpável, distensão do abdômen, constipação, flatulência e ascite que pode ou não estar acompanhada de dispneia (EITAN, 2005; HALBE, 1987; LUIZ et al. 2009; REIS, 2005).

Ainda, para o auxílio diagnóstico da doença, podem ser utilizadas entre outros exames, a análise laboratorial do marcador tumoral CA-125, a ultrassonografia transvaginal e a laparotomia exploradora, esta última também se faz importante para a terapêutica, mesmo em casos mais avançados (JELOVAC; ARMSTRONG, 2011).

1.1.4 O câncer de vulva

A crescente incidência do câncer vulvar, na última década, especialmente em mulheres jovens estimulou o interesse de estudiosos pela Neoplasia Intraepitelial Vulvar (NIV) (WALLBILLICH et al., 2012).

A NIV é um dos fatores de risco para o desenvolvimento do câncer vulvar, e é descrita como uma displasia moderada e acentuada (BASTOS, 2006) que em muitos casos está associada à contaminação pelo HPV (INSINGA et al., 2008). A NIV é classificada como NIV I quando atinge o terço inferior do epitélio, NIV II quando acomete toda a espessura do epitélio e o NIV III que se caracteriza por ser a lesão precursora do carcinoma vulvar (BASTOS, 2006).

Entre os outros fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de vulva estão o tabagismo, o líquem escleroso, a história pregressa de cânceres genitais e o HPV. Assim, o câncer de vulva possui ligação com a contaminação pelo HPV, uma vez que este se encontra relacionado ao desenvolvimento da NIV (BRAGAGNOLO; ELI; HAAS, 2010; PINTO, 2002; TAVARES et al., 2012).

Os sintomas da neoplasia vulvar podem se apresentar como prurido, secreção, dor, disúria, dispareunia e tumor, que pode apresentar sangramento (HALBE, 1987).

O exame físico geral, ginecológico e toque retal, são usados para o auxílio diagnóstico. A biópsia também se faz importante para a confirmação diagnóstica (RICCI; PIATO; PIATO, 2008).

1.1.5 O câncer de vagina

A neoplasia primária da vagina é rara e tem como um dos principais fatores de risco a multiplicidade de parceiros sexuais, em consequência da ligação entre a contaminação pelo vírus HPV e o desenvolvimento do câncer de vagina (DI DONATO et al., 2012; LARSSON et al., 2013; LI et al., 2012). Deste modo, presume-se que a vacinação, assim como visto em alguns tipos de câncer do trato genital, pode contribuir para a prevenção desse tipo de câncer (LARSSON et al., 2013).

Desta forma, o desenvolvimento tumoral associado ao HPV não se atribui apenas ao CCU, mas sim a um grande espectro de doenças do trato genital feminino, assim como o câncer de vagina.

O câncer de vagina é de difícil diagnóstico e geralmente não apresenta sintomas característicos. O exame físico geral, o exame ginecológico e a colposcopia, são utilizados para auxiliar o diagnóstico da doença e a biópsia pode confirmá-lo (MORAES, 2007).

1.1.6 O câncer de tuba uterina

O câncer de tuba uterina é pouco frequente, por isso pouco se sabe sobre seu histórico (MENEZES et al., 2010; VELISCU et al., 2013). Acredita-se que a mutação dos genes BRCA-1 e BRCA-2 tenha relação com o desenvolvimento da doença (STEWART et al., 2007).

Em sua maioria, esses tumores são consequências metastáticas, e podem surgir de forma unilateral ou bilateral (MENEZES et al., 2010).

A incidência do câncer de tuba uterina é mais frequente em mulheres de aproximadamente 55 anos, que podem apresentar sobrevida de mais ou menos cinco anos. (MENEZES et al., 2010).

Em relação aos sinais e sintomas, a mulher pode apresentar corrimento aquoso, sangramento vaginal, além de dor e presença de massa palpável na região pélvica (BORONOW, 2008; MENEZES et al., 2010).

O diagnóstico dessa neoplasia se baseia na laparotomia exploradora e na biópsia confirmatória, entre outros exames (MENEZES et al., 2010; SOUSA et al., 2010).

É pertinente ressaltar que o câncer de tuba é de difícil diagnóstico durante o pré-operatório e muitas vezes, é confundido com o câncer de ovário. Por essa razão, a laparotomia exploradora é muito utilizada (VELISCU et al., 2013).

1.2 O CÂNCER DE MAMA

Com exceção do câncer de pele não melanoma, o câncer de mama se caracteriza como a neoplasia de maior incidência e mortalidade entre as mulheres no Brasil, onde foram estimados para o ano de 2014, 57.120 casos novos da doença no país (BRASIL, 2014a).

O desenvolvimento desse tipo de neoplasia está ligado a diversos fatores, entre eles destacam-se a idade acima dos 40 anos, nuliparidade, primiparidade acima dos 30 anos, uso de anticoncepcionais orais, menarca precoce, menopausa tardia, história familiar de câncer de mama, exposição à radiação ionizante, urbanização, condição socioeconômica elevada e presença de mutação dos genes BRCA-1 e BRCA-2 (BRASIL, 2014a). Entretanto, sabe-se hoje que alguns fatores

podem agir como protetores contra o desenvolvimento desse tipo de câncer, tais como a lactação, a atividade física, a dieta pobre em gorduras, principalmente no período pós-menopausa e o não consumo de bebidas alcoólicas (INUMARU; SILVEIRA; NAVES, 2011).

Ao se tratar do câncer de mama é válido ressaltar que existe uma diversidade histológica, entre as quais se encontra a doença de Paget da mama.

A doença de Paget mamária se desenvolve no epitélio glandular na papila mamária e se caracteriza pela presença de lesão eritematosa e descamativa neste local. Sua incidência é de aproximadamente 0,5 a 4,3% em relação a todos os casos de câncer de mama com maior frequência entre mulheres com idade de 60 a 70 anos (LAGE, 2010; SIMÕES; BARROS, 2007).

O MS preconiza medidas para a detecção precoce do câncer de mama. Tais medidas consistem no exame clínico das mamas (ECM), no exame de mamografia e na palpação ocasional das mamas (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2013a).

Visto que pesquisas mostraram a pouca efetividade do autoexame das mamas em relação à mortalidade pela doença, o MS passou a seguir nova estratégia, já adotada em outros países, conhecida como “breast awareness”. Esta expressão remete a estar alerta para a saúde das mamas. Essa recomendação descarta a técnica e periodicidade do autoexame, sugerindo a realização do autoexame das mamas independente dessas medidas. Portanto, sua prática é feita de forma ocasional (BRASIL, 2013a; THORNTON; PILLARISSETTI, 2008).

Em relação ao ECM, o MS refere que este deve ser realizado pelo médico e/ou enfermeiro, anualmente em mulheres de 40 a 49 anos. Em casos de detecção de alterações durante o ECM deve ser solicitada a mamografia. O acompanhamento profissional unido ao exame de mamografia deve ser feito a cada dois anos por mulheres de 50 a 69 anos e acima de 35 anos quando existir fator de risco considerável para o desenvolvimento da doença (BRASIL, 2004b, 2014a, 2013a). Entretanto, o exame de mamografia pode ser oferecido às mulheres a partir de 40 anos em regiões onde há disponibilidade de recursos para a realização desse exame, uma vez que a incidência do câncer de mama já se mostra significativo entre essa faixa etária (LEITE et al. 2011).

Todavia, é fato que mesmo com a expansão do acesso ao exame de mamografia nos últimos anos, a disponibilidade do serviço no país continua sendo

um grande problema de saúde pública. Como resultado, muitas mulheres ainda têm dificuldade para ser atendidas no serviço público de saúde. Essa problemática é uma realidade em muitas regiões do país, o que contribui para os altos índices de mortalidade causados por essa neoplasia (OLIVEIRA, 2011; SILVA, et al. 2011).

A ultrassonografia, a mamografia, a punção aspirativa por agulha fina ou grossa e a biópsia cirúrgica convencional são utilizadas como medidas para auxiliar o diagnóstico (BRASIL, 2004b).

1.3 DOENÇA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL

A doença trofoblástica gestacional (DTG) tem início no trofoblasto placentário e seu desenvolvimento pode causar dores abdominais, sangramento, crescimento desproporcional do útero, anemia e aborto espontâneo (PIATO; RICCI; PIATO, 2008).

A DTG inclui várias patologias, a forma não-maligna, engloba a mola hidatiforme (MH) e, a maligna inclui a neoplasia trofoblástica gestacional. Esta, por sua vez, se divide em mola invasora, coriocarcinoma e tumor trofoblástico do sítio placentário (GARNER et al., 2007; MAESTÁ; BRAGA, 2012).

A MH apresenta como importante fator de risco a desnutrição, visto vez que em regiões mais pobres há maior incidência da doença (MORAES, 2007).

O diagnóstico da MH é feito pelo exame de ultrassonografia e o exame histológico, entre outros (DHANDA; RAMANI; THAKUR, 2014; SHARIF et al., 2014). O exame com ultrassom permite o diagnóstico precoce dessa doença (SHARIF et al., 2014), e o exame histológico pode ser útil para a confirmação da doença em casos de aborto ou gestação anembrionada (DHANDA; RAMANI; THAKUR, 2014).

O diagnóstico da MH antes de dez a doze semanas de gestação é fundamental para a prevenção de complicações (MAESTÁ; BRAGA, 2012). Entre as possíveis complicações apresentadas pela MH estão a anemia causada por sangramento uterino, a hiperemese e a embolia pulmonar por fragmentos do tecido trofoblástico, sendo este um evento importante para a causa de óbito entre as portadoras da doença (PIATO; RICCI; PIATO, 2008).

O exame laboratorial do Human Chorionic Gonadotropin (β ETA-HCG) é essencial para o diagnóstico da doença. Assim, o β ETA-HCG é um marcador

biológico de destaque para a identificação do desenvolvimento da MH, uma vez que, o trofoblasto secreta gonadotrofina coriônica humana (HCG). Sendo possível o diagnóstico da doença e o acompanhamento da evolução da MH, facilitando a monitorização da resposta ao tratamento aplicado (SECKL; SEBIRE; BERKOWITZ, 2010).

1.4 O TRATAMENTO DOS CÂNCERES GINECOLÓGICO E DE MAMA E DA DOENÇA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL

As várias modalidades de tratamento oncológico podem ser divididas em tratamento cirúrgico, radioterapia e tratamento clínico, que engloba a hormonioterapia, imunoterapia, bloqueadores enzimáticos, terapias-alvo e uso da quimioterapia.

O tratamento cirúrgico é a extração de tumores sólidos assim como de suas regiões adjacentes, visando impedir sua propagação regional (BRASIL, 2008). Tem como objetivo a cura ou ser um método paliativo, tendo como finalidade a redução da população de células tumorais, facilitando assim a ação de outras formas de tratamento ou controlando sintomas que comprometem a qualidade de vida do paciente (FORONES, 2005).

A radioterapia é uma modalidade terapêutica que utiliza radiações eletromagnéticas, cujo objetivo é alterar ou danificar a molécula de DNA ou, ainda ocasionar a degeneração e a morte das células tumorais (BRASIL, 2014b).

A imunoterapia antineoplásica é baseada no controle e utilização da resposta imune por meio dos anticorpos monoclonais, a partir do desencadeamento de resposta imune causada pela presença de antígenos tumorais. Novas descobertas entre a relação do sistema imune e o câncer levam cada vez mais a criação de medicamentos mais eficientes e capazes de atuar de forma positiva no controle de diversos tipos de tumores, aumentando a sobrevivência de pacientes com tumores mais avançados (KIRKWOOD et al., 2012).

Os bloqueadores enzimáticos conseguem atuar dificultando a duplicação do DNA da célula neoplásica (FORONES, 2005).

Os hormônios e antagonistas hormonais são usados com o objetivo de deter o crescimento tumoral. Os mais utilizados são dietilestilbestrol (estrogênio),

tamoxifeno (modulador seletivo de receptores de estrogênio), megestrol (progestogênio), dexametasona e prednisona (adrenocortocosteróide), anastrozol (inibidor da aromatase) (BONASSA, 2012).

Terapias-alvo são uma nova opção de tratamento centrada na ação antitumoral seletiva que proporciona menor toxicidade ao longo do tratamento (BAYOUDH et al., 2011). Entre os medicamentos que compõem as terapias-alvo, o trastuzumabe se destaca como um anticorpo monoclonal humanizado que apresenta resultados relevantes a alguns tipos de câncer (GIANNI et al., 2014), e em particular aos casos de câncer de mama que apresentam o gene HER-2 positivo, já que atuam na supressão desses genes, que por sua vez, participam do processo de divisão celular. Apesar dos benefícios clínicos encontrados no uso do tratamento com o trastuzumabe, é válido ressaltar que alguns pacientes podem apresentar resistência a essa medicação (GAJRIA; CHANDARLAPATY, 2011).

A quimioterapia é usada de forma sistêmica atacando de modo indiscriminado o processo de crescimento e divisão celular por meio do uso de agentes químicos, podendo ser utilizada de forma isolada ou combinada, objetivando o tratamento do tumor (BONASSA, 2012).

1.4.1 Quimioterapia

Os quimioterápicos são agentes químicos capazes de interferir nas funções celulares. Estes são chamados de agente ciclo celular específico quando atuam de forma específica em uma determinada fase do ciclo celular e denominados não específicos quando não atuam exclusivamente em uma fase desse ciclo. Seu uso é geralmente alternado com intervalos entre as doses, que são administradas conforme cálculo baseado na superfície corporal dos pacientes (BONASSA, 2012; BRASIL, 2008, 2013a).

A administração da quimioterapia pode dar-se de forma adjuvante ou neoadjuvante. A quimioterapia adjuvante é definida pelo uso do quimioterápico posteriormente ao principal tratamento, favorecendo o combate de metástases existentes e possivelmente existentes. A quimioterapia neoadjuvante é caracterizada por sua administração antes do tratamento principal, sendo comumente usada para a diminuição do crescimento do tumor (BRASIL, 2008).

Os quimioterápicos são subdivididos em relação a sua estrutura bioquímica e origem biológica, podendo ser classificados como:

- agentes alquilantes: interferem na ligação cruzada dos filamentos de DNA, interferindo na sua replicação;
- antimetabólicos: agem de diversas formas na fase S do ciclo celular, impedindo a formação do DNA a partir da inibição de enzimas ou colocando-se entre as cadeias de RNA e DNA causando a transmissão de mensagens errôneas;
- derivados de plantas: substâncias extraídas de plantas, que podem ser naturais, semissintética ou sintética;
- miscelânea: consiste em um grupo de antineoplásicos com diferentes mecanismos de ação e toxicidade;
- agentes hormonais: usados para neoplasias hormônio dependentes e responsáveis por deter o crescimento da neoplasia, inibindo a produção dos hormônios naturais;
- antibióticos antitumorais: impedem a duplicação e separação das cadeias de RNA e DNA (BONASSA, 2012; BRASIL, 2008; MORAES, 2007).

Entre os determinantes para a escolha do protocolo de quimioterapia estão a localização da neoplasia, o diagnóstico histológico, o estadiamento e disseminação da doença, a toxicidade do quimioterápico, a duração prevista para a terapêutica e a condição clínica apresentada pelo paciente. Para a avaliação da continuidade de utilização da droga de escolha, são utilizados alguns critérios, que consistem na melhora subjetiva e objetiva do quadro apresentado pelo paciente, no prolongamento da vida deste e na capacidade funcional (CF) apresentada por ele (BRASIL, 2008; KARNOFSKY; BURCHENAL, 1949 apud SCHAG; HEINRICH; GANZ, 1985).

1.5 OS EFEITOS COLATERAIS CAUSADOS PELO TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO

A quimioterapia pode causar toxicidade mesmo em pequenas doses, levando a alterações na CF e na qualidade de vida dos pacientes submetidos a essa terapêutica. Como consequência, em alguns casos, pode haver a interrupção do

tratamento proposto. A toxicidade pode se manifestar logo em seguida ao início do tratamento, após semanas ou até meses depois do fim do tratamento (ROQUE, FORONES, 2006).

Ao se tratar das toxicidades resultantes da quimioterapia antineoplásica, podem ocorrer, hematotoxicidade, cardiotoxicidade, neurotoxicidade, nefrotoxicidade, hepatotoxicidade, pneumotoxicidade, toxicidade dermatológica, disfunção reprodutiva e alterações metabólicas (BONASSA, 2012).

Os quimioterápicos, em sua maioria, provocam graus variáveis de depressão da medula óssea e, conseqüentemente, a toxicidade hematológica. As células pluripotenciais da medula óssea são de renovação rápida, portanto muito susceptíveis à ação dos agentes antineoplásicos, podendo provocar neutropenia, leucopenia, trombocitopenia e anemia (BONASSA, 2012; SILVA; AGUIAR, 2001). A ocorrência da toxicidade hematológica pode ser agravada pelo tipo de agente quimioterápico, a dose utilizada, a idade do paciente, o estado funcional deste e a quantidade de aplicações de quimioterapia determinadas para o tratamento. (POZER et al., 2012)

A neutropenia é definida como a diminuição dos neutrófilos a níveis menores que 1.500 a $2.000/\text{mm}^3$. Um estudo que analisou a ocorrência de neutropenia induzida pela quimioterapia em mulheres, observou que na maioria das vezes este efeito colateral se inicia no segundo ciclo e se mantém ao longo do tratamento como um sintoma persistente, levantando a discussão sobre a relevância do seu controle e manejo (GOZZO, 2011; SILVA; AGUILLAR, 2001).

A leucopenia é definida como a contagem de leucócitos abaixo de 3.000 a $4.000/\text{mm}^3$ (SILVA; AGUILLAR, 2001), e está relacionada ao aumento dos quadros infecciosos graves (BONASSA, 2012).

A trombocitopenia é caracterizada pela diminuição do número de plaquetas a níveis inferiores a $150.000/\text{mm}^3$. A ocorrência desse sintoma pode demandar o ajuste ou adiamento do uso da droga. A diminuição dos níveis de plaqueta em valores iguais ou inferiores a $20.000/\text{mm}$ estão associados a risco de hemorragias cerebrais e gastrointestinais (BONASSA, 2012).

Assim como a neutropenia, a leucopenia e a trombocitopenia, a anemia com hemoglobina abaixo de 10 g/dl é um dos determinantes para a interrupção ou mudança de estratégia terapêutica. No entanto, a interrupção do tratamento em

consequência da anemia é infrequente, uma vez que a associação de suplementação de ferro e a transfusão de concentrado de hemácias contribuem para a manutenção dos níveis viáveis de hemoglobina no sangue, necessários para a continuidade do tratamento quimioterápico (BRASIL, 2008; SILVA; AGUILLAR, 2001). A anemia também é uma das importantes causas da fadiga, um sintoma fortemente associado à quimioterapia, pois está presente em cerca de 50 a 90% dos pacientes em tratamento quimioterápico, o que contribui para a diminuição da CF desses pacientes (CAMPOS et al., 2011).

Em relação à cardiotoxicidade esta pode ser aguda, transitória ou tardia. Entre os fatores de risco que levam à toxicidade cardíaca estão a disfunção ventricular esquerda, história pregressa de hipertensão arterial, o índice de massa corpórea acima de 25 e a idade avançada. Suas principais complicações são a isquemia miocárdica, arritmia, hipertensão arterial e tromboembolismo. Diante disso, se faz necessário estabelecer a monitoração cardíaca desses pacientes, a fim de detectar possíveis complicações cardíacas de forma precoce para intervenções cabíveis (ADÃO et al., 2013; KALIL FILHO et al., 2011).

Ao se tratar da toxicidade neurológica, pode-se dizer que esta na maioria das vezes, é reversível e revertida após a interrupção do tratamento. Entre os sinais e sintomas encontram-se alterações mentais, convulsões e ataxia cerebral (BRASIL, 2008).

A toxicidade conhecida como nefrotoxicidade pode ser causada pela passagem de quimioterápicos pelo epitélio renal, levando a um intenso processo inflamatório e alterando o funcionamento das células no local. Esse evento traz grande prejuízo para o funcionamento renal, podendo resultar na necrose dos túbulos distais e ductos coletores renais (PERES; CUNHA JUNIOR, 2013).

A hepatotoxicidade, é caracterizada pelo aumento transitório da transaminase, assim, um quadro de fibrose portal pode evoluir para cirrose e posteriormente para falência hepática (HALBE, 1987).

No que tange à toxicidade pulmonar, pode se dizer que este efeito colateral é considerado fatal, porém incomum, apresentando como alguns dos sinais e sintomas a tosse não produtiva, dispneia, taquipneia, estertores pulmonares e expansão torácica incompleta (BRASIL, 2008).

A respeito da toxicidade dermatológica é pertinente esclarecer que esta pode manifestar-se através da urticária, foliculite, hiperpigmentação, eritema, fotossensibilidade, alterações ungueais, eritema e alopecia, sendo que, geralmente resolvem-se espontaneamente após algumas semanas do término do tratamento, comportando-se como dose-dependentes (DONATI; CASTRO, 2011).

O tratamento quimioterápico pode causar ainda a oligoespermia e irregularidade do ciclo menstrual, provocando disfunção sexual e podendo levar à infertilidade. Além disso, a terapêutica pode ocasionar alterações metabólicas levando a hipocalcemia, hipercalcemia, hipoglicemia, hiperglicemia, hiponatremia, hipomagnesemia e hiperuricemia (BRASIL, 2008).

Vale ressaltar que, alterações gastrointestinais também são frequentes no uso da quimioterapia, podendo causar diarreia, constipação, má absorção intestinal, anorexia, náuseas, vômitos e mucosite. Os sintomas gastrointestinais provocam perda de peso e desnutrição, afetando o estado físico geral dos pacientes com perda do compartimento muscular e tecido adiposo (BONASSA, 2012; MIRANDA et al., 2013).

1.6 AS COMPLICAÇÕES CONSEQUENTES À ADMINISTRAÇÃO DE QUIMIOTERÁPICOS

Durante a administração dos quimioterápicos pode haver complicações como flebite, anafilaxia e extravasamento da droga para fora do acesso venoso.

Ao longo do tratamento quimioterápico, muitos procedimentos terapêuticos se dão através da infusão do quimioterápico em via endovenosa. Desta forma os pacientes que recebem essa terapêutica podem estar expostos ao desenvolvimento de flebites. Ferreira, Pedreira e Diccini (2007) associaram a incidência de flebite ao tempo de permanência do acesso venoso no paciente. O estudo mostrou associação entre a flebite e a permanência do cateter por tempo superior a 72 horas. Outro estudo desenvolvido por Soares, Almeida e Gozzo (2012) revelou que entre o início e o final do tratamento quimioterápico há uma grande alteração da rede venosa, tornando a punção do acesso venoso mais complexo. Com isso, é fundamental estabelecer protocolos para esses procedimentos, tais como a escolha

do acesso venoso e os materiais a serem utilizados no procedimento, objetivando a prevenção dessas complicações.

A anafilaxia é uma complicação grave que pode causar o óbito do paciente. A ocorrência desse evento se dá pela ação de anticorpos que ativam mastócitos e basófilos levando à liberação de histamina e outros agentes inclusos nesse processo. Os medicamentos são frequentemente relatados na literatura médica como desencadeadores dessas reações (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALERGIA E IMUNOPATOLOGIA, 2013). Em relação aos quimioterápicos, as reações alérgicas sistêmicas podem ocorrer na primeira dose ou em doses subsequentes, uma vez que pode haver a hipersensibilidade apresentada pelo paciente após o contato com o quimioterápico (SILVA; AGUILLAR, 2001).

A investigação de sinais e sintomas é necessária para confirmar a suspeita diagnóstica de anafilaxia e a identificação do agente causador é um fato importante para a prevenção de novos episódios. Exames complementares devem estar baseados na história clínica (ASSOCIACAO BRASILEIRA DE ALERGIA E IMUNOPATOLOGIA, 2013). Assim, a anafilaxia deve ser rapidamente diagnosticada através da avaliação clínica, visando ao controle da reação alérgica e à prevenção de novos episódios.

Ao apresentar uma reação alérgica sistêmica o paciente pode manifestar sinais como agitação, edema facial, prurido, eritema cutâneo, tontura, tremores, constricção do tórax, constricção de laringe e cianose (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALERGIA E IMUNOPATOLOGIA, 2013; SILVA; AGUILLAR, 2001).

O contato do quimioterápico com o tecido cutâneo e estruturas adjacentes, provocado pelo extravasamento da droga para fora do vaso sanguíneo causa complicações; estas por sua vez, dependem da capacidade vesicante ou irritante da droga. Ao se tratar de quimioterápicos irritantes, o extravasamento do quimioterápico pode provocar inflamação, eritema, ulceração e dor no local do extravasamento. Em relação aos quimioterápicos vesicantes, pode haver necrose, perda tecidual e lesão de estruturas no local atingido, logo, esse evento é uma complicação severa (MORAES, 2007).

São sinais de extravasamento da droga: a redução ou parada do gotejamento da medicação, resistência à infusão, queixa de dores caracterizadas por sensação de queimação ou agulhadas e sinais e sintomas como edema, eritema e diminuição

ou interrupção do retorno venoso (MORAES, 2007). Contudo, mediante o extravasamento da droga são necessários, entre outras medidas, a interrupção imediata da infusão e o início de medidas protocoladas pela instituição. Além disso, tais protocolos devem abranger desde procedimentos para a melhor escolha da punção venosa até a assistência de enfermagem adequada diante das complicações causadas pelo extravasamento da droga quimioterápica (SOARES; ALMEIDA; GOZZO, 2012).

1.7 AÇÕES DE ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE EM USO DO TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO

Desde 1922 o enfermeiro se mostra presente na história do combate ao câncer, dado que, nesta data já existiam projetos que incluíam o profissional de enfermagem no acompanhamento e orientação domiciliar dos pacientes oncológicos. Com o avanço da ciência e as diversas possibilidades terapêuticas, o enfermeiro está cada vez mais presente no cenário de assistência aos pacientes diagnosticados com câncer (SOUZA; ALMEIDA FILHO, 2010).

Desta forma, o enfermeiro deve garantir suporte assistencial apropriado ao paciente, contribuindo para que este possa apresentar condições favoráveis para a continuidade do tratamento.

Assim, o enfermeiro desenvolve um papel amplo e complexo na área oncológica, devendo proceder à aplicação prática da sistematização da assistência de enfermagem (SAE), identificando as necessidades afetadas do paciente oncológico e atuando para a elaboração de planos assistenciais que possam contribuir para a sua saúde e qualidade de vida. Para isso, cabe ao profissional de enfermagem o aperfeiçoamento do conhecimento a cerca da SAE, garantindo uma assistência holística ao paciente. Nesse cenário, é preciso também o apoio das instituições à capacitação profissional para a SAE, com a contribuição institucional para a implantação desse sistema nos locais de referência ao tratamento oncológico (SILVA; MOREIRA, 2011).

Desse modo, o enfermeiro deve ficar atento à escuta qualificada das queixas expostas pelo paciente, à avaliação física e emocional deste, entre outros cuidados, além de providenciar o seu encaminhamento para a equipe multidisciplinar, quando

necessário. São relevantes ainda as atividades como a coleta e leitura de exames laboratoriais e a assistência direta ao paciente durante a administração do quimioterápico (BRASIL, 2008).

A avaliação da CF também deve ser considerada, já que, se faz necessário garantir a segurança do paciente durante a administração da quimioterapia (BRASIL, 2008). Além disso, os efeitos colaterais devem ser rigorosamente acompanhados por meio de exames, manifestações e relatos expressados pelo próprio paciente. A partir disso, torna-se possível o estabelecimento de medidas que possam contribuir para o acompanhamento, controle, ou minimização de tais efeitos, proporcionando assim mais conforto e segurança ao paciente (BONASSA, 2012). Essas medidas são muitas vezes importantes ferramentas na prevenção de sequelas e complicações decorrentes do tratamento quimioterápico.

Diante disso, é fundamental que o enfermeiro tenha conhecimento sobre os aspectos que cercam essa terapêutica, para que esteja apto a adotar condutas adequadas ao processo que envolve a administração do quimioterápico, os efeitos colaterais apresentados por ele, e as possíveis intercorrências e emergências oncológicas, não expondo o paciente a riscos mais graves (BRASIL, 2008; SILVA; AGUILLAR, 2001).

As discussões sobre o caso apresentado pelo paciente e as melhores alternativas de assistência e avaliação do cuidado, devem estar presentes na atuação assistencial de enfermagem em conjunto com ações de educação em saúde que contribuam para a inserção do paciente e de sua família no cuidado domiciliar (SANTOS et al., 2013).

A assistência de enfermagem não se restringe ao extremo entre profissional e paciente, ela estende ao âmbito domiciliar e familiar, visando um cuidado individual, holístico e de qualidade, que seja capaz de valorizar aspectos culturais e individuais de cada paciente (SOARES; KLERING; SCHWARTZ, 2009).

1.8 A CAPACIDADE FUNCIONAL E A QUALIDADE DE VIDA

Segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF), a funcionalidade é a capacidade que o indivíduo pode apresentar para a execução de atividades diárias (FARIAS; BUCHALLA, 2005). A capacidade para desenvolver

atividades diárias é um indicador do estado de saúde da população, merecendo a devida investigação por ser relevante para a identificação do impacto de uma doença sobre a vida cotidiana de um indivíduo (WHO, 1996).

Os autores Alves et al. (2007) apontam alguns aspectos que podem influenciar a CF de um indivíduo: idade, sexo, contexto familiar, escolaridade e fatores sociodemográficos.

O agravamento do estado geral do paciente durante a quimioterapia se dá em detrimento da CF apresentadas por ele, entre outros aspectos.

Deste modo, a evolução do diagnóstico de câncer, somada aos efeitos colaterais do tratamento quimioterápico pode repercutir negativamente no bem-estar e na CF do paciente. Neste contexto, é válido ressaltar que, a CF exerce influência direta sobre a qualidade de vida do indivíduo, dado que, o déficit da capacidade de realizar atividades cotidianas leva a dependência física, afetando negativamente a rotina diária do indivíduo e conseqüentemente a sua qualidade de vida (MARTINS et al., 2009).

Diante disso, tem-se observado nos últimos anos o crescente amadurecimento conceitual do termo qualidade de vida referente a aspectos sociais, ambientais, familiares e físicos, entre outros (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Assim, a qualidade de vida envolve aspectos fundamentais para a vivência humana, estando ligada a liberdade, solidariedade, felicidade, realização pessoal, inserção social, e ao bem-estar físico. A qualidade de vida engloba ainda aspectos sociais, amorosos, ambientais, familiares e estéticos, além de valores pessoais, conhecimentos e experiências (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Tal conceito tem estimulado pesquisas na área da saúde e mostrado grande importância para as práticas clínicas nesta área (MONTEIRO, 2010).

A necessidade de conhecer os aspectos que envolvem o processo do adoecimento e tratamento é cada vez mais relevante para a garantia e manutenção da qualidade de vida em tempos em que os avanços científicos em saúde proporcionaram o aumento da perspectiva de vida.

A abordagem da qualidade de vida tem ganhado cada vez mais destaque na área oncológica, uma vez que esses pacientes passam por longos e diversos tratamentos, havendo então grande impacto em sua qualidade de vida (FERNANDES; KIMURA, 2010).

Com isso, a avaliação da CF em mulheres diagnosticadas com câncer ginecológico, câncer de mama e DTG é de suma importância para a averiguação do impacto da doença e do tratamento quimioterápico na qualidade de vida dessas mulheres.

1.9 A MENSURAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL

Na perspectiva de se quantificar a funcionalidade de pacientes, vem se observando a crescente utilização e elaboração de instrumentos de avaliação que possam mensurar aspectos referentes à CF. Os instrumentos usados para a mensuração da CF podem ser elaborados de forma genérica, não se restringindo a uma determinada patologia, ou específica, abordando um determinado agravo (BONASSA, 2012; MYNAIO; HARTZ; BUSS, 2000).

Para mensurar a CF podem ser usados inúmeros instrumentos, dentre eles a Escala de Lawton, a Performance de Zubrod ou Escala de Desempenho ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) e o índice de Karnofsky (BONASSA, 2012; LAWTON, BRODY, 1969).

A Escala de Lawton foi criada em 1969 por Lawton e Brody com o objetivo de avaliar as atividades instrumentais da vida diária na população idosa (LAWTON; BRODY, 1969).

A Escala de Zubrod e o índice de Karnofsky são os instrumentos mais utilizados para a avaliação de pacientes oncológicos e representam uma importante ferramenta no trabalho da enfermagem na área oncológica, servindo como norteadores da assistência e atuando como avaliadores da resposta ao tratamento contra o câncer. Ambos são instrumentos essenciais para a avaliação de atividade física, sintomas de doença e grau de assistência necessária, além de tolerância e resposta ao tratamento, contribuindo assim para a terapêutica empregada (BONASSA, 2012).

A Escala de Zubrod é um instrumento recente e de fácil memorização, por isso, é muito usado na pesquisa clínica e na avaliação da resposta ao tratamento aplicado. Este instrumento estabelece uma escala de 0 a 4, onde 0 representa a normalidade das funções e 4 é atribuído ao paciente moribundo (BONASSA, 2012).

Comparado à Escala de Zubrod, o índice de Karnofsky, é um instrumento mais completo que descreve de forma crescente aspectos sobre atividades e independência através de uma escala de valores, onde esses variam de 0 que indica a morte até 100 que sugere a normalidade do desempenho físico (BONASSA, 2012).

O índice de Karnofsky tem sido usada para a avaliação da CF não apenas de pacientes oncológicos em uso de quimioterápicos, mas também em portadores de outras patologias, embora tenha sido desenvolvida especificamente para a avaliação da CF durante o tratamento quimioterápico (BONASSA, 2012; SCHAG; HEINRICH; GANZ, 1985).

O índice de Karnofsky é de fácil aplicação, não necessitando de prévio treinamento. De acordo com o estudo desenvolvido por Schag, Heinrich e Ganz (1985) que avaliaram a confiabilidade do instrumento, foi observado que este possui confiabilidade em relação a sua aplicação em pacientes oncológicos. Entretanto, em razão da ausência de diretrizes que norteiem seu uso, os autores propuseram alguns questionamentos que, com outros dados clínicos podem melhor conduzir a determinação do desempenho funcional apresentado pelo paciente. As perguntas propostas são referentes a perda ou ganho de peso, redução da energia ou aumento da fadiga, presença de dificuldade para atividades como tomar banho sozinho, andar e trabalhar.

Contudo, o índice de Karnofsky é um instrumento desenvolvido para avaliação do desempenho físico do paciente a partir da percepção do profissional, contribuindo para administração do quimioterápico de forma segura (GRINCENKOV et al., 2011; SILVA; AGUILLAR, 2001).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a capacidade funcional em mulheres diagnosticadas com câncer ginecológico, câncer de mama e doença trofoblástica gestacional durante o tratamento quimioterápico no serviço de onco-ginecologia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (SGO/HC/UFTM).

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1 Descrever aspectos do perfil sociodemográfico e clínico de mulheres diagnosticadas com câncer ginecológico, câncer de mama e doença trofoblástica gestacional, durante o tratamento quimioterápico.

2 Verificar a capacidade funcional de pacientes portadoras de câncer ginecológico, câncer de mama e doença trofoblástica gestacional, ao longo do tratamento quimioterápico.

3 Avaliar a influência de aspectos sociodemográficos e clínicos na capacidade funcional de mulheres portadoras de câncer ginecológico, câncer de mama e doença trofoblástica gestacional durante o tratamento quimioterápico.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 DESENHO DO ESTUDO

Estudo observacional e retrospectivo com abordagem quantitativa e delineamento longitudinal (PEREIRA, 2008).

3.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida na Central de Quimioterapia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (CQT/HC/UFTM), no município de Uberaba - MG. Trata-se de um hospital universitário público, com 242 leitos e que realiza atendimentos de alta complexidade, sendo referência para 27 municípios da região do Triângulo Mineiro.

A CQT é uma entidade Pública Federal integrada ao HC da UFTM que oferece serviço ambulatorial aos pacientes que necessitam de assistência terapêutica quimioterápica.

O horário de funcionamento é das 7 às 17h, de segunda a sexta-feira.

Entre os serviços prestados na CQT estão as atividades assistenciais de enfermagem, tais como: educação em saúde, aferição de sinais vitais; leitura e interpretação de exames laboratoriais; coleta de hematimetria, punção venosa periférica, administração de medicamentos coadjuvantes e administração de quimioterápicos.

3.3 PARTICIPANTES-ALVO

Os sujeitos do estudo foram mulheres, em tratamento contra o câncer ginecológico, câncer de mama e doença trofoblástica gestacional atendidas na CQT/HC/UFTM, no período de janeiro de 2000 a dezembro de 2012.

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram incluídas no estudo as mulheres diagnosticadas com câncer ginecológico, câncer de mama e doença trofoblástica gestacional em tratamento

quimioterápico, atendidas no CQT/HC/UFTM no período de janeiro de 2000 a dezembro de 2012.

3.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídas as pacientes que não concluíram pelo menos três ciclos do tratamento quimioterápico, em virtude da inviabilidade analítica dos dados.

3.6 SUJEITOS DO ESTUDO

Foram selecionadas para compor o grupo de sujeitos do estudo todas as pacientes admitidas na CQT/HC/UFTM para tratamento do câncer ginecológico, câncer de mama e doença trofoblástica gestacional em uso de quimioterápico, no período de janeiro de 2000 a dezembro de 2012.

3.7 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para o desenvolvimento da pesquisa foram utilizados os seguintes instrumentos:

1. instrumento de acompanhamento de pacientes submetidas à quimioterapia antineoplásica, contendo caracterização sociodemográfica e clínica com informações relativas à identificação do paciente, além de base de dados referentes à doença e ao tratamento proposto (Apêndice A).
2. índice de Karnofsky, que consiste em um instrumento criado por David A. Karnofsky e Joseph H. Burchenal em 1948, com a finalidade de avaliar a capacidade funcional de pacientes que fazem uso do tratamento quimioterápico (BONASSA, 2012; SCHAG; HEINRICH; GANZ, 1985). O índice de Karnofsky foi usado para avaliação da capacidade funcional de pacientes portadoras de câncer ginecológico, câncer de mama e doença trofoblástica gestacional durante o uso de terapia quimioterápica, afim de avaliar o impacto do tratamento na capacidade funcional apresentada por essas pacientes durante a terapêutica antineoplásica. São desconhecidos registros acerca da

validação ou tradução para a língua portuguesa no Brasil. Frente a isso, foi utilizada a tradução do instrumento disponibilizado no INCA (BRASIL, 2008) (Anexo1).

Segundo o INCA (2008), o índice de Karnofsky é constituído por três grandes domínios, cada um deles engloba os escores relativos à capacidade funcional apresentada pelo paciente. O primeiro domínio se refere aos pacientes que não necessitam de cuidados especiais. Esta condição abrange a funcionalidade que se estende entre os escores de 80 a 100. A segunda condição está relacionada aos pacientes que em alguns momentos precisam de assistência, e os escores de funcionalidade correspondentes variam de 50 a 70. A terceira e última condição diz respeito a uma assistência ampla, quando o paciente torna-se inapto até para o autocuidado, necessitando de cuidados equivalentes ao hospitalar. Essa condição está ligada à rápida evolução da doença, e corresponde aos escores de 0 a 40, sendo que o escore 0 indica a morte.

Durante a aplicação do instrumento, o paciente recebe um valor único de escore a cada ciclo quimioterápico, relacionado à condição funcional apresentada por ele no momento de cada ciclo de tratamento aplicado.

3.8 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Para alcançar os objetivos propostos, o presente estudo foi desenvolvido de acordo com os passos descritos abaixo.

Para o alcance do objetivo específico 1, foram levantadas as informações constantes no instrumento de coleta de dados (Apêndice 1). Dessa forma, a coleta de dados, foi feita a partir de um formulário já existente, preenchido após a admissão da paciente no serviço ambulatorial na CQT. O formulário é composto por variáveis sociodemográficas e clínicas, contendo a identificação da paciente, o diagnóstico e o tratamento oncológico proposto.

Para o alcance do objetivo específico 2, foi analisado o roteiro de avaliação de capacidade funcional proposto por Karnofsky (BRASIL, 2008) daquelas mulheres portadoras de câncer ginecológico, câncer de mama e doença trofoblástica gestacional em tratamento quimioterápico, durante as sessões de quimioterapia, na

CQT/HC/UFTM. A avaliação da capacidade funcional (Anexo 1) das pacientes foi realizada de forma contínua durante os ciclos de quimioterapia, com seu término ao fim do tratamento ou por óbito da paciente.

As informações obtidas na coleta de dados foram analisadas para a determinação do objetivo específico 3, a partir da identificação da influência de variáveis sociodemográficas e clínicas na capacidade funcional das pacientes. Os resultados obtidos foram discutidos de acordo com a literatura da área.

3.9 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da UFTM para análise, sendo aprovado em 2010 conforme Protocolo 1698/2010 (Anexo 2). O sigilo dos dados dos sujeitos desta pesquisa foi garantido, conforme o disposto na Resolução nº 196/1996 (BRASIL, 2010), respeitando também a resolução nº 466/2012 (BRASIL, 2012). Deste modo, a identificação dos sujeitos do estudo foi feita por meio de numeração dos instrumentos de coleta de dados. Pelo fato de tratar-se de um estudo retrospectivo, o uso e a aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) tornaram-se inviáveis.

3.10 CONTROLE DE QUALIDADE

Para a garantia da qualidade do estudo, o formulário e o instrumento usado foram preenchidos pelo mesmo profissional durante todo o período de coleta.

3.11 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados se deu por meio da elaboração e validação de banco de dados em planilha eletrônica no programa Microsoft Excel, empregando-se a técnica de dupla entrada (digitação) de dados. O banco de dados foi importado no aplicativo Statistical Package for Social Scienc (SPSS), versão 16.0 para a realização da análise estatística.

Para atender aos objetivos do estudo, foi feita a análise univariada descritiva das variáveis qualitativas, através da análise de frequência absoluta e relativa. Para as variáveis quantitativas utilizaram-se medidas de tendência central (média e mediana) e medidas de dispersão (desvio padrão).

A análise bivariada para as comparações cabíveis foi feita por meio do teste t-Student pareado e t-Student para os grupos independentes, além da análise de variância (ANOVA) com medidas repetidas.

Para a análise estatística do impacto de algumas variáveis na evolução dos escores referentes à capacidade funcional, foi utilizado o modelo de regressão linear múltipla.

O nível de significância para todos os procedimentos inferenciais foi de 5%. No entanto, os valores de p deveriam ser interpretados na hipótese de que a casuística constituiu uma amostra aleatória simples de uma população com características similares.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tendo presente os objetivos propostos para o estudo, e a partir da análise dos dados coletados, apresentam-se a seguir os resultados obtidos e discutidos em relação à literatura da área.

4.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA DA POPULAÇÃO ESTUDADA

A Tabela 1 apresenta a caracterização sociodemográfica e clínica referente à procedência, faixa etária e diagnóstico médico da população do estudo.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica e clínica de mulheres com doença trofoblástica gestacional, câncer de mama e ginecológico (n = 438) - Uberaba (MG) – 2014.

Variáveis	N	%	Percentual Cumulativo
Procedência			
Uberaba	273	62,3	62,3
Outras cidades	165	37,7	100,0
Faixa etária (em anos)			
16-20	5	1,1	1,1
21-30	33	7,5	8,7
31-40	57	13,0	21,7
41-50	126	28,8	50,5
51-60	107	24,4	74,9
61-70	75	17,1	92,0
71-80	32	7,3	99,3
81-84	3	0,7	100,0
Diagnóstico médico			
Câncer de Mama	223	50,9	50,9
Doença de Paget	1	0,2	51,1
Câncer de Ovário	66	15,1	66,2
Câncer do Corpo Útero	8	1,8	68,0
Câncer de Colo do Útero	107	24,4	92,4
Sarcoma de Útero	4	1,0	93,4
Câncer de Vulva	3	0,7	94,1
Câncer de Vagina	2	0,5	94,6
Rabdomiossarcoma de Vagina	2	0,5	95,1
Câncer de Tuba	2	0,5	95,6
Mola Hidatiforme	19	4,3	99,9
Coriocarcinoma	1	0,2	100,0

Fonte: Dados coletados pelos autores durante o período de 2000 a 2012.

Das 438 mulheres que preencheram os critérios de inclusão para o estudo durante o período de 2000 a 2012, 273 (62,3%) eram procedentes da cidade de Uberaba. As demais pacientes atendidas eram de municípios do interior do estado

de Minas Gerais, dado que, o local onde foi desenvolvido o estudo, é responsável pelo atendimento de pacientes procedentes de outros 27 municípios do estado.

Em relação à faixa etária, a idade média das mulheres participantes do estudo foi de 50,62 anos, com variação entre 16 a 84 anos completos e desvio padrão de 13,696. Os extremos de idade mostraram uma baixa incidência dos casos das doenças, verificando-se o maior número de casos entre as idades de 41 e 50 anos (n = 126, 28,8%).

O tipo tumoral mais incidente foi o câncer de mama, com um total de 224 (51,1%) casos da doença, sendo que 1 (0,2) caso era de doença de Paget da mama. Observou-se neste grupo que a idade entre 41 e 60 anos foi a de maior ocorrência, com maior número de casos especificamente entre 41 e 50 anos (n = 78, 34,8%). Resultados como esses também foram encontrados em relatos da literatura científica, tais como no estudo dos autores Leite et al. (2011), que abordaram aspectos sociodemográficos e clínicos de pacientes com câncer de mama em uso de quimioterapia.

Considerando apenas as mulheres com câncer de mama, entre as mulheres de 21 a 40 anos acompanhadas no presente estudo foram identificados 31 (13,8%) casos de neoplasia de mama, com 25 (80,6%) destes casos entre as idades de 31 e 40 anos. Nesse contexto, entre os anos de 2000 e 2002 houve 4 casos (1,8%) da neoplasia e entre 2010 e 2012 houve 7 (3,1%) casos. Assim, notou-se neste estudo um aumento de 1,3% desses casos entre os três primeiros e últimos anos analisados. Ainda, os autores Pinheiro et al. (2013) mostraram em sua pesquisa realizada com mais de 10.000 mulheres jovens entre 18 a 39 anos, durante os anos de 2000 e 2009, que em sua maioria as pacientes jovens diagnosticadas com câncer de mama possuem faixa etária entre 31 e 39 anos, conforme constatando no presente estudo.

O acometimento de mulheres jovens por câncer de mama pode estar associado à ocorrência precoce da menarca (BORGHESAN; PELOSSO; CARVALHO, 2008), da nuliparidade, e da hereditariedade, embora esta última seja indicada como um fator de pouca influência para o aumento dos casos desse tipo de tumor na população jovem (DUTRA et al., 2009).

Ao se tratar dos cânceres que atingem o útero, o CCU destacou-se com 107 (24,4%) casos da doença, variando entre 25 e 79 anos, havendo aumento gradual dos casos de CCU a partir de 31 anos e estendendo-se até 50 anos, com maior concentração dos casos entre 41 e 50 anos (n = 28, 26,2%), seguidos de um declínio do número desses casos da doença. Esse perfil é semelhante ao referido por Mascarello et al. (2012) que, ao analisarem as informações de aproximadamente 900 mulheres diagnosticadas com o CCU, observaram entre elas uma média de 53,8 anos, com maior predominância entre 40 e 49 anos (25,5%).

Sobre as outras neoplasias que atingem o útero, foram observados 8 (1,8%) casos de câncer do corpo do útero e 4 (1,0%) de sarcoma de útero, e destes, 2 (0,5%) eram de carcinosarcoma do útero. Portanto, o CCU foi o tipo de câncer mais incidente entre os tumores relacionados ao útero e o segundo mais incidente entre todos os casos de câncer identificados. Esses dados estão de acordo com as informações divulgadas pelo INCA, que referem o CCU como a neoplasia do útero mais incidente entre as mulheres brasileiras (BRASIL, 2014a).

Complementando os tipos de câncer que acometem o trato ginecológico, o câncer de ovário foi responsável por 66 (15,1%) casos da doença, com maior número destes entre as idades de 51 a 70 anos (n = 44, 66,7%), corroborando com a literatura, que atribui as idades entre 60 e 65 anos como um importante fator de risco para o desenvolvimento da doença (MORAES, 2007).

Em relação às DTG, houve 19 (4,3%) casos de MH, com variação da faixa etária entre 16 a 48 anos e média correspondente a 27,89 anos. Esses achados estão em discordância com algumas literaturas da área, que referem a maior frequência de casos de MH entre as idades acima de 40 anos, dando destaque a idade como um importante fator de risco para o seu desenvolvimento (LURAIN, 2010; ROSS; BERKOWITZ; GOLDSTEIN, 2009). Não obstante, um estudo realizado com 446 mulheres identificou, através do material anatomopatológico obtido por meio da curetagem, que entre as 10 pacientes identificadas com MH, 8 (80%) tinham idade inferior a 40 anos (BISCARO et al., 2012). Sabe-se que esse achado provavelmente esteja relacionado ao uso das cirurgias de esterilização definitiva como método contraceptivo de escolha das mulheres, uma vez que esse procedimento é disponibilizado pelo setor privado e público de saúde. A partir disso,

do câncer de vulva. O tratamento da doença de Paget se deu por meio da quimioterapia neoadjuvante, assim como os outros diagnósticos de câncer de mama que foram, em sua maioria, procedidos por esse mesmo tipo de tratamento. Ainda que menos utilizada como modalidade terapêutica, a quimioterapia neoadjuvante apresenta muitos benefícios às pacientes, principalmente às diagnosticadas com câncer de mama, podendo ser uma alternativa para a realização de cirurgias conservadoras, já que favorece e proporciona a diminuição da massa tumoral (COSTA; CHAGAS, 2013; FRISTACHI et al., 2005), além da avaliação do comportamento *in vivo* do tumor diante do tratamento quimioterápico, o tratamento metastático e a possibilidade de testar novas terapias (COSTA; CHAGAS, 2013). Ainda, mulheres submetidas ao tratamento quimioterápico adjuvante apresentam quase o dobro de complicações hematológicas comparadas às submetidas à terapia neoadjuvante (GOZZO, 2008; GUIMARÃES; ANJOS, 2012).

Tabela 3 - Caracterização clínica e descrição dos aspectos relacionados ao tratamento quimioterápico de mulheres com doença trofoblástica gestacional, câncer de mama e ginecológico (n = 438) - Uberaba (MG) - 2014.

Variável	N	%	N	%	N	%
			Sim	Não	Dados Faltantes	
Via de administração						
EV	437	99,8	1	0,2	0	0,0
VO	1	0,2	437	99,8	0	0,0
Número de quimioterápicos utilizados						
Monoquimioterapia	60	13,7	378	86,3	0	0,0
Poliquimioterapia	378	86,3	60	13,7	0	0,0
Objetivo da terapêutica						
Curativo	411	93,8	27	6,2	0	0,0
Paliativo	27	6,2	411	93,8	0	0,0
Efeito da droga no endotélio e tecidos subjacentes						
Efeito vesicante	324	74,0	114	26	0	0,0
Efeito irritante	114	26,0	324	74	0	0,0
*Associação a outros tratamentos						
Curetagem	14	3,2	424	96,8	0	0,0
Radioterapia	245	55,9	190	43,4	3	0,7
Mastectomia	92	21,0	346	79	0	0,0
Quadrantectomia	60	13,7	378	86,3	0	0,0
Histerectomia	75	17,1	363	82,9	0	0,0
Outras cirurgias	152	34,7	286	65,3	0	0,0

Fonte: Dados coletados pelos autores durante o período de 2000 a 2012.

*As pacientes estudadas podem estar incluídas em mais de uma modalidade de tratamento associado à quimioterapia

Como observado, as pacientes incluídas no estudo tiveram a via endovenosa como a principal via de administração do tratamento quimioterápico. A literatura indica que a via endovenosa é a mais utilizada para a administração dessas drogas

(BONASSA, 2012). Além disso, cabe ressaltar que por se tratar de um estudo restrito ao acompanhamento de pacientes em ambiente ambulatorial, os quimioterápicos por via oral, utilizados pelas pacientes no domicílio, não foram incluídos no presente estudo.

Em relação ao uso terapêutico com um ou mais quimioterápicos, foi notado que dentre as pacientes incluídas no estudo, 378 (86,3%) fizeram uso da terapêutica por meio da poliquimioterapia. O uso da poliquimioterapia tem oferecido muitos benefícios para o tratamento de pacientes oncológicos, dado que, a mobilização do tumor é precedida por diferentes mecanismos de ação. Somado a isso, o uso de mais de um quimioterápico simultaneamente permite a administração do medicamento em doses menores, não havendo aumento de uma determinada toxicidade (BONASSA, 2012).

Sobre o objetivo terapêutico, percebeu-se que menos da metade das mulheres, 27 (6,2%) foi submetida à quimioterapia com o objetivo paliativo, e a maioria dessas pacientes tinha como diagnóstico o câncer de ovário e o CCU. Este dado pode ser justificado pela dificuldade de diagnosticar o câncer de ovário em sua fase inicial e a baixa adesão das mulheres ao exame preventivo Papanicolaou, o que faz com que ao início do tratamento ocorra em estágios mais avançados, que acabam diminuindo as chances de cura, fazendo-se necessário também considerar a agressividade da neoplasia (ANDRADE et al., 2014; BRASIL, 2014b; LUIZ et al., 2009).

Ao se tratar do efeito dos quimioterápicos nas estruturas próximas ao local de punção, notou-se predominância dos quimioterápicos de efeito vesicante, assim como no estudo de Martins et al. (2010), no qual 69,1% das mulheres receberam quimioterápicos vesicantes durante o tratamento. No entanto, é válido ressaltar que a escolha do quimioterápico para o tratamento do câncer independe da sua ação diante de episódios de extravasamento, estando a escolha da droga relacionada ao tipo tumoral e características clínicas individuais do paciente. Porém, o conhecimento pela equipe de enfermagem sobre a ação do quimioterápico de escolha é fundamental para medidas de assistência adequadas em casos de extravasamento da droga.

Um estudo realizado por Schneider e Pedroso (2011), mostrou que apesar dos profissionais demonstrarem certo conhecimento sobre as medidas de prevenção

no extravasamento da droga, eles não detêm conhecimento adequado sobre os cuidados frente a seu real extravasamento, dito que, desconhecem a assistência apropriada para esse tipo de efeito do quimioterápico, contribuindo para o agravamento da lesão. Assim, faz-se necessário o estabelecimento de protocolos institucionais e serviço de educação continuada para a qualidade da assistência do serviço prestado ao paciente oncológico (CORREIA; ALBACH; ALBACH, 2011).

Quanto aos tratamentos associados ao uso da quimioterapia observou-se que entre todas as mulheres estudadas, 14 (3,2%) realizaram curetagem, e todas tinham como diagnóstico médico a MH, logo, entre as 19 (4,3%) mulheres diagnosticadas com MH apenas 5 (1,1%) não foram submetidas a esse procedimento. Tal achado esta em acordo com o estudo de Seckl, Sebire e Berkowitz (2010), que referem a cuteragem como um procedimento de ampla utilização em pacientes diagnosticadas com MH, já que o procedimento pode preservar a fertilidade dessas mulheres. Esse fato torna-se ainda mais relevante ao se considerar no presente estudo a grande maioria de mulheres jovens diagnosticadas com MH.

Sobre a radioterapia, esta foi a modalidade terapêutica mais associada à quimioterapia (n = 245, 55,9%). Em relação às pacientes diagnosticadas com CCU, grande parte (n = 90, 84%) foi submetida a esse procedimento, o que corrobora com os achados de Mascarello et al. (2012) no estudo realizado com 964 mulheres com câncer ginecológico, no qual foi observado que a radioterapia em associação com a quimioterapia foi a terapêutica mais utilizada com exceção do uso da radioterapia de forma exclusiva.

Entre as pacientes diagnosticadas com câncer de mama, a maioria, 148 (66,4%), foi submetida à radioterapia. A radioterapia traz muitos benefícios às mulheres, em especial quando administrada em mulheres com câncer de mama em estágio inicial, já que favorece a cirurgia de mama conservadora e diminui os riscos de recidivas locais (MARTA et al., 2011). Dentre as 224 mulheres diagnosticadas com câncer de mama, 152 (67,8%) foram submetidas a cirurgias, sendo 92 (60,5%) casos de mastectomia e 60 (39,5%) de quadrantectomia. Estudo desenvolvido por Martins et al. (2010) mostrou que, em relação à cirurgia para o tratamento do câncer de mama, a mastectomia ainda é mais utilizada que a quadrantectomia, indo ao encontro dos resultados constatados neste estudo. A dificuldade de acesso a exames de auxílio à detecção precoce do câncer de mama pode ter contribuído para

a maior utilização da cirurgia de mastectomia entre as mulheres estudadas (OLIVEIRA, 2011; SILVA et al., 2011).

Vale destacar que o tratamento cirúrgico por meio da mastectomia causa grande impacto na diminuição da qualidade de vida das mulheres, visto que após a cirurgia, essas pacientes apresentam importante perda de força muscular para a realização de movimentos de rotação, abdução e flexão do ombro homolateral. Além disso, muitas mulheres se queixam de dores no ombro após o procedimento. Como resultado, há uma diminuição da execução de atividades cotidianas diárias, tais como os afazeres domésticos, que antes da cirurgia eram realizados normalmente por elas (LAHOZ et al., 2010). Nesse caso, Silva, Albuquerque e Leite (2010) referem que mulheres submetidas à mastectomia apresentam mais limitação funcional quando comparadas às mulheres que não foram submetidas a esse tipo de tratamento. Destaca-se ainda que nem todas as mulheres têm indicação para a realização da quadrantectomia, devendo ser considerados o volume da mama em relação ao tamanho do nódulo e a inexistência de outras contra-indicações (GEBRIN et al., 2010).

Em relação à histerectomia pode-se dizer que entre os fatores de risco para a realização dessa cirurgia está a nuliparidade ou paridade de até três filhos, antecedentes ou persistência de problemas menstruais e/ou no colo do útero e hospitalização por causas ginecológicas (ARAÚJO; AQUINO, 2003).

Nessa perspectiva, após a análise com todas as pacientes do presente estudo, foi encontrado o total de 75 (17,1%) mulheres submetidas a essa cirurgia. Ao considerar apenas as mulheres que se submeteram à histerectomia, notou-se que este procedimento foi aplicado a mulheres de 23 a 80 anos, com maior ocorrência entre as idades de 31 e 60 anos, totalizando 41 (56%) cirurgias realizadas entre as pacientes dessa faixa etária. Ainda, observou-se que os extremos de idade apresentaram diminuição do uso da histerectomia como tratamento. Assim, neste estudo, as mulheres entre 23 e 30 anos registraram 9 (12%) cirurgias realizadas.

Faz-se pertinente dar ênfase ao impacto que a histerectomia exerce na vida de mulheres jovens e em idade reprodutiva, em virtude de diversos mitos e crenças que envolvem o período posterior à cirurgia e independem da classe social. Deste modo, a repercussão social da histerectomia acaba afetando negativamente a vida

dessas mulheres, levando insegurança a muitas delas no que diz respeito ao seu papel feminino na sociedade (SILVA; SANTOS; VARGENS, 2010; MERIGHI et al., 2012).

Sobre outras cirurgias realizadas, um total de 152 (34,7%) mulheres foram sujeitas a outras modalidades, tais como laparotomia, ooforectomia e omentectomia.

Ao se tratar da caracterização do uso clínico dos quimioterápicos correspondente ao protocolo utilizado, foram feitos agrupamentos de protocolos conforme a semelhança entre a principal base de tratamento. Essas medidas foram adotadas para a melhor análise dos protocolos utilizados, que foram alocados em quatro grupos: antracíclico correspondente ao fluorouracil, doxorrubicina ou epirrubicina e ciclofosfamida (FAC); doxorrubicina ou epirrubicina e ciclofosfamida (AC). Platínicos, referente à cisplatina, doxorrubicina ou epirrubicina, ciclofosfamida (PAC); cisplatina e ciclofosfamida; cisplatina e etoposídeo; carboplatina e etoposídeo; cisplatina e doxorrubicina (PA); cisplatina, etoposídeo e bleomicina (PEB); cisplatina e fluorouracil (PLA-FLU); cisplatina e vincristina; cisplatina. Taxanos como paclitaxel e carboplatina; docetaxel e carboplatina; doxorrubicina e paclitaxel; paclitaxel. E o grupo outros com os medicamentos melfalano; ciclofosfamida, vincristina e epirrubicina; cisplatina, topotecano e citarabina; vinorelbina, actinomicina e ciclofosfamida; cisplatina e vinorelbina; topotecano e citarabina; ciclofosfamida, metotrexate e fluorouracil (CMF); metotrexate (MTX); etoposídeo, metotrexate, actinomicina-D, ciclofosfamida e vincristina (EMA-CO).

Ao longo do tratamento, os protocolos utilizados poderiam ser trocados a critério médico, assim para melhor entendimento, os protocolos foram divididos em primeiro, segundo e terceiro seguimento de escolha do quimioterápico de tratamento, conforme a mudança do protocolo. Deste modo, a troca do seguimento de escolha do quimioterápico se deu em um mesmo tratamento. Além disso, é válido ressaltar que os episódios de recidiva não foram analisados nesse momento da análise.

Tabela 4 – Descrição do seguimento de protocolo quimioterápico usado por mulheres com doença trofoblástica gestacional, câncer de mama e ginecológico - Uberaba (MG) – 2014.

Variáveis	N	%	Percentual cumulativo
Protocolos quimioterápicos			
Primeiro seguimento do protocolo usado			
Antracíclicos	206	47,0	47,0
Platínicos	164	37,4	84,4
Taxanos	30	6,8	91,2
Outros	38	8,7	100,0
Total	438	100	100
Segundo seguimento do protocolo usado			
Antracíclicos	3	7,5	7,5
Platínicos	5	12,5	20,0
Taxanos	28	70,0	90,0
Outros	4	10,0	100,0
Total	40	100	100
Terceiro seguimento do protocolo usado			
Taxanos	1	100,0	100,0
Total	1	100	100

Fonte: Dados coletados pelos autores durante o período de 2000 a 2012.

Entre os protocolos mais utilizados pelas pacientes do estudo, como primeira opção estão as drogas fluorouracil, doxorrubicina ou epirrubicina e ciclofosfamida, identificados como o protocolo FAC, e os medicamentos ciclofosfamida e doxorrubicina ou epirrubicina, identificadas como o protocolo AC. É coerente destacar que em ambos os protocolos os antracíclicos foram a base do tratamento.

Os diagnósticos médicos das 206 (47,0%) mulheres que utilizaram os protocolos do grupo antracíclicos foram 3 (1,5%) pacientes com câncer de ovário, 1 (0,5%) com sarcoma de útero, 202 (98,1%) com câncer de mama, sendo que destas 1 (0,5%) foi diagnosticada com doença de Paget.

Em relação ao segundo grupo de protocolo mais usado entre as mulheres como primeira opção de tratamento, está o grupo platínicos. Esses protocolos foram utilizados por um total de 164 (37,4%) mulheres, e destas, 52 (31,7%) tinham câncer de ovário, 97 (59,1%) CCU, 8 (4,9%) câncer do corpo do útero, 3 (1,8%) câncer de vulva, 2 (1,2%) câncer de vagina, 1 (0,6%) câncer de tuba uterina e 1 (0,6%) carcinosarcoma de útero.

Em relação ao segundo seguimento de escolha dos protocolos para o tratamento, foi constatado que o grupo taxanos foi o mais usado entre as 40 (100%) pacientes, sendo indicados a 28 (70%) delas, e destas, 20 (71,4%) tinha diagnóstico de câncer de mama, 3 (10,7%) de câncer de ovário e 5 (17,9%) de CCU. Ainda, o grupo platínicos foi o segundo protocolo mais prescrito para as pacientes como segunda opção de seguimento do tratamento quimioterápico, sendo utilizados por 5 (12,5%) mulheres com diagnóstico médico correspondente a câncer de ovário, 1 (20%) com câncer do corpo do útero, 1 (20%) com câncer de mama e 2 (40%) com CCU.

Dando seguimento à análise sobre o segundo seguimento de escolha do protocolo, apenas 3 (7,5%) pacientes fizeram uso dos protocolos do grupo de antracíclicos, e todas tinham como diagnóstico o câncer de mama. Assim, de um modo geral, pode-se dizer que, dentre todas as 224 (51,1%) mulheres com diagnóstico de câncer de mama, 205 (91,5%) fizeram uso desse protocolo em algum momento da terapêutica. Diante do exposto ficou provado que os protocolos FAC e AC são muito utilizados no tratamento do câncer de mama, do mesmo modo como é referido na literatura (OLIVEIRA SÁ, 2009). Ao mesmo tempo, um estudo realizado por Guimarães e Anjos (2012) apresenta dados semelhantes, mostrando que ao avaliar mulheres diagnosticadas com câncer de mama e em uso de quimioterápicos, aproximadamente 50% das pacientes fizeram menção ao uso dos protocolos FAC e AC.

Considerando todas as pacientes estudadas, 40 (9,1%) delas tiveram seus protocolos trocados ou completados com um segundo seguimento de protocolo e apenas 1 (0,2%) como diagnóstico o câncer de mama, foi submetida ao uso de um terceiro seguimento de protocolo quimioterápico. Este por sua vez estava incluído no grupo dos taxanos.

Tabela 5 – Descrição do intervalo entre as aplicações do protocolo quimioterápico de mulheres com doença trofoblástica gestacional, câncer de mama e ginecológico - Uberaba (MG) - 2014.

Variáveis	N	%	Percentual cumulativo
Intervalo entre os ciclos quimioterápicos			
Intervalo entre os ciclos quimioterápicos do primeiro seguimento do protocolo			
7 dias	37	8,4	8,4
14 dias	10	2,3	10,7
21 dias	224	51,1	61,8
28 dias	167	38,1	100,0
Total	438	100	100
Intervalo entre os ciclos quimioterápicos do segundo seguimento do protocolo			
7 dias	1	2,5	2,5
14 dias	1	2,5	5,0
21 dias	13	32,5	37,5
28 dias	25	62,5	100,0
Total	40	100	100
Intervalo entre os ciclos quimioterápicos do terceiro seguimento do protocolo			
21 dias	1	100,0	100,0
Total	1	100	100

Fonte: Dados coletados pelos autores durante o período de 2000 a 2012.

Em relação aos intervalos entre os ciclos quimioterápicos dos protocolos utilizados, houve uma média de 22,33 dias entre as aplicações de quimioterapia, com um intervalo mínimo de 7 e máximo de 28 dias. O intervalo de 21 dias foi o mais frequente, em razão da quantidade de pacientes que fizeram uso dos protocolos inclusos no grupo dos antracíclicos que, geralmente utilizam esse intervalo, conforme orientado pelo MS (BRASIL, 2008).

Sobre os protocolos usados no segundo tratamento, houve uma média de 24,85 dias com mínimo de 7 e máximo de 28 dias e no terceiro tratamento foi utilizado apenas o intervalo de 21 dias para a administração da quimioterapia.

O intervalo entre as aplicações das drogas tem um papel fundamental em todo o tratamento quimioterápico, já que, um período inadequado unido a uma dose desajustada do antineoplásico pode acabar por comprometer todo o tratamento, causando o insucesso da terapêutica (RODRIGUES; PINHO; MANCERA, 2012).

Tabela 6 – Descrição dos medicamentos associados ao uso da quimioterapia em mulheres com doença trofoblástica gestacional, câncer de mama e ginecológico – Uberaba (MG) - 2014.

Variáveis	N	%	N	%
Medicamentos associado	Sim		Não	
ondasedrona	437	99,8	1	0,2
ranitidina	279	63,7	159	36,3
dexametasona	435	99,3	3	0,7
prometazina	6	1,4	432	98,6
furosemida	111	25,3	327	74,7
bromoprida	1	0,2	437	99,8
metoclopramida	1	0,2	437	99,8
manitol	4	0,9	434	99,1
filgrastima	1	0,2	437	99,8
aprepitant	1	0,2	437	99,8
trastuzumabe	1	0,2	437	99,8
MESNA	1	0,2	437	99,8

* As pacientes poderiam fazer uso de mais de uma medicação associada ao tratamento quimioterápico

Fonte: Dados coletados pelos autores durante o período de 2000 a 2012.

Muitos medicamentos são usados em associação aos quimioterápicos, objetivando a minimização dos diversos efeitos colaterais causados pelo tratamento. Com relação à associação dessas drogas, a maior parte das mulheres 435 (99,3%), utilizou a dexametasona e 437 (99,8%) fizeram uso da ondasedrona, sendo este último o medicamento mais utilizado entre as mulheres durante o tratamento, visto que, ambos foram aplicados antes do início do tratamento quimioterápico e a

ondasedrona também ao seu término, para a prevenção da êmese aguda. De acordo com Pulido e Aleixo (2005), 60% dos pacientes em tratamento contra o câncer apresentam êmese em diferentes momentos, podendo ter associação com causas psicológicas relacionadas principalmente ao período que antecede à seção de quimioterapia. Altas doses ou ciclos consecutivos podem aumentar a sua ocorrência, o que torna relevante o uso de protocolos que possam controlar a êmese e melhorar a qualidade de vida desses pacientes.

Embora a dexametasona seja um esteroide, ela possui ação antiemética por deprimir o sistema nervoso central, e neste contexto, sua administração é frequentemente associada ao uso de antieméticos, potencializando essa ação durante o tratamento (JORDAN; KASPER; SCHMOLL, 2005). Deste modo, os medicamentos dexametasona e ondasedrona foram utilizados no presente estudo por um total de 435 (99,5%) pacientes, ou seja, apenas 2 (0,5%) pacientes não utilizaram os medicamentos de forma concomitante.

Sobre o aprepitant, é coerente dizer que esse medicamento é indicado no tratamento preventivo da êmese aguda ou tardia, principalmente entre pacientes que fazem uso de platínicos, por causa da sua alta ação emetogênica (JORDAN; KASPER; SCHMOLL, 2005). Embora sejam conhecidos os benefícios dessa droga para o controle da êmese em pacientes oncológicos, apenas 1 (0,2%) paciente utilizou-a, pois o alto custo e não disponibilidade pública, impedem que esses medicamentos seja adquirido por muitos pacientes oncológicos.

Os antieméticos bromoprida e metoclopramida, apareceram com baixa porcentagem de uso entre as participantes do estudo, possivelmente pelo maior benefício de uso destes para o tratamento da êmese refratária (KRIS et al., 2006), havendo provavelmente a maior utilização desses medicamentos em domicílio.

A ranitidina é utilizada para a profilaxia de úlcera péptica e hemorrágica (HOLTZ, 2007), e sua administração ocorreu no início da quimioterapia, diminuindo a secreção gástrica e trazendo mais conforto à paciente.

O medicamento prometazina foi o único anti-histamínico de escolha para o tratamento de pacientes com sinais de anafilaxia ou com histórico de sinais anafiláticos manifestados durante outros ciclos quimioterápicos. Este medicamento é o mais usado na clínica anafilática, e mostra-se eficiente nesses casos (QUADROS COELHO et al., 2010).

Em relação aos medicamentos com ação diurética, foram usados a furosemida e o manitol. Este último foi administrado em associação com o protocolo PLA-FLU, em todos os casos. O uso do manitol é comum em protocolos baseados na cisplatina, uma vez que os quimioterápicos platínicos são nefrotóxicos, sendo indicada essa associação para preservar o funcionamento renal dos pacientes submetidos a eles (PERES; CUNHA JUNIOR, 2013).

Os medicamentos filgrastina e trastuzumabe foram usados apenas 1 (0,2%) vez durante o período de desenvolvimento do estudo. Embora o trastuzumabe tenha se mostrado um importante anticorpo no tratamento do câncer de mama (CHANG, 2010), o alto custo desse fármaco e a publicação de uma portaria liberando sua administração pelo Sistema Único de Saúde (SUS) somente a partir do ano de 2013 (BRASIL, 2013b) explicam a baixa utilização deste medicamento durante o estudo.

O medicamento Mercaptopurina Sódica (MESNA) foi utilizado por 1 (0,2%) paciente que fazia uso do protocolo FAC. A literatura aponta o MESNA como um antitóxico indicado para diminuir a toxicidade da ciclofosfamida, dando suporte aos pacientes nos tratamentos mais intensos e tóxicos (SOUZA et al., 2000). Como referido anteriormente, os casos de recidiva foram avaliados neste estudo separadamente, para a melhor análise dos dados.

Tabela 7 - Descrição dos casos de recidiva entre mulheres com doença trofoblástica gestacional, câncer de mama e ginecológico (n = 438) - Uberaba (MG) - 2014.

Variável	N	%	N	%
			Sim	Não
Número total de recidivas				
Recidivas	49	11,2	389	88,8
Número de recidivas por diagnóstico médico				
Câncer de Mama	18	8,1	205	91,9
Doença de Paget	0	0,0	1	100,0
Câncer de Ovário	12	18,2	54	81,8
Câncer de Útero	0	0,0	8	100,0
Câncer de Colo do Útero	14	13,1	93	86,9
Sarcoma de Útero	2	50,0	2	50,0
Câncer de Vagina	0	0,0	2	100,0
Câncer de Vulva	1	33,3	2	66,6
Rabdomiossarcoma de Vagina	0	0,0	2	100,0
Câncer de Tuba	0	0,0	2	100,0
Mola Hidatiforme	2	10,5	17	89,5
Coriocarcinoma	0	0,0	1	100,0

Fonte: Dados coletados pelos autores durante o período de 2000 a 2012.

De modo geral houve um total de 49 (11,2%) casos de recidivas entre as mulheres acompanhadas.

Ao se considerar a proporção de pacientes diagnosticadas com a doença e seus respectivos casos de recidiva, o sarcoma de útero foi a neoplasia com maior porcentagem de recorrência, com 2 (50%) casos, em virtude da agressividade do tumor (SCHUNEMANN JUNIOR, et al, 2012), sendo válido destacar que entre esses casos, apenas 1 (25%) foi atribuído ao carcinossarcoma de útero.

Ainda ao se comparar a relação entre os casos e a recorrência das doenças, o câncer de vulva foi o segundo mais recorrente, com 1 (33,3%) caso de recidiva, estando este valor em acordo com a literatura, que refere uma taxa de recorrência de cerca de 15 a 35% (WOOLDERINK et al., 2006).

É importante ressaltar que tanto o sarcoma de útero quanto o câncer de vulva, apresentaram ao longo do estudo poucos registros, confirmando a raridade desses tumores (SCHUNEMANN JUNIOR et al. 2012; WOOLDERINK et al., 2006).

O câncer de ovário mostrou um alto número de recidivas, assim, entre todos os casos deste tipo de câncer, houve 12 (18,2%) casos de recorrência. Diante disso, Jelovac e Armstrong (2011) referem que o câncer de ovário possui alto índice de recorrência, tornando mais difíceis as chances de cura. Nesse contexto, proporcionar estratégia para garantir a sobrevivência com qualidade de vida a esses pacientes é imprescindível a toda equipe de enfermagem.

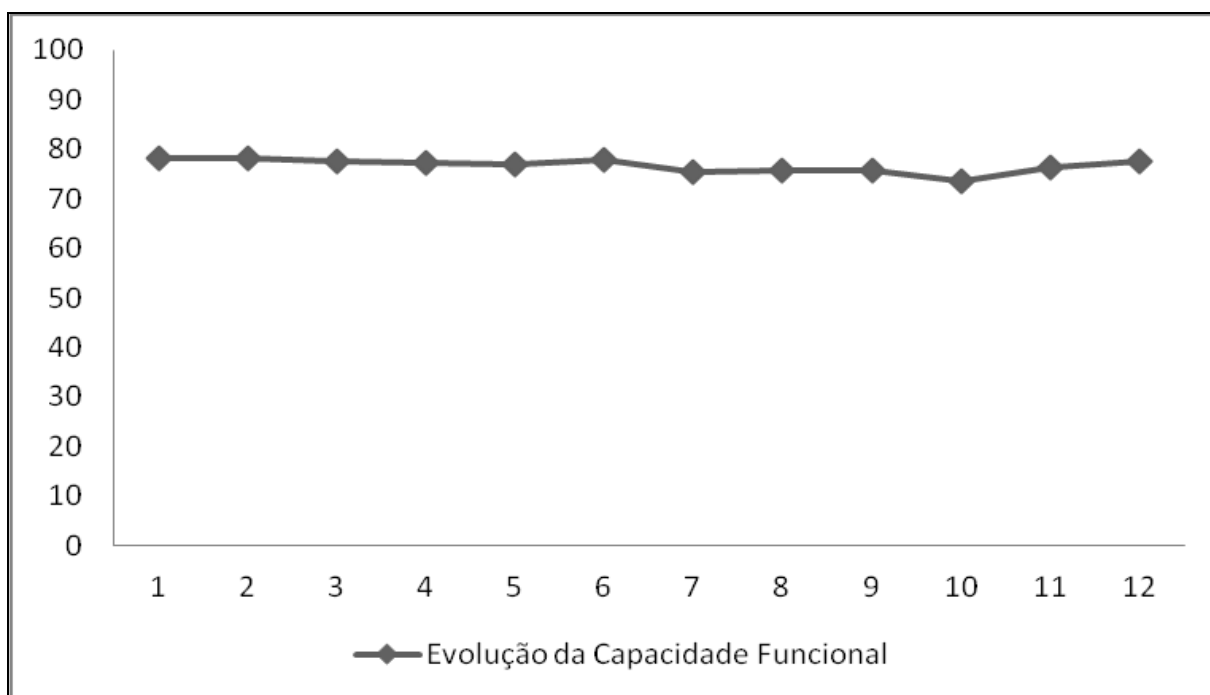
O CCU também apresentou muitos episódios de recidiva, com 14 (13,1%) casos. Segundo os autores Mascarello et al. (2012), a grande quantidade de mulheres diagnosticadas com CCU já em estágios avançados está diretamente ligada ao número de recidivas. Sabe-se ainda que, por diversos motivos o exame preventivo Papanicolaou ainda não é adotado de forma satisfatória pela grande maioria das mulheres, em consequência, o diagnóstico tardio contribui para os altos números de recidiva da doença (ANDRADE et al., 2014).

Em relação ao câncer de mama, este apresentou 18 (8,1%) casos de recidiva, visto que, a possibilidade de recorrência do câncer de mama é uma realidade para as mulheres acometidas por ele. Segundo Tiezzi et al., (2008), o primeiro diagnóstico antes dos 40 anos, está relacionado ao mau prognóstico, funcionando também como um importante fator predisponente para a recorrência da doença. Entre as participantes deste estudo havia 27 pacientes com idade inferior a 40 anos, dentre as quais apenas 2 (7,4%) tiveram recidiva, e uma delas apresentou dois episódios de recorrência da doença. Desta forma, nesta população, a idade pareceu não estar associada aos casos de recidiva.

4.2 AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL DA POPULAÇÃO ESTUDADA

A CF da população estudada é apresentada a seguir, de acordo com os resultados obtidos e discutidos em relação à literatura da área. É válido ressaltar que os casos de recidiva não foram incluídos na seguinte análise, assim como, as subsequentes.

Gráfico 1 - Evolução geral da média dos escores de capacidade funcional de mulheres submetidas à quimioterapia, segundo o índice de Karnofsky, entre os ciclos quimioterápicos - Uberaba (MG) - 2014.



Fonte: Fonte: Dados coletados pelos autores durante o período de 2000 a 2012.

Durante todo o período do estudo foram realizados 12 ciclos quimioterápicos. O Gráfico 1 destaca a evolução das pacientes estudadas durante os doze ciclos de tratamento quimioterápico, sendo possível averiguar uma evolução similar dos escores da CF, não havendo muitas variações dos escores apresentados.

A avaliação da evolução da CF entre todas as pacientes mostrou que, a maioria delas já iniciou o tratamento antineoplásico com certa debilidade da CF e esse fato provavelmente está relacionado à incapacidade causada pela própria doença. Os autores Sousa e Fortes (2012) referem que as pacientes oncológicas têm diminuição da qualidade de vida em consequência da queda da capacidade de manter as condições físicas gerais, tornando-se mais vulneráveis.

Tabela 8 - Descrição dos escores médios de capacidade funcional de mulheres com doença trofoblástica gestacional, câncer de mama e ginecológico, segundo o índice de Karnofsky, entre os ciclos quimioterápicos - Uberaba (MG) 2014.

Escores	N	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Escore correspondente ao Ciclo 1	438	78,22	80	11,482	30	100
Escore correspondente ao Ciclo 2	438	78,11	80	9,980	30	100
Escore correspondente ao Ciclo 3	438	77,67	80	9,642	40	100
Escore correspondente ao Ciclo 4	390	77,28	80	9,556	40	100
Escore correspondente ao Ciclo 5	339	77,02	80	9,372	40	100
Escore correspondente ao Ciclo 6	316	76,09	80	9,008	40	100
Escore correspondente ao Ciclo 7	57	75,26	80	11,512	40	90
Escore correspondente ao Ciclo 8	45	75,78	80	11,380	40	90
Escore correspondente ao Ciclo 9	21	75,71	80	13,256	40	90
Escore correspondente ao Ciclo 10	14	73,57	80	12,774	40	90
Escore correspondente ao Ciclo 11	8	76,25	80	11,877	50	90
Escore correspondente ao Ciclo 12	4	77,50	80	5,000	70	80

Fonte: Dados coletados pelos autores durante o período de 2000 a 2012.

Como observado na Tabela 8, as médias de escores entre os ciclos de quimioterapia variaram entre 78,22 e 73,57.

Assim, no atual estudo foi visto que, quanto à apresentação dos escores médios da CF entre o escore de 70 e ante o índice de Karnofsky, as pacientes mostraram incapacidade de realizar suas atividades diárias, ainda que tenham preservado a capacidade de realizar o autocuidado (BRASIL, 2008).

Nesse contexto, num estudo transversal realizado por Martins et al. (2009), com o objetivo de verificar o desempenho profissional e doméstico de mulheres com câncer de mama em quimioterapia, foi identificado que, cerca da metade das pacientes apresentou significativa diminuição na capacidade de desenvolver atividades remuneradas e não remuneradas em decorrência dos efeitos colaterais do tratamento, mostrando o comprometimento funcional destas após a quimioterapia. Além disso, a partir da dificuldade para a realização de tais atividades, há diminuição do envolvimento da mulher em aspectos saudáveis da vida

cotidiana, fato que as exclui das situações corriqueiras do dia a dia (PALMADOTTIR, 2010).

Alguns estudos foram contrários aos resultados encontrados, tal como o de Sculier et al. (2007), que desenvolveram uma pesquisa longitudinal envolvendo 485 pacientes com câncer em quimioterapia, dentre os quais 90 eram mulheres. Os pacientes foram avaliados durante o primeiro e o terceiro ciclo de tratamento, observando-se que 80% de todos os pacientes e especificamente 83,3% das mulheres apresentaram escore médio da CF acima de 80, em que pese o fato de que essas não receberam exatamente os mesmos quimioterápicos que as mulheres do presente estudo.

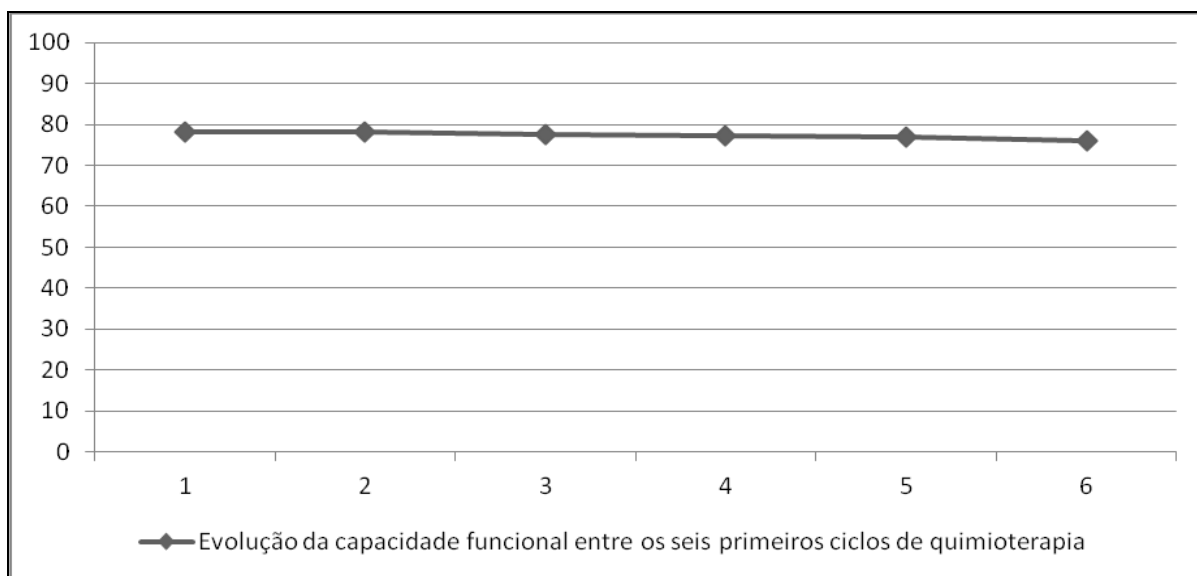
Ainda sobre a Tabela 8, observou-se que a diminuição da CF logo nos primeiros ciclos de tratamento, mostrou que esse evento pode estar seguramente relacionado à presença de efeitos colaterais causados pelo uso dos quimioterápicos. De acordo com Sawada et al. (2009), logo ao início do tratamento há uma perda da CF, que pode chegar a cerca de 30% de sua totalidade, tornando a paciente vulnerável durante o tratamento.

Ao dar sequência à análise, nota-se que a diminuição dos escores persiste até o décimo ciclo, entretanto, logo em seguida há um aumento da média de 2,68 pontos no décimo primeiro ciclo e de 3,93 pontos no décimo segundo ciclo. Essa melhora dos escores médios da CF está possivelmente relacionada a fatores mais individuais, uma vez que, houve uma importante diminuição da quantidade de pacientes submetidas à quimioterapia nesse dado momento, logo, houve apenas 8 pacientes no décimo primeiro ciclo e 4 pacientes no décimo segundo ciclo de tratamento quimioterápico. Ainda cabe apontar que essas 8 e 4 pacientes que chegaram ao décimo primeiro e décimo segundo ciclos de quimioterapia, respectivamente, eram portadoras de DTG, recebendo metotrexate (MTX) como monoterapia, o que por si só aponta para um grupo de pacientes com CF preservada em relação às demais.

É válido destacar que um maior número de pacientes se encontrava entre o primeiro e o sexto ciclo de quimioterapia, deste modo, após o sexto ciclo, houve diminuição considerável da população submetida a esse tratamento. Em consequência, a abordagem da amostra situada entre o sétimo e o décimo segundo ciclo quimioterápico poderia induzir a desfechos errôneos sobre a real situação das

pacientes estudadas. Diante disso, e para as análises seguintes, foi preciso limitar a investigação, considerando apenas o período que se estendeu entre o primeiro e o sexto ciclo quimioterápico.

Gráfico 2 - Evolução da média dos escores de capacidade funcional de mulheres com doença trofoblástica gestacional, câncer de mama e ginecológico, segundo o índice de Karnofsky, entre os seis primeiros ciclos de quimioterapia - Uberaba (MG) - 2014.



Fonte: Fonte: Dados coletados pelos autores durante o período de 2000 a 2012.

O Gráfico 2, apresenta menor variação dos escores, em virtude da homogeneidade da distribuição do número de pacientes entre os ciclos selecionados para a análise. Observa-se ainda, que a maior perda funcional ocorreu entre o quinto e o sexto ciclo quimioterápico.

Com a finalidade de se analisar a evolução da média da CF para os seis primeiros ciclos foi feita uma avaliação da variância com medidas repetidas conforme indicado na Tabela 9.

Tabela 9 - Teste ANOVA com medidas repetidas para comparação entre as médias de escores de capacidade funcional de mulheres com doença trofoblástica gestacional, câncer de mama e ginecológico, segundo o índice de Karnofsky, nos seis primeiros ciclos quimioterápicos - Uberaba (MG) - 2014.

Variável	Ciclo 1	Ciclo 2	Ciclo 3	Ciclo 4	Ciclo 5	Ciclo 6
Ciclo 1	_____	p = 0,63	p = 0,812	p = 0,211	p = 0,004	p = <0,001
Ciclo 2	p = 0,63	_____	p = 1,000	p = 1,000	p = 0,016	p = <0,001
Ciclo 3	p = 0,812	p = 1,000	_____	p = 1,000	p = 0,001	p = <0,001
Ciclo 4	p = 0,211	p = 1,000	p = 1,000	_____	p = 0,005	p = <0,001
Ciclo 5	p = 0,004	p = 0,016	p = 0,001	p = 0,005	_____	p = <0,001
Ciclo 6	p = <0,001	p = <0,001	p = <0,001	p = <0,001	p = <0,001	_____

Fonte: Dados coletados pelos autores durante o período de 2000 a 2012.

A análise de comparações múltiplas empregando-se o critério de Bonferroni apresenta os ciclos em que a comparação das médias de CF foi estatisticamente significativa.

Na Tabela 9 notou-se que, de fato, os dois últimos ciclos apresentaram maior declínio na evolução da CF. Além do mais, as diferenças se mostraram mais importantes entre os extremos, portanto, é pertinente o uso da média dos escores dos três primeiros e três últimos ciclos quimioterápicos, considerando a similaridade entre as três primeiras e as três últimas médias dos escores de CF.

Em razão de uma sucessiva perda de sujeitos do estudo entre o quarto e sexto ciclo quimioterápico, foi convencionado para o cálculo dos três últimos ciclos considerar a média do número de ciclos realizados por cada sujeito, com o objetivo de diminuir tal perda. Assim, os sujeitos com três ciclos quimioterápicos tiveram os valores dos escores somados e divididos por três, os com dois ciclos tiveram esses valores somados e divididos por dois, e para os sujeitos com apenas um ciclo, seu escore foi considerado como média.

Tabela 10 - Teste-T Student Pareado entre os escores médios de capacidade funcional das mulheres com doença trofoblástica gestacional, câncer de mama e ginecológico, segundo o índice de Karnofsky, dos seis primeiros ciclos quimioterápicos - Uberaba (MG) - 2014.

Variável	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	P
Escores médios da CF do primeiro ao terceiro ciclo de quimioterapia	390	78,1795	9,73319	40	100	
Escores médios da CF do quarto ao sexto ciclo de quimioterapia	390	76,7863	9,35815	40	100	<0,001

Fonte: Dados coletados pelos autores durante o período de 2000 a 2012.

O Teste-T Student Pareado mostra que ainda quando aglutinados, nota-se significância estatística na evolução da CF durante o período analisado, no entanto, essa diferença foi de aproximadamente 2 pontos, sendo importante considerar que em uma escala de 0 e 100 como ocorre no índice de Karnofsky, observa-se que na percepção do pesquisador não há grande significância clínica diante da evolução do declínio da CF ao longo de todo o tratamento quimioterápico. Assim, quando avaliado ao longo de todo o tratamento, o declínio da CF foi pequeno, havendo similitude entre a CF apresentada pelas mulheres. Nesse contexto, os dados sugerem que há déficit na CF das mulheres estudadas, porém, mesmo com a significância destes dados, a CF destas não sofreu grandes variações durante o tratamento.

Ainda sobre a Tabela 10, percebeu-se que a melhor média da CF foi constatada entre os três primeiros ciclos de tratamento, mostrando que de modo geral ao estado funcional dessas pacientes parece mais preservada no início do tratamento quimioterápico.

Quanto à diminuição da CF observada nos últimos ciclos quimioterápicos, é provável que a quantidade de aplicações desses ciclos e a dificuldade apresentada pelas pacientes em manter a normalidade dos níveis hematológicos, tenham sido responsáveis pelos dados encontrados neste estudo. Desta forma, sabe-se que a quantidade de ciclos pode estar ligada ao comprometimento funcional de pacientes (BRASIL, 2008), e que a dificuldade destes em manter os níveis hematológicos em

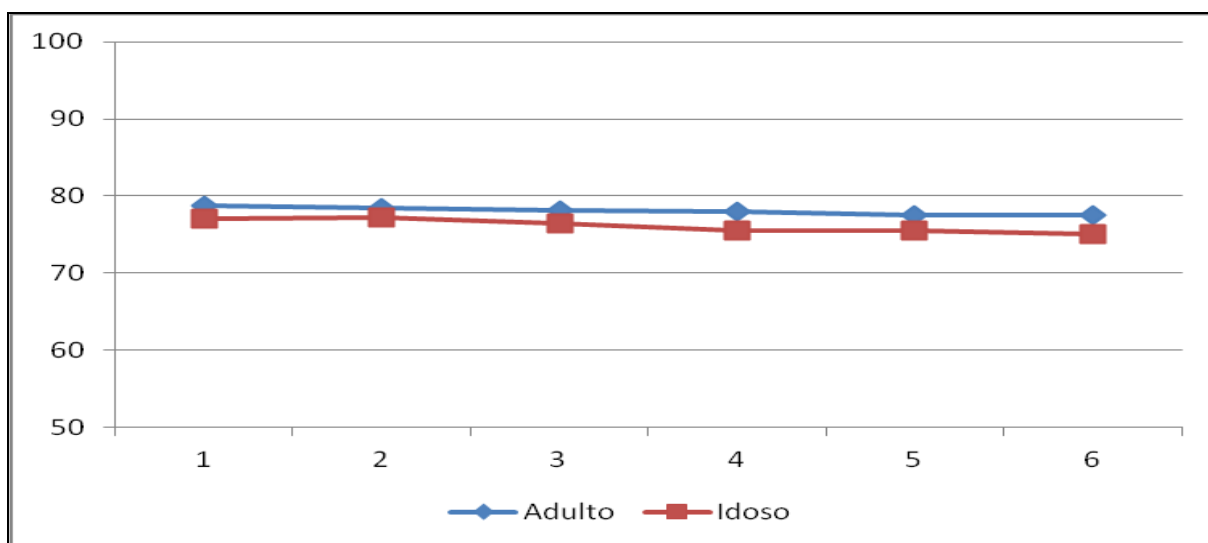
parâmetros considerados como normais para o tratamento quimioterápico contribuem para a diminuição da CF.

4.3 ANÁLISE DAS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS QUANTO À CAPACIDADE FUNCIONAL DA POPULAÇÃO ESTUDADA

4.3.1 Análise da variável idade quanto à capacidade funcional da população estudada

Para comparar as diferentes faixas etárias das pacientes estudadas, foram considerados dois grupos etários: o primeiro, com mulheres entre 16 e 59 anos, foi intitulado adulto, e o segundo, com mulheres acima de 59 anos, intitulado idoso.

Gráfico 3 - Evolução da média dos escores de capacidade funcional de mulheres com doença trofoblástica gestacional, câncer de mama e ginecológico, segundo o índice de Karnofsky, quanto a idade - Uberaba (MG) - 2014.



Fonte: Dados coletados pelos autores durante o período de 2000 a 2012.

De modo geral, nota-se que os grupos analisados mantiveram a média dos escores de CF por volta de 70. O grupo adulto iniciou o tratamento quimioterápico com escore médio pouco acima do grupo idoso, apresentando leve declínio da média dos escores ao longo do tratamento.

Sobre o grupo idoso, no início do tratamento apresentou média inferior ao grupo adulto, e maior declínio da média dos escores durante a terapêutica. Nessa

perspectiva, é entendido que pacientes idosos têm mais complicações durante o tratamento, estando mais susceptíveis às toxicidades (HURRIA et al., 2012). As comorbidades apresentadas pela maioria dos pacientes idosos também colaboram para um possível prejuízo funcional (FABRÍCIO, 2011; HURRIA et al., 2012), sendo importante considerar o estado fisiológico do paciente idoso, a fim de se determinar a escolha do tratamento, uma vez que a quimioterapia não é contra-indicada apenas pelo fator idade (HURRIA et al., 2012).

Ainda, um estudo baseado na análise de dados secundários mostrou que pacientes oncológicos idosos, com mais de três comorbidades, apresentam pior estado funcional quando comparados aos que referem menos ou nenhuma comorbidade (VAN CLEAVE et al., 2011). Pode-se dizer então que pacientes adultos demonstrando melhor qualidade de vida quando comparados a pacientes idosos, acima de 59 anos (SILVA; ALBUQUERQUE; LEITE, 2010).

Tabela 11 - Teste-T Student entre os escores médios de capacidade funcional de mulheres com doença trofoblástica gestacional, câncer de mama e ginecológico, segundo o índice de Karnofsky, quanto à idade - Uberaba (MG) - 2014.

Variável	N	Média	Desvio Padrão	P
Média de escores da CF entre o primeiro e o terceiro ciclo de quimioterapia quanto à idade				
Adulto	313	78,4345	10,30511	0,145
Idoso	125	76,9067	8,77002	
Média de escores da CF entre o quarto e o sexto ciclo de quimioterapia quanto à idade				
Adulto	283	77,4499	9,52502	0,018
Idoso	107	75,0312	8,70246	
Diferença dos valores das médias de CF apresentados por cada grupo entre os ciclos de quimioterapia analisados				
Adulto	283	-1,12	4,90663	0,076
Idoso	107	-2,10	4,68805	

Fonte: Dados coletados pelos autores durante o período de 2000 a 2012.

Quanto à faixa etária, entre as 438 pacientes inclusas nos três primeiros ciclos de quimioterapia, 313 (71,5%) eram adultas e 125 (28,5%) eram idosas.

Durante o quarto e sexto ciclo, houve um total de 390 pacientes submetidas ao tratamento, e destas, 283 (72,6%) eram adultas e 107 (27,4%) eram pacientes idosas.

A partir da aplicação do teste-T Student para amostras independentes entre o primeiro e o terceiro ciclo quimioterápico, percebe-se que apesar do grupo idoso ter iniciado o tratamento com pior média do escore da CF, o teste realizado não apontou significância estatística quanto à comparação dos grupos, mostrando que nesse momento não houve diferença significativa entre a CF apresentada por eles. Ao contrário disso, durante o período entre o quarto e o sexto ciclo de tratamento, a comparação dos grupos sugeriu que houve diferença significativa da média dos escores de CF entre eles, com maior declínio da média do grupo idosos.

Mediante a CF apresentada pelo grupo dos idosos entre o quarto e sexto ciclo, Cardoso e Costa (2010), referem a idade como um importante desfecho para o declínio da CF, porém não é o único. Alves, Leite e Machado (2010) descrevem a influência de outros aspectos mais complexos no declínio da CF, como fatores demográficos, socioeconômicos e a existência de comorbidades.

Ao analisar a evolução do declínio funcional através da diferença dos valores dos escores médios de CF de cada grupo durante os seis ciclos, averiguou-se que não houve diferença significativa entre as médias dos escores correspondente aos três primeiros e três últimos ciclos analisados. Assim, a evolução do declínio funcional durante os seis ciclos analisados, se deu de modo semelhante entre os grupos.

4.3.2 Análise da variável modalidade terapêutica sobre a capacidade funcional da população estudada

Para a avaliação da influência do número de modalidades terapêuticas sobre a CF, as pacientes foram subdivididas em dois grupos: o primeiro corresponde às que fizeram uso exclusivo do tratamento quimioterápico, e o segundo, equivalente às que foram submetidas a outros tratamentos além do quimioterápico. De modo geral,

foram feitos quatro tratamentos durante o presente estudo: quimioterapia, radioterapia, procedimento cirúrgico e curetagem.

Tabela 12 - Teste-T Student entre os escores médios de capacidade funcional de mulheres com doença trofoblástica gestacional, câncer de mama e ginecológico, segundo o índice de Karnofsky, quanto à modalidade terapêutica - Uberaba (MG) - 2014.

Variável	N	Média	Desvio Padrão	P
Média de escores da CF entre o primeiro e o terceiro ciclo de quimioterapia quanto à modalidade terapêutica				
Quimioterapia exclusiva	41	74,31	12,522	0,011
Outros tratamentos associados à quimioterapia	397	78,38	9,533	
Média de escores da CF entre o quarto e o sexto ciclo de quimioterapia quanto à modalidade terapêutica				
Quimioterapia exclusiva	34	74,07	11,614	0,032
Outros tratamentos associados à quimioterapia	356	77,05	9,091	
Diferença dos valores das médias de CF apresentados por cada grupo entre os ciclos de quimioterapia analisados				
Quimioterapia exclusiva	34	-0,74	5,673	0,268
Outros tratamentos associados à quimioterapia	356	-1,46	4,781	

Fonte: Dados coletados pelos autores durante o período de 2000 a 2012.

A análise condizente com os três primeiros ciclos quimioterápicos entre as 438 mulheres em tratamento, apontou que 41 (9,4%) integravam o primeiro grupo com escore médio da CF de 74,3, e 397 (90,6%) estavam inclusas no segundo grupo, com escore médio da CF de 78,38.

Ao estabelecer comparações entre os grupos durante os três primeiros ciclos, foi visto que os grupos mostraram diferença estatisticamente significativa dos escores de CF, sendo que o primeiro grupo apresentou o pior escore da CF.

No que se refere à exploração dos dados encontrados entre o quarto e o sexto ciclo quimioterápico, das 390 pacientes, 34 (8,7%) correspondiam ao primeiro

grupo e tinham escores médios da CF de 74,07, e 356 (91,3%) estavam incluídas no segundo grupo e tinham como média da CF o escore de 78,38.

A comparação entre esses grupos nesse segundo momento mostrou que houve diferença significativa entre a CF apresentada por eles, e novamente as pacientes do primeiro grupo mantiveram a pior CF.

Esses achados estão em acordo com os resultados encontrados por Schuurmans et al., (2010), que em seu estudo constataram que pacientes tratados de forma exclusiva com quimioterapia apresentavam escore médio da CF de 70, enquanto os pacientes submetidos à quimioterapia com associação de outros tratamentos apresentavam escore médio da CF de 80, mostrando melhor escore em pacientes que utilizaram a quimioterapia de forma não restrita. Outro estudo evidenciou que a quimioterapia é capaz de alterar não apenas a CF, mas também causar o comprometimento da socialização, da nutrição, da mudança no padrão de sono e dos aspectos comportamentais do paciente em tratamento, sugerindo ser um importante fator para queda da qualidade de vida (POLO; MORAES, 2009).

É oportuno salientar que, provavelmente, alguns tratamentos alheios aos quimioterápicos podem ter contribuído para a melhor CF e, conseqüentemente, para a qualidade de vida dessas pacientes, podendo ser atribuída certa responsabilidade desses tratamentos aos resultados do atual estudo. Assim, sabe-se que pacientes com lesão tumoral exteriorizada podem apresentar melhora da qualidade de vida após a intervenção cirúrgica. Além disso, a diminuição de alguns sintomas, como a dor, pode ocorrer por intermédio da aplicação da radioterapia, ou mesmo o controle de hemorragias causadas em consequência da MH pode ser efetuado por meio da curetagem aspirativa.

O escore apresentado inicialmente pelas pacientes é outro ponto que deve ser abordado como um possível agente influenciador dos achados neste estudo. Desta forma, a maioria das pacientes submetidas apenas à quimioterapia apresentava o escore da CF de 70 antes do início do tratamento quimioterápico, e a maioria das pacientes submetidas a mais tratamentos mostrou no início do recurso terapêutico, um escore da CF de 80, portanto, de modo geral as pacientes que iniciaram o tratamento com escores menores apresentaram pior escore médio da CF durante os ciclos de tratamento. Nesse contexto, considerando-se o fato de que se busca sempre utilizar uma terapêutica oncológica combinada, ou seja, fazer uso de

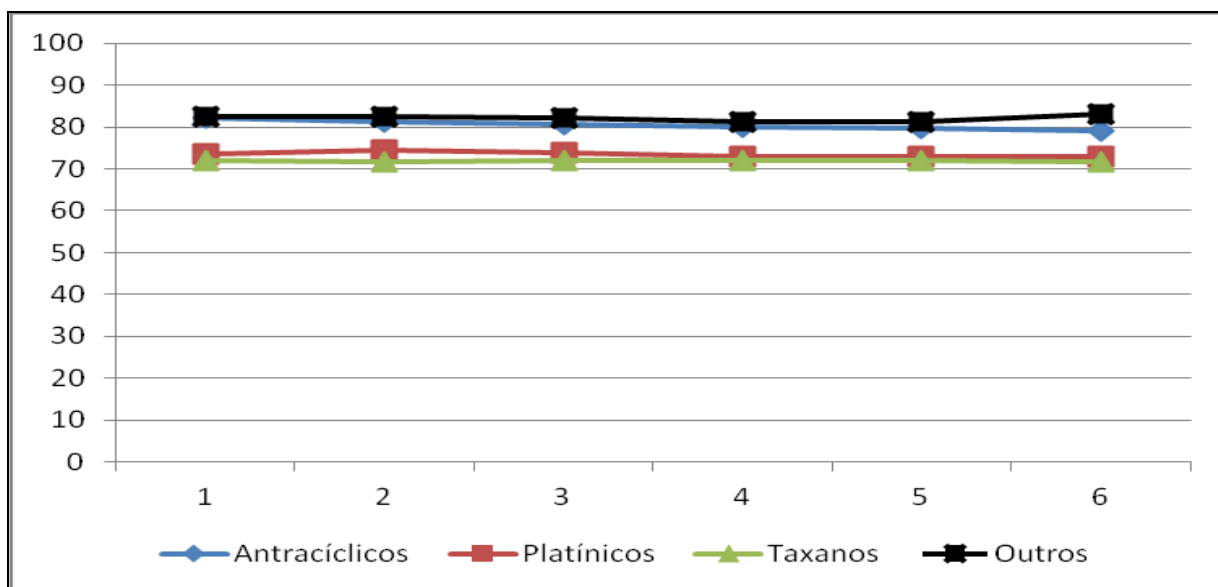
diversas formas de tratamento em combinação, com o intuito de utilizar-se minimamente cada uma delas, provocando assim o menor impacto possível sobre a qualidade de vida do paciente (BONASSA, 2012), e que esta é uma prática rotineira em onco-ginecologia, outra possível explicação para este resultado poderia ser que as pacientes submetidas à quimioterapia como única forma de tratamento, estariam sem condições clínicas que permitissem complementos terapêuticos, o que por si só as deixaria com escore de CF inferior às demais.

Percebeu-se ainda que em relação à identificação de um possível declínio da evolução na CF ao longo do período de tratamento analisado, o teste realizado não se mostrou significativo, sugerindo que não houve diferença expressiva na evolução do declínio da CF de nenhum dos grupos, dada a semelhança entre a evolução do declínio funcional apresentada por eles nos diferentes momentos analisados anteriormente. A partir disso, os grupos evoluíram de forma similar durante os ciclos avaliados.

4.3.3 Análise da variável protocolo quimioterápico sobre a capacidade funcional da população estudada

Para a análise do impacto de diferentes protocolos quimioterápicos na CF das pacientes, foi mantido, conforme a base do tratamento quimioterápico, os mesmos grupos utilizados para as análises prévias.

Gráfico 4 - Evolução da média dos escores de capacidade funcional de mulheres com doença trofoblástica gestacional, câncer de mama e ginecológico, segundo o índice de Karnofsky, quanto ao protocolo quimioterápico - Uberaba (MG) - 2014.



Fonte: Dados coletados pelos autores durante o período de 2000 a 2012.

Percebeu-se que os grupos de pacientes que utilizaram os taxanos e os platínicos, estiveram relacionados às piores médias de escores de CF em relação aos demais grupos estudados, visto que o grupo das pacientes em uso de taxanos se mostrou mais impactante para a diminuição da CF, oposto a isso, os grupos de pacientes que fizeram uso dos antracíclicos e outros mostraram menor impacto para o declínio funcional.

Tabela 13 - Teste ANOVA entre os escores médios de capacidade funcional de mulheres com doença trofoblástica gestacional, câncer de mama e ginecológico, segundo o índice de Karnofsky, quanto ao protocolo quimioterápico - Uberaba (MG) - 2014.

Variável	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	P
Média de escores da CF entre o primeiro e o terceiro ciclo de quimioterapia quanto ao protocolo quimioterápico						
Antracíclicos	206	81,2945	8,64516	40	100	
Platínicos	163	73,9059	9,60535	40	90	
Taxanos	30	71,8889	11,16519	46,67	90	< 0,001
Outros	39	82,3932	7,52962	63,33	90	
Total	438	77,9985	9,90558	40	100	
Média de escores da CF entre o quarto e o sexto ciclo de quimioterapia quanto ao protocolo quimioterápico						
Antracíclicos	204	79,4363	8,23643	40	100	
Platínicos	125	72,3600	8,71488	45	90	
Taxanos	28	72,0238	9,74317	50	90	< 0,001
Outros	33	81,2121	9,92395	40	90	
Total	390	76,7863	9,35815	40	100	
Diferença dos valores das médias de CF apresentados por cada grupo entre os ciclos de quimioterapia analisados						
Antracíclicos	204	-1,84	4,258	-30	13	
Platínicos	125	-1,03	5,603	-17	30	
Taxanos	28	0,12	3,683	-10	10	0,162
Outros	33	-1,31	5,948	-17	23	
Total	390	1,39	4,861	-30	30	

Fonte: Dados coletados pelos autores durante o período de 2000 a 2012.

Após a avaliação dos grupos de protocolo, verificou-se em relação aos três primeiros ciclos quimioterápicos, que 438 pacientes estavam distribuídas entre os seguintes grupos: 206 (47,0%) antracíclicos; 163 (37,2%) platínicos; 30 (6,8%) taxanos; e 39 (8,9%) outros.

Considerando a análise entre os três primeiros ciclos de quimioterapia, o teste aplicado ANOVA se mostrou significativo. Assim, foi observado que no momento do teste houve diferença significativa do escore da média da CF entre os diferentes grupos.

O grupo de pacientes que fez uso de taxanos apresentou a menor média de escore da CF com 71,88, o grupo que utilizou como base da quimioterapia os platínicos, exibiu média de escore de 73,90. Os grupos correspondentes às pacientes em uso dos antracíclicos e outros apresentaram melhores médias, com escores de 81,29 e 82,39.

Em um estudo randomizado de fase III, os autores Martin et al. (2006) notaram que os pacientes submetidos a protocolos com antracíclicos tinham escores da CF entre 90 e 100, enquanto os tratados com protocolos baseados em taxanos exibiam escores entre 80 e 100. Ainda, assim como observado neste estudo, pacientes em uso de protocolos classificados como taxanos apresentaram pior CF ao serem comparados com pacientes em uso de antracíclicos. Nesse prisma, a pesquisa de Thornton et al., (2008) constatou que na maioria dos casos os pacientes submetidos ao tratamento com taxanos demoram mais tempo para se reestabelecer psicologicamente após o início do tratamento, mostrando o impacto desse protocolo em diversos aspectos da qualidade de vida e não apenas no estado físico desses pacientes.

Dando continuidade ao prosseguir sobre o assunto, e englobando o grupo de pacientes que fizeram uso dos antracíclicos, é válido destacar que apesar da cardiotoxicidade ser um importante efeito colateral e uma grande preocupação para os profissionais envolvidos no tratamento quimioterápico, a sua ocorrência depende de vários outros fatores, inclusive da dosagem prescrita (SEBER, 2013). Além disso, a cardiotoxicidade aguda é rara e a crônica está mais relacionada ao período após o fim do tratamento (ADÃO et al., 2013). Nesse cenário, pode-se afirmar que no presente estudo, o grupo das pacientes submetidas ao tratamento com antracíclicos

se mostrou menos afetado pelo prejuízo funcional quando comparado aos grupos nos quais as pacientes foram submetidas ao uso dos taxanos e platínicos.

Os quimioterápicos classificados neste estudo como o grupo outros foram responsáveis pelos maiores escores médios de CF. De acordo com os autores Silva, Albuquerque e Leite (2010), geralmente esses protocolos têm menor impacto na qualidade de vida, em consequência da menor sintomatologia apresentada por pacientes em uso desses medicamentos (SILVA; ALBUQUERQUE; LEITE, 2010). Acredita-se que a utilização mais frequente de protocolos responsáveis pela baixa ocorrência de efeitos colaterais, associada ao uso menos constante de protocolos classificados como menos agressivos entre o grupo outros pode ter contribuído para o resultado obtido neste estudo.

A partir do teste realizado no segundo momento, foi notado que este mostrou diferença significativa entre os grupos de protocolos analisados. Ao ser comparado o desfecho encontrado entre o quarto e o sexto ciclo com os apresentados nos três primeiros, observou-se que nesse segundo momento não houve alteração da ordem de impacto dos protocolos sobre CF, assim as médias de escores da CF apresentadas por ordem de importância são 72,02 para o grupo de pacientes que fez uso dos taxanos, 72,36 para o que fez uso dos platínicos, 79,43 para o que fez uso dos antracíclicos, e 81,21 correspondentes ao grupo que fez uso do protocolo classificado como outros. Nesse momento também foi evidenciado que os grupos de pacientes submetidas à utilização dos antracíclicos e outros, permaneceram como os grupos de menor impacto na funcionalidade física.

Quanto aos demais grupos, apesar dos taxanos continuarem responsáveis pelo pior escore médio da CF entre as mulheres, houve maior diminuição da CF dos pacientes em uso dos platínicos e uma leve melhora da CF dos pacientes em uso dos taxanos. Cabe destacar que cada vez mais há relatos sobre a grande ocorrência dos efeitos colaterais entre os pacientes que fazem uso dos quimioterápicos platínicos (DING; NGUYEN, 2012). Nesse contexto, os autores Peres e Cunha Junior (2013) mencionam que os quimioterápicos platínicos possuem um significativo agravante para a qualidade de vida dos pacientes, pois entre os efeitos colaterais destaca-se a nefrotoxicidade. Esse efeito colateral está diretamente ligado a altas doses da quimioterapia, uma vez que é excretada quase que exclusivamente

pelos rins. É importante destacar que o comprometimento renal nesses pacientes não é incomum, e medidas de proteção contra essa toxicidade ainda são pouco eficazes. Deste modo, Baggott et al. (2011) alegam que quanto mais o paciente for acometido por efeitos colaterais, menor será o escore da CF, logo, haverá maior comprometimento da qualidade de vida desses pacientes.

Sobre o grupo de mulheres incluídas nos protocolos taxanos e platínicos, vale referir que ambos apresentaram escores semelhantes, porém, o grupo taxanos ainda se manteve como o protocolo de maior impacto na CF.

Um estudo realizado para estimar a sobrevivência de pacientes com protocolos que tinham como base a cisplatina mostrou que, de modo geral, eles apresentaram escores médio de CF de 90, no entanto, no protocolo em que houve associação do medicamento paclitaxel, os pacientes apresentaram escores médio de 80 (APOLO et al., 2013). Assim, a associação de taxanos e platínicos tende a gerar piores escores, mostrando que ambos desempenham importante papel no declínio da CF.

É pertinente salientar que a escolha do protocolo de quimioterapia não é o único fator responsável pelo escore apresentado. Também se atribuem a estes a CF anteriormente apresentada, o tipo tumoral, o estadiamento do tumor, o número de ciclos quimioterápicos, a dose prescrita e outros diversos aspectos individuais que somados ao protocolo de escolha representam o escore da CF.

Com o propósito de analisar um provável declínio da CF durante todo o tratamento, notou-se que a diferença dos valores das médias de CF não se mostrou significativa, atestando que a variação do valor do escore médio da CF apresentado por mulheres de cada grupo ao longo do tratamento foi baixa, não sendo capaz de demonstrar entre os grupos a diferença dessa evolução, dado há semelhança entre esses valores. A partir disso, foi visto que a evolução do declínio funcional referente aos seis ciclos analisados ocorreu de modo semelhante entre as mulheres quanto aos grupos de protocolo.

Tabela 14 - Teste ANOVA para comparações múltiplas entre os escores médios de capacidade funcional de mulheres com doença trofoblástica gestacional, câncer de mama e ginecológico e os protocolos quimioterápicos - Uberaba (MG) - 2014.

Variável	Protocolo Quimioterápico	P	
Média de escores da CF entre o primeiro e o terceiro ciclo de quimioterapia quanto ao protocolo quimioterápico	Antracíclicos	Platínicos	> 0,001
		Taxanos	0,001
		Antracíclicos	_____
		Outros	0,958
	Platínicos	Platínicos	_____
		Taxanos	0,923
		Antracíclicos	_____
		Outros	> 0,001
	Taxanos	Platínicos	_____
		Taxanos	_____
		Antracíclicos	_____
		Outros	> 0,001
Média de escores da CF entre o quarto e o sexto ciclo de quimioterapia quanto ao protocolo quimioterápico	Antracíclicos	Platínicos	> 0,001
		Taxanos	0,003
		Antracíclicos	_____
		Outros	0,905
	Platínicos	Platínicos	_____
		Taxanos	1,000
		Antracíclicos	_____
		Outros	.> 0,001
	Taxanos	Platínicos	_____
		Taxanos	_____
		Antracíclicos	_____
		Outros	0,003

Fonte: Dados coletados pelos autores durante o período de 2000 a 2012..

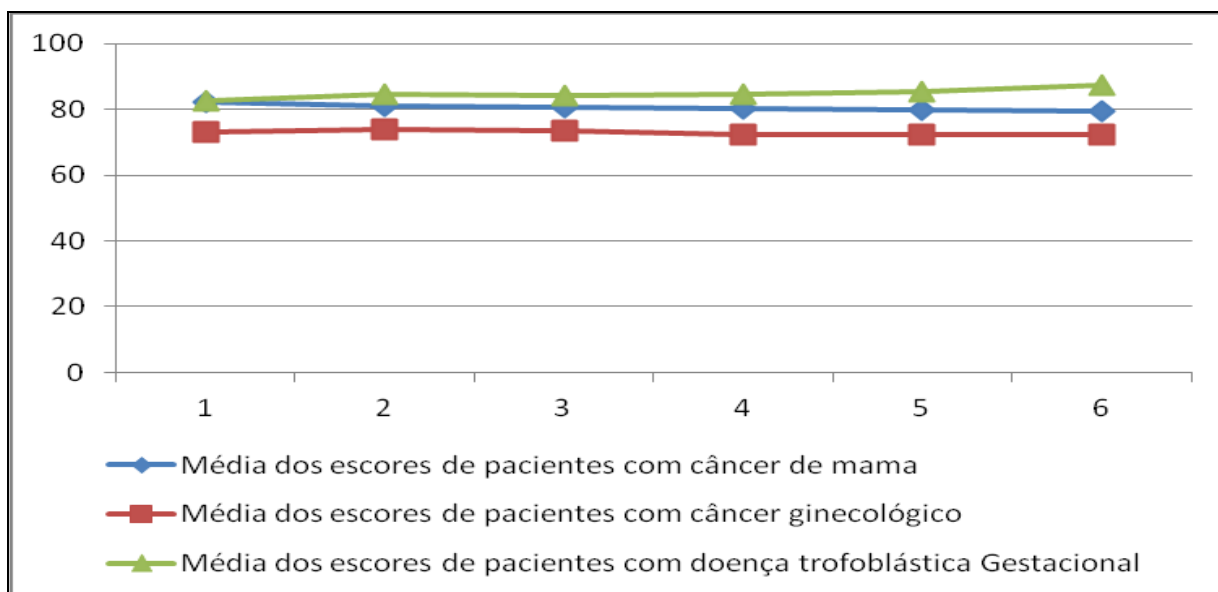
Em referência à comparação múltipla entre os grupos de pacientes segundo os quimioterápicos utilizados, foi constatado que houve diferença significativa da CF entre quase todos os grupos durante os três primeiros ciclos com exceção da comparação entre o grupo antracíclicos e o grupo outros, assim como ocorreu com o grupo platínicos e o grupo taxanos. Tal fato se deu como resultado da semelhança entre os valores das médias apresentadas por eles.

Durante a análise dos três seguintes ciclos os achados foram semelhantes aos anteriormente encontrados, sendo que na comparação entre os grupos platínicos e os taxanos, o valor de P mostrou ainda maior similitude entre os valores médios da CF apresentados por esses grupos, como resultante da diminuição do escore médio de CF das pacientes em uso de platínicos e o aumento do escore da média da CF das pacientes em uso de taxanos, como já observado na Tabela 13.

4.3.4 Análise da variável diagnóstico médico sobre a capacidade funcional da população estudada

Para analisar o impacto dos diferentes diagnósticos médicos na média dos escores de CF, os diagnósticos foram divididos em três grupos: o grupo de pacientes com câncer de mama correspondente às mulheres diagnosticadas com este tipo de câncer e doença de Paget; o grupo da DTG, envolvendo pacientes com MH e coriocarcinoma; e o grupo de pacientes com câncer ginecológico, abrangendo as pacientes com os demais diagnósticos.

Gráfico 5 - Evolução da média dos escores de capacidade funcional de mulheres com doença trofoblástica gestacional, câncer de mama e ginecológico, segundo o índice de Karnofsky, quanto ao diagnóstico médico - Uberaba (MG) - 2014.



Fonte: Dados coletados pelos autores durante o período de 2000 a 2012.

Constatou-se que de forma geral as pacientes apresentaram escore médio da CF próximo a 70 e 80. Quanto ao grupo com câncer ginecológico, este iniciou e permaneceu com média de escore inferior aos demais diagnósticos, mostrando um perfil de maior impacto negativo sobre a CF dessas pacientes.

O grupo com câncer de mama, apresentou certa diminuição da CF entre o primeiro e o segundo ciclo quimioterápico, no entanto, logo em seguida a funcionalidade dessas pacientes seguiu de forma linear durante os ciclos seguintes.

O grupo diagnosticado com DTG teve o melhor escore médio da CF, quando comparado ao das pacientes com outros diagnósticos.

É válido ressaltar que entre as 20 (100%) pacientes inclusas no grupo com DTG a maior parte, especificamente, 19 (95%), era constituída por casos com diagnóstico de MH, que por sua vez, é um distúrbio da gravidez benigno e não invasivo, para o qual comumente é utilizado como tratamento a curetagem e a monoquimioterapia, posto que geralmente a MH se mostra sensível a esta terapêutica (ANDRADE et al., 2009; BONASSA, 2012). Desta forma, ambos os procedimentos são pouco agressivos, se comparados aos tratamentos preconizados para o combate aos cânceres de mama e ginecológico.

Tabela 15 - Teste ANOVA entre os escores médios de capacidade funcional de mulheres com doença trofoblástica gestacional, câncer de mama e ginecológico, segundo o índice de Karnofsky, quanto ao diagnóstico médico - Uberaba (MG) – 2014.

Variáveis	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	P
Média dos escores de CF entre o primeiro e o terceiro ciclo de quimioterapia quanto ao diagnóstico médico						
Câncer de Mama	224	81,3839	8,58263	40,00	100,00	>0,001
Câncer Ginecológico	194	73,5052	9,76843	40,00	90,00	
DTG	20	83,6667	6,91638	63,33	90,00	
Total	438	77,9985	9,90558	40,00	100,00	
Média dos escores de CF entre o quarto e o sexto ciclo de quimioterapia quanto ao diagnóstico médico						
Câncer de Mama	220	79,6591	8,1617	40,00	100,00	>0,001
Câncer Ginecológico	153	71,7756	9,00713	40,00	90,00	
DTG	17	84,7059	5,14496	80,00	90,00	
Total	390	76,7863	9,35815	40,00	100,00	
Diferença dos valores das médias de CF apresentados por cada grupo entre os ciclos de quimioterapia analisados						
Câncer de Mama	220	-1,7955	4,18631	-30	13,33	0,059
Câncer Ginecológico	153	-1,0566	5,67695	-16,67	30,00	
DTG	17	0,7843	4,49219	-16,67	6,67	
Total	390	-1,3932	4,86133	-30	30,00	

Fonte: Dados coletados pelos autores durante o período de 2000 a 2012.

No que diz respeito ao diagnóstico médico, nota-se que entre o primeiro e o terceiro ciclo de tratamento, o teste ANOVA aplicado mostrou-se significativo. Na análise entre o quarto e o sexto ciclo de quimioterapia, o teste também indicou a significância estatística dos dados. Assim, em todos os momentos analisados, houve importante diferença entre os escores médios da CF apresentados pelos grupos estudados.

Em ambos os momentos analisados, o câncer ginecológico foi o tipo tumoral de maior impacto na CF, seguido do câncer de mama e da DTG, que apresentou as melhores médias de escore da CF.

Em relação ao grupo de mulheres com câncer ginecológico, deve-se considerar que a maioria das pacientes em uso de quimioterapia com finalidade paliativa tinha esse tipo de câncer como diagnóstico médico, com maior ocorrência de casos do câncer de ovário (n = 11, 40,7%), provavelmente em decorrência do diagnóstico tardio e da agressividade desse tipo tumoral, características também comuns a outros tipos de câncer ginecológico. É válido considerar ainda que a falta de conhecimento e de acesso aos serviços de saúde, somadas a não realização do exame preventivo do CCU por questões culturais (ANDRADE et al., 2014; FERREIRA, 2009), contribui para o diagnóstico tardio da doença. Assim, levando em conta a incidência do CCU neste estudo, o estadiamento dessa neoplasia pode ter influenciado na menor CF apresentada por esse grupo de pacientes, porém, a não avaliação do estadiamento não nos possibilita tal afirmativa. No que concerne ao grupo de mulheres com câncer de mama, averiguou-se o escore médio de CF próximo a 80, mostrando que de acordo com o índice de Karnofsky, as mulheres conseguem realizar suas atividades cotidianas diárias normalmente, porém com esforço, estando preservada as condições físicas para o autocuidado (BRASIL, 2008).

Sabe-se ainda que em relação às mulheres com câncer de mama que se submetem também ao tratamento cirúrgico, muitas são as que, em decorrência da insegurança e do medo, evitam a realização de tarefas do dia a dia por receio de comprometer a cirurgia realizada, diminuindo sua funcionalidade não em resposta a questões físicas, mas psicológicas. Uma pesquisa desenvolvida pelos autores Barreto et al. (2008) mostrou que as mulheres submetidas a esse procedimento cirúrgico possuem inúmeras dúvidas sobre como proceder em sua rotina diária e no autocuidado, podendo este ser um agravante para o comprometimento funcional.

Os achados deste estudo também mostram que embora as pacientes com câncer de mama tenham sido submetidas a mais sessões de quimioterapia que as pacientes do grupo com câncer ginecológico, estas apresentaram melhor média do escore da CF. Diante disso, tal descoberta provavelmente está relacionada à agressividade e ao diagnóstico tardio do câncer ginecológico, além da frequente

associação do tratamento quimioterápico com a radioterapia, comum em alguns tumores ginecológicos. Ainda, dentre as pacientes com diagnóstico de câncer de mama (n = 224), 202 (90,2%) fizeram uso de protocolos baseados em antracíclicos, enquanto as pacientes diagnosticadas com câncer ginecológico fizeram mais uso dos protocolos baseados nos taxanos (n = 164, 84%), sendo pertinente ressaltar que neste estudo, os protocolos taxanos foram responsáveis pelos piores escores médios da CF.

Entre os grupos abordados, as pacientes incluídas no grupo com DTG foram as que responderam pela maior média de escores de CF durante todo o tratamento, havendo uma melhora da CF de aproximadamente 1 ponto entre o quarto e o sexto ciclo de quimioterapia.

Como já referido, a maioria das pacientes desse grupo tinham a MH como diagnóstico, logo, a administração do medicamento MTX foi a mais recorrente para o tratamento. O uso do MTX traz importantes efeitos colaterais, tais como diarreia e mucosite oral (BONASSA, 2012), no entanto, os efeitos colaterais, na maioria das vezes se mostram controláveis em consequência do uso de drogas associadas para tal. Além disso, o uso exclusivo desse medicamento se mostra menos tóxico que outros protocolos que utilizam poliquimioterapia, que acabam por aumentar a possibilidade de diferentes efeitos colaterais (BONASSA, 2012).

Embora a administração da monoquimioterapia no tratamento da MH não seja um protocolo exclusivo (ROSS; BERKOWITZ; GOLDSTEIN, 2009), o uso restrito do MTX promove a cura de cerca de 90% das pacientes diagnosticados com MH (LURAIN, 2011). Nos casos mais agressivos e persistentes de MH é necessário o uso da poliquimioterapia para o controle da doença (ROSS; BERKOWITZ; GOLDSTEIN, 2009). No presente estudo, algumas mulheres foram submetidas à poliquimioterapia com o protocolo EMA-CO, em virtude da ausência de resposta ao tratamento com o MTX. O uso do EMA-CO é descrito na literatura como uma intervenção terapêutica mais severa quando comparado ao uso do MTX, podendo levar a alopecia, mielodpressão, náuseas e vômitos (BONASSA, 2012). No entanto, a porcentagem de pacientes que fizeram uso do protocolo EMA-CO foi atribuída apenas à minoria da população estudada. Desta forma, o uso da monoquimioterapia, o controle dos efeitos colaterais pela associação de medicamentos específicos e a alta porcentagem de cura atribuída ao uso exclusivo

do MTX no tratamento da MH podem ter contribuído para as melhores médias de escores de CF apresentadas por esse grupo.

Em um terceiro momento de avaliação, desenvolvido para a averiguação da possível diferença entre a evolução do declínio funcional apresentado pelos grupos de diagnóstico médico das pacientes, foi visto que de fato, houve diferença marginalmente significativa na evolução do declínio funcional dos grupos ao ser considerado todo o período de tratamento analisado. Assim, os grupos evoluíram de forma diferente ao longo do tratamento, sendo que, durante o período de avaliação o grupo de mulheres com câncer ginecológico apresentou maior declínio na evolução da CF comparado às pacientes inclusas em outros grupos de diagnósticos.

Tabela 16 - Teste ANOVA para comparações múltiplas entre os escores médios de capacidade funcional de mulheres com doença trofoblástica gestacional, câncer de mama e ginecológico, segundo o índice de Karnofsky, quanto ao diagnóstico médico – Uberaba (MG) - 2014.

Variável	Tipo Tumoral	P	
Média dos escores de CF entre o primeiro e o terceiro ciclo de quimioterapia quanto ao diagnóstico médico	Câncer de Mama	Câncer Ginecológico	> 0,001
		DTG	0,437
	Câncer Ginecológico	Câncer de Mama	_____
		Câncer Ginecológico	> 0,001
Média dos escores de CF entre o quarto e o sexto ciclo de quimioterapia quanto ao diagnóstico médico	Câncer de Mama	Câncer Ginecológico	> 0,001
		DTG	0,004
	Câncer Ginecológico	Câncer de Mama	_____
		Câncer Ginecológico	>0,001

Fonte: Dados coletados pelos autores durante o período de 2000 a 2012

Ao serem feitas comparações múltiplas entre as médias dos escores de CF das pacientes inclusas nos grupos de diagnóstico médico, observou-se que houve diferença significativa dos escores médios de CF em ambos os grupos, exceto ao se tratar da comparação entre o grupo de pacientes com DTG e o grupo com câncer de mama, durante os três primeiros ciclos, uma vez que a evolução da CF desses grupos, nesse dado momento, se manteve muito similar. No entanto com o aumento do escore médio da CF do grupo com DTG e a diminuição do escore médio do grupo com câncer de mama, já destacados anteriormente, houve diferença significativa desses grupos no período entre o quarto e o sexto ciclos analisados.

4.3.5 Análise da influência da idade, modalidade terapêutica, diagnóstico médico e protocolo quimioterápico, sobre a capacidade funcional da população estudada.

Para a avaliação de fatores capazes de influenciar o declínio da CF, as variáveis com melhores escores médios de CF foram selecionadas como categoria de referência, a fim de, analisar a influência dos fatores de maior impacto sobre a CF.

Tabela 17 – Teste de Regressão Linear Múltipla para análise da influência de variáveis sociodemográficas e clínicas na capacidade funcional de mulheres com doença trofoblástica gestacional, câncer de mama e ginecológico - Uberaba (MG) - 2014.

Variáveis	β	P
Média dos escores de CF entre o primeiro e o terceiro ciclo de quimioterapia quanto às variáveis sociodemográficas e clínicas		
Diagnóstico Médico		
Câncer de Mama	-0,002	0,992
Câncer Ginecológico	-3,382	0,028
*DTG	_____	_____
Protocolo Quimioterápico		
Antracíclicos	-0,12	0,298
Platínicos	-0,102	0,462
Taxanos	-0,146	0,049
*Outros	_____	_____
Grupo Etário		
Idoso	-0,044	0,317
*Adulto	_____	_____
Modalidade Terapêutica		
Quimioterapia exclusiva	-0,056	0,232
*Quimioterapia não exclusiva	_____	_____
Média dos escores de CF entre o quarto e o sexto ciclo de quimioterapia quanto às variáveis sociodemográficas e clínicas		
Diagnóstico Médico		
Câncer de Mama	-0,159	0,315
Câncer Ginecológico	-0,732	< 0,001
*DTG	_____	_____
Protocolo Quimioterápico		
Antracíclicos	-0,093	0,437
Platínicos	0,112	0,439
Taxanos	-0,037	0,627
*Outros	_____	_____
Grupo Etário		
Idoso	-0,056	0,082
*Adulto	_____	_____
Modalidade terapêutica		
Quimioterapia exclusiva		
*Quimioterapia não exclusiva	-0,081	0,232
	_____	_____

Fonte: Dados coletados pelos autores durante o período de 2000 a 2012.

*Categoria de referência

Pela análise dos dados do Teste de Regressão Linear Múltipla, foi observado que apenas duas variáveis se mostraram influentes para o declínio da CF, estas foram em ordem de importância, o câncer ginecológico e o uso pelas pacientes de protocolos baseados nos quimioterápicos taxanos.

No grupo que recebeu o protocolo baseado nos taxanos, constatou-se que entre o primeiro e o terceiro ciclo de tratamento os quimioterápicos taxanos causaram impacto de forma significativa sobre o declínio da CF das mulheres que o utilizavam. Deste modo, o uso dos taxanos por mulheres deste estudo, foi diretamente associado ao declive funcional, provavelmente por causa de seu potencial de toxicidade (BONASSA, 2012).

Em um estudo transversal desenvolvido com 21 mulheres diagnosticadas com câncer de mama, os autores Silva, Albuquerque e Leite (2010) concluíram que as pacientes em uso de paclitaxel apresentaram maior sintomatologia quando comparadas as que estavam em uso dos protocolos FAC e CMF incluídos no atual estudo, respectivamente, nos grupos antracíclicos e outros. O estudo referiu ainda que, entre os principais sintomas apresentados pelas mulheres que utilizaram quimioterápicos taxanos, houve destaque para a fadiga (SILVA, ALBUQUERQUE, LEITE, 2010). É pertinente ressaltar que a fadiga está diretamente associada à diminuição da CF (CAMPOS, et al., 2011).

Ao retomar a análise bivariada, percebe-se que as pacientes em uso de taxanos, se comparadas às pacientes inclusas nos outros grupos de protocolo, já apresentavam piores escores de CF entre o primeiro e o terceiro ciclo de tratamento. No entanto, mesmo que entre o quarto e o sexto ciclo as médias dos escores de CF ainda se mostrassem piores para as pacientes do grupo taxanos, a atual análise não indicou nesse segundo momento influência significativa do uso desse protocolo na diminuição da CF da população estudada. Cabe destacar que, esse achado pode ser atribuído ao fato das pacientes em uso dos taxanos terem apresentado uma melhora dos sintomas da doença e, conseqüentemente, da CF, durante o quarto e o sexto ciclo de tratamento, como discutido anteriormente na análise bivariada. Logo, houve influência expressiva do uso de protocolos baseados em taxanos no declínio da CF apenas durante o período entre o primeiro e o terceiro ciclo de quimioterapia.

Ao se tratar da variável condizente ao diagnóstico médico, pode-se referir que, de fato, a análise bivariada já apontava diferença relevante dos escores médios

de CF entre os diagnósticos médicos durante todos os ciclos de quimioterapia, mostrando que as CF apresentadas pelos pacientes com câncer de mama, câncer ginecológico e DTG não eram semelhantes entre si, e indicando que as pacientes com câncer ginecológico foram responsáveis pelos piores escores médios de CF em todos os momentos do tratamento. Além disso, a avaliação bivariada ainda apontou que o diagnóstico médico foi a única variável que se apresentou significativa quanto à diferença na evolução do declínio da CF entre os grupos de diagnóstico dos ciclos explorados ao longo do tratamento. Em consequente, o câncer ginecológico mostrou ser capaz de influenciar significativamente a CF dessas pacientes, sendo também o responsável pelo maior declínio funcional.

É oportuno salientar, como referido anteriormente, que o grupo de pacientes com câncer ginecológico contém importantes tipos de câncer com caráter agressivo, que somados ao diagnóstico tardio de outros tipos de câncer ginecológico, tal como o CCU, e à modalidade terapêutica utilizada também podem ter colaborado para os dados apresentados na Tabela 17. Nesse prisma, os autores Alves, Guerra e Bastos (2009) apontam que a grande ocorrência e o diagnóstico tardio da doença ainda são reais. Além disso, um estudo transversal mostrou, através da análise de bases secundárias nacionais, que, entre 2000 e 2009, respectivamente, 70,6% das mulheres com CCU foram diagnosticadas já em estágio avançado da doença (THULLER; AGUIAR; BERGMANN, 2014), contribuindo assim para o comprometimento funcional causado pelo avanço da própria neoplasia.

Deste modo, a natureza do caráter agressivo de alguns tipos de câncer, o diagnóstico mais tardio de outros e da modalidade terapêutica, certamente colaborou para a influência da variável câncer ginecológico no declínio da CF de pacientes diagnosticadas com essa neoplasia.

5. CONCLUSÃO

Este estudo permitiu avaliar a CF de pacientes com câncer ginecológico, câncer de mama e DTG em tratamento quimioterápico.

Apesar de iniciarem o tratamento com certa debilidade funcional, percebeu-se que as pacientes apresentaram melhor CF no início do tratamento, sendo possível notar que mesmo com a ocorrência do maior declínio funcional de forma moderada e gradual, a população estudada manteve a CF de modo linear durante toda a terapêutica, logo, a população evoluiu de forma similar. Ainda, de modo geral e segundo as médias de CF apresentadas pelo índice de Karnofsky, as pacientes não se mostraram capazes de realizar suas atividades cotidianas e de realizar trabalho ativo, estando aptas apenas para efetuar o autocuidado.

Além disso, a avaliação pontual sobre o impacto causado pelas variáveis sociodemográficas e clínicas na CF mostrou que as pacientes que sofreram maior impacto foram as idosas, as diagnosticadas com câncer ginecológico, as submetidas à quimioterapia como único tratamento, e as que fizeram uso de protocolos quimioterápicos baseados em taxanos. O uso dos taxanos durante o início do tratamento quimioterápico e o diagnóstico de câncer ginecológico foram importantes variáveis que influenciaram o declive funcional. Assim, pôde ser notado que o tipo de câncer foi o maior influenciador para a diminuição da CF dessas pacientes. Assim, concluiu-se que é preciso oferecer assistência adequada à necessidade de cada paciente, visando um olhar integral e individual respeitando a individualidade de cada um.

Considerando o papel que a mulher desenvolve na sociedade como cidadã contribuinte, chefe de família e cuidadora da prole, têm sido cada vez mais comuns os estudos envolvendo aspectos relacionados à qualidade de vida de mulheres com câncer.

Em tempos em que o paciente oncológico dispõe de avanços no tratamento que proporcionam o alcance da cura ou maior sobrevida, é imprescindível que os profissionais envolvidos trabalhem para garantir qualidade de vida durante o processo de tratamento.

Nessa perspectiva, pôde-se notar que o tratamento quimioterápico pode apresentar riscos à paciente, visto que esta já possui alguma incapacidade funcional

causada pela própria doença. Desse modo, a quimioterapia e as próprias condições impostas pela neoplasia exigem cuidados especiais, para que a paciente possa ser submetida a esses procedimentos com segurança.

Portanto, é pertinente estabelecer manuais de rotinas e protocolos de assistência de enfermagem que visem ao atendimento integral e de qualidade que, em conjunto com a atuação de outros profissionais de saúde, possam garantir a prevenção e o controle dos efeitos colaterais do tratamento quimioterápico, além do controle de sinais e sintomas apresentados em decorrência da doença.

São limitações do estudo a abordagem restrita à avaliação física, não sendo considerado o contexto psicológico, social, econômico e espiritual das pacientes, uma vez que, sabe-se que a qualidade de vida não está ligada apenas à função física, embora esta seja fundamental.

REFERÊNCIAS

- ADÃO, R. et al. Cardiotoxicity associated with cancer therapy: Pathophysiology and prevention. **Rev. Port. Cardiol.**, Lisboa, v. 32, n. 5, p. 395-409, mai. 2013. Disponível em: < http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90207434&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=434&ty=146&accion=L&origen=elsevierpt%20&web=www.elsevier.pt&lan=en&fichero=434v32n05a90207434pdf001.pdf >. Acesso em: 12 set. 2014.
- ALDRIGHI, J. M. et al. Ooforectomia profilática na histerectomia por agravo uterino benigno: evidências atuais. **Rev. Assoc. Med Bras.**, São Paulo, v. 55, n. 3. 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v55n3/v55n3a05.pdf> >. Acesso em: 01 nov. 2014.
- ALVES, C; ALVES, L. C. et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 1924-1930, ago. 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n8/19.pdf> >. Acesso em: 14 jun. 2014.
- ALVES, C. M. M.; GUERRA, M. R.; BASTOS, R. R. Tendência de mortalidade por câncer de colo de útero para o Estado de Minas Gerais, Brasil, 1980-2005. **Cad. Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 1693-1700, ago. 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n8/05.pdf> >. Acesso em: 16 mar. 2013.
- ALVES, L. C.; LEITE, I. da C.; MACHADO, C. J. Factors associated with functional disability of elderly in Brazil: a multilevel analysis. **Rev. Saúde Pública.**, São Paulo, v. 44, n. 3, jun. 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n3/AO988.pdf> >. Acesso em: 26 fev. 2014.
- ANDRADE, J. M. de. Mola hidatiforme e doença trofoblástica gestacional. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 94-101, fev. 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n2/08.pdf> >. Acesso em: 12 jun. 2013.
- ANDRADE, M. S. et al. Fatores associados a não adesão ao Papanicolau entre mulheres atendidas pela Estratégia Saúde da Família em Feira de Santana, Bahia, 2010. **Epidemiol. Serv. Saúde.**, Brasília, v. 23, n. 1, p. 111-120, jan./mar. 2014. Disponível em: < <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v23n1/v23n1a11.pdf> >. Acesso em: 12 mai. 2013.
- ANJOS, S. de J. dos S. B. et al. Fatores de risco para câncer de colo do útero segundo resultados de IVA, citologia e cervicografia. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, dez. 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n4/08.pdf> >. Acesso em: 13 jun. 2013.
- APOLO, A. B. et al. Prognostic Model for Predicting Survival of Patients With Metastatic Urothelial Cancer Treated With Cisplatin-Based Chemotherapy. **J. Natl. Cancer Inst.**, Cary, v. 105, n. 7, apr. 2013. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3691944/pdf/djt015.pdf> >. Acesso em:

12 jun. 2014.

ARAÚJO, A. M.; LOMBARDI, M. R. Trabalho informal, gênero e raça no Brasil do início do século XXI. **Caderno de Pesquisa**, v. 43, n. 149, p. 452-477, 2013. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/cp/v43n149/05.pdf> >. Acesso em: 5 dec. 2013.

ARAÚJO, T. V. B.; AQUINO, E. M. L. Fatores de risco para histerectomia em mulheres brasileiras. **Cad. Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 407-417, 2003. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19s2/a22v19s2.pdf> >. Acesso em: 12 mai. 2014.

ASSOCIACAO BRASILEIRA DE ALERGIA E IMUNOPATOLOGIA. Anafilaxia: diagnóstico. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 59, n. 1, p. 7-17, 2013. Disponível em: < <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/pdf/v10n1a10.pdf> >. Acesso em: 25 jun. 2014.

BAGGOTT, C. R. et al. An evaluation of the factors that affect the health-related quality of life of children following myelosuppressive chemotherapy. **Support. Care Cancer.**, Berlin, v. 19, p. 353–361, feb. 2011. Disponível em < http://file:///C:/Users/My-PC/Downloads/520_2010_Article_824.pdf >. Acesso em: 24 out. 2013.

BARRETO, R. A. S. et al. As necessidades de informação de mulheres mastectomizadas subsidiando a assistência de enfermagem. **Rev. Eletrônica Enferm.**, Goiânia, v. 10, n. 1, p. 110-123, 2008. Disponível em: < <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/pdf/v10n1a10.pdf> >. Acesso em: 13 ago. 2013.

BARROS, S. M.; MATIN, H. DE F.; ABRÃO, A. C. F. V. Promovendo a saúde. In: _____. **Enfermagem obstétrica e ginecológica**. São Paulo: Roca, 2002. cap. 20, p. 415-428.

BASTOS, A. da C. **Ginecologia**. 11. ed. rev. e atual. São Paulo: Atheneu, 2006. 444 p.

BAYOUDH, L. et al. Trastuzumab (herceptine) dans le traitement medical des cancers du sein. **La Tunisie Med.**, Tunis, v. 90, n. 1, p. 6-12. 2011. Disponível em: < http://www.latunisiemedicale.com/article-medicale-tunisie_1862_fr >. Acesso em: 29 out. 2014.

BISCARO, A. et al. Frequência de mola hidatiforme em tecidos obtidos por curetagem uterina. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 254-258. 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v34n6/v34n6a03.pdf> >. Acesso em: 13 set. 2014.

BOGLIOLO, L.; BRASILEIRO FILHO, G. **Patologia**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. 1328 p.

BONASSA, E. M. A. **Terapêutica Oncológica para Enfermeiros e Farmacêuticos**. 4 ed. São Paulo: Atheneu, 2012. 538 p.

BORGHESAN, D.H.; PELLOSO, S. M.; CARVALHO, M. D. B. Câncer de mama e fatores associados. **Ciênc. Cuid. Saúde.**, Maringá, v. 7, n. 1, p. 62-68. 2008.

Disponível em: <

<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/6566/3886> >.

Acesso em: 9 nov. 2014.

BORONOW, R. C. Fallopian tube cancer: Radical surgery, extended field radiation and chemotherapy in 24 personal cases treated with “intent to cure”. **Gynecologic Oncology**, v. 111, n. 3, p. 511-22, 2008. Disponível em: < <http://ac.els-cdn.com.ez33.periodicos.capes.gov.br> >.

Acesso em: 12 mai. 2013.

BRAGAGNOLO, A; ELI, D; HAAS, P. Human Papillomavirus (HPV). **Rev. Bras.**

Anal. Clin., Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 91-96, 2010. Disponível em: <

<http://www.sbac.org.br/rbac/019/278.pdf> >. Acesso em: 29 out. 2014.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa.

Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 16 p. Disponível em: <

http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/aquivos/resolucoes/23_out_verso_final_196_ENCEP2012.pdf >. Acesso em 20 de jun. de 2013.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa.

Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 12 p. Disponível em:

<<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em 06 de nov. de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Integral à Saúde da Mulher**: bases de ação programática. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 1984. 26 p. Disponível em: <

http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_mulher.pdf >.

Acesso em: 12 fev. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Ações de enfermagem**

para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. 3. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2008. 608 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Controle do câncer de**

mama: documento de consenso. Rio de Janeiro: INCA, 2004b. 39 p. Disponível em: < <http://www.inca.gov.br/publicacoes/consensointegra.pdf> >. Acesso em: 13 ago. 2013.

2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2014**:

incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2014a. 122 p. Disponível em: <

<http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/estimativa-24042014.pdf> >. Acesso em: 10 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção à Saúde da**

Mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2004a. 86 p. Disponível em: < http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf >. Acesso em: 10 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013a. 122 p. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controle_canceres_colo_uterio_2013.pdf >. Acesso em: 23 set. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação. Avaliação e Controle Coordenação Geral de Sistemas de Informação. **Sistema de Informações Ambulatoriais:** manual de bases técnicas da oncologia. 17 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2014b, 120 p. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/manual_oncologia_14edicao.pdf >. Acesso em: 5 out. 2013.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Censo Demográfico 2010:** características da população e dos domicílios Resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. 270 p. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/> >. Acesso em: 5 dez. 2013.

BRASIL. Portaria no 73 de 30 de janeiro de 2013. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Trastuzumabe para tratamento do câncer de mama inicial**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em:< http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2013/prt0073_30_01_2013.html >. Acesso em: 22 set. 2013b.

CAMPOS, M. P. de O. et al. Cancer-related fatigue: a review. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 57, n. 2, p. 211-219, 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/ramb/v57n2/en_v57n2a21.pdf >. Acesso em: 18 jun. 2014.

CARDOSO, J. H.; COSTA, J. S. D. da. Características epidemiológicas, capacidade funcional e fatores associados em idosos de um plano de saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p. 2871-2878, 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n6/a24v15n6.pdf> >. Acesso em: 14 jul. 2014.

CHANG, H. R. Trastuzumab-Based Neoadjuvant Therapy in Patients With HER2-Positive Breast Cancer. **Cancer.**, Hoboken, v. 15, p. 2856-2867, jun. 2010. Disponível em: < <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cncr.25120/pdf> >. Acesso em: 29 out. 2014.

CORREIA, J. N., ALBACH, L. S. P.; ALBACH, C. A. Extravasamento de quimioterápicos: conhecimentos da equipe de enfermagem. **Rer. Cienc. Saúde**, Porto Alegre, v. 4, n. 1, p. 22-31, jan./jun. 2011. Disponível em: < <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/9151/6627> >. Acesso em: 12 jul. 2014.

COSTA, M. A. D. L. da; CHAGAS, S. R. P. Neoadjuvante no câncer de mama operável: revisão da literatura. **Rev. Bras. Cancerol.**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 2, p. 261-269. 2013. Disponível em: < http://www.inca.gov.br/rbc/n_59/v02/pdf/14-quimioterapia-neoadjuvante-no-cancer-de-mama-operavel-revisao-da-literatura.pdf >. Acesso em: 25 jun. 2014.

DEDECCA, C. S.; RIBEIRO, C. S. M. de F.; ISHII, F. H. Gênero e jornada de trabalho: análise das relações entre mercado de trabalho e família. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 65-90, mar./jun. 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tes/v7n1/04.pdf> >. Acesso em: 12 dec. 2013.

DHANDA, S.; RAMANI, S.; THAKUR, M. Gestational trophoblastic disease: a multimodality imaging approach with impact on diagnosis and management. **Radiol Res Pract.**, v. 2014, p. 1-12. 2014. Disponível em: < [file:///C:/Users/My-PC/Downloads/842751%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/My-PC/Downloads/842751%20(2).pdf) >. Acesso em: 12 mar. 2013.

DI DONATO, V. et al. Vaginal cancer. **Crit. Rev. Oncol. Hematol.**, Boca Raton, v. 81, p. 286–295. 2012. Disponível em: < [file:///C:/Users/My-PC/Downloads/Critical%20Reviews%20in%20OncologyHematology%20\(2012\)%20-%20Vaginal%20cancer%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/My-PC/Downloads/Critical%20Reviews%20in%20OncologyHematology%20(2012)%20-%20Vaginal%20cancer%20(1).pdf) >. Acesso em: 23 fev. 2013.

DING, Y.; NGUYEN, T. A. Gap Junction Enhancer Potentiates Cytotoxicity of Cisplatin in Breast Cancer Cells. **J. Cancer Sci. Ther.**, v. 4, n. 11, p. 371–378. 2012. Disponível em: < <http://omicsonline.org/gap-junction-enhancer-potentiates-cytotoxicity-of-cisplatin-in-breast-cancer-cells-1948-5956.1000170.pdf> >. Acesso em: 23 jun. 2014.

DONATI, A.; CASTRO, L. G. M. Efeitos colaterais cutâneos de quimioterapia com taxanos: O ponto de vista do dermatologista. **An. Bras. Dermatol.**, Rio de Janeiro, v. 86, n. 4, p. 755-758, 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/abd/v86n4/v86n4a20.pdf> >. Acesso em: 12 jun. 2014.

DUTRA, M. C. et al. Imunofenótipo e evolução de câncer de mama em mulheres muito jovens na pós-menopausa. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 31, n.2, p. 54-60, fev. 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n2/02.pdf> >. Acesso em: 25 out. 2013.

EITAN, R. et al. The clinical significance of malignant pleural effusions in patients with optimally debulked ovarian carcinoma. **Cancer.**, Hoboken, v. 103, n. 7, p. 397-401, 2005. Disponível em: < <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cncr.20920/pdf> >. Acesso em: 12 abr. 2014.

FABRÍCIO, V. C. Tratamento oncológico no idoso. **Rev. Bras. Med.**, São Paulo, v. 68, n. 5, p. 4-7, mai. 2011. Disponível em: < http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=4740 >. Acesso em: 5 jul. 2014.

FARIAS, N.; BUCHALLA, C. M. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: Conceitos, Usos e Perspectivas. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 187-93, jun. 2005.

Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v8n2/11.pdf> >. Acesso em: 02 abr. 2013.

FERNANDES, W. C.; KIMURA, M. Qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres com câncer de colo uterino. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 65-72, mai./jun. 2010. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_10.pdf >. Acesso em: 14 mar. 2014.

FERREIRA, A. C. et al. Coriocarcinoma: relato de caso e revisão da literatura. **Rev. Imagem**, São Paulo, v. 32, n. 3/4, p. 71-74, 2010. Disponível em: < <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe=613162&indexSearch=ID> >. Acesso em: 12 out. 2013.

FERREIRA, L. R.; PEDREIRA, M. da L. G.; DICCINI, S. F. Flebite no pré e pós-operatório de pacientes neurocirúrgicos. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 30-36, jan./mar. 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n1/a06v20n1.pdf> >. Acesso em: 15 jun. 2014.

FERREIRA, M. L. S. M. Motivos que influenciam a não-realização do exame de Papanicolaou segundo a percepção de mulheres. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 378-384, abr./jun, 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n2/v13n2a20.pdf> >. Acesso em: 23 abr. 2013.

FORONES, N. M. et al. (coord.) **Guias de medicina ambulatorial e hospitalar: oncologia**. Barueri: Manole, 2005. 444 p.

FRISTACHI C.E. et al. Tratamento conservador dos carcinomas de mama localmente avançados T2 e T3, após quimioterapia neoadjuvante, com quadrantectomia e braquiterapia de alta taxa de dose como reforço de dose, teleterapia complementar e quimioterapia adjuvante. **Rev. Bras. Cancerol.**, Rio de Janeiro, v. 51, n. 2, p. 125-133, 2005. Disponível em: < http://www.inca.gov.br/rbc/n_51/v02/pdf/artigo4.pdf >. Acesso em: 13 mar. 2014.

GAJRIA, D.; CHANDARLAPATY, S. HER2-amplified breast cancer: mechanisms of trastuzumab resistance and novel targeted therapies. **Expert Rev. Anticancer Ther.**, London, v. 11, n. 2, p. 263–275, dec. 2011. Disponível em: < [file:///C:/Users/My-PC/Downloads/nihms289124%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/My-PC/Downloads/nihms289124%20(2).pdf) >. Acesso em: 29 out. 2014.

GARNER, et al. Gestational trophoblastic disease. **Clin. Obstet. Gynecol.**, Philadelphia, v. 50, n. 1, p. 112-122, mar. 2007. Disponível em: < <http://ac.els-cdn.com.ez33.periodicos.capes.gov.br> >. Acesso em: 12 mar. 2014.

GEBRIM, L. H. et al. Indicações da cirurgia conservadora no câncer de mama. **FEMINA**, v. 38, n. 11, nov. 2010. Disponível em: < http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/Feminav38n11_593-597.pdf >. Acesso em: 14 mar. 2014.

GERK, M. A. de S. In: _____. **Enfermagem obstétrica e ginecológica: guia para a prática assistencial**. São Paulo: ROCA, 2002. cap. 21, p. 429-470.

GIANNI, L. et al. Neoadjuvant and adjuvant trastuzumab in patients with HER2-positive locally advanced breast cancer (NOAH): follow-up of a randomised controlled superiority trial with a parallel HER2-negative cohort. **Lancet Oncol.**, London, v. 15, n. 6, p. 640-647, jan. 2014. Disponível em: < <http://211.144.68.84:9998/91keshi/Public/File/36/375-9712/pdf/1-s2.0-S0140673609619644-main.pdf> >. Acesso em: 29 out. 2014.

GONÇALVES, A. K. et al. Safety, tolerability and side effects of human papillomavirus vaccines: a systematic quantitative review. **Braz. J. Infect. Dis.**, Salvador, 2014. Disponível em: < http://ac.els-cdn.com/S1413867014000695/1-s2.0-S1413867014000695-main.pdf?_tid=68acd6c0-6b3e-11e4-a1e2-00000aacb35d&acdnat=1415887831_e944593acd5bcea61db1fbff85153fd1 >. Acesso em: 28 out. 2014.

GOZZO, T. de O. et al. Occurrence of neutropenia in women with breast cancer during chemotherapy treatment. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 24, n. 6, p. 810-814, 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n6/en_a14v24n6.pdf >. Acesso em: 12 jun. 2014.

GOZZO, T. de O. **Toxicidade ao tratamento quimioterápico em mulheres com câncer de mama**. 2008.113 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008. Disponível em: < <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/83/83131/tde-07072008-131358/pt-br.php> >. Acesso em: 12 jun. 2014.

GRINCENKOV, F. R. S. et al. Factors associated with the quality of life of incident patients on PD in Brazil (BRAZPD). **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 38-44, jan./mar. 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/jbn/v33n1/en_v33n1a05.pdf >. Acesso em: 23 jun. 2014.

GUIMARÃES, A.G.C.; ANJOS, A.C.Y. Caracterização Sociodemográfica e Avaliação da Qualidade de Vida em Mulheres com Câncer de Mama em Tratamento Quimioterápico Adjuvante. **Rev. Bras. Cancerol.**, Rio de Janeiro, v. 58, n. 4, p. 581-592, 2012. Disponível em: < http://www1.inca.gov.br/rbc/n_58/v04/pdf/03-artigo-caracterizacao-sociodemografica-avaliacao-qualidade-vida-mulheres-cancer-mama-tratamento-quimioterapico-adjuvante.pdf >. Acesso em: 12 abr. 2014.

HALBE, H. W. **Tratado de Ginecologia**. 1. ed. São Paulo: Roca LTDA, 1987.838 p.

HOLTZ, J. V. S. et al. Há benefício no uso da ranitidina em pacientes hospitalizados, sob menor regime de estresse, na profilaxia da úlcera péptica ou da hemorragia digestiva?. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 53, n. 6, 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v53n6/a06v53n6.pdf> >. Acesso em: 12 mar. 2014.

HURRIA, A. et al. Senior Adult Oncology. **J. Natl. Compr. Canc. Netw.**, Philadelphia, v. 10, n. 2, p. 162-209, Sudbury. 2012. Disponível em: < <http://www.jnccn.org/content/10/2/162.full.pdf+html> >. Acesso em: 3 jul. 2014.

INSINGA, R. P. et al. A Systematic Review of the Prevalence and Attribution of Human Papillomavirus Types Among Cervical, Vaginal and Vulvar Precancers and Cancers in the United States. **Cancer Epidemiol. Biomark. Prev.**, Philadelphia, v. 17, n. 7, p. 1611–1622. Jul. 2008. Disponível em: < <http://cebp.aacrjournals.org/content/17/7/1611.full.pdf+html> >. Acesso em: 29 out. 2014.

INUMARU, L. E.; SILVEIRA, E. A. da; NAVES, M. M. V. Fatores de risco e de proteção para câncer de mama: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 7, p. 1259-1270, jul. 2011. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n7/02.pdf> >. Acesso em: 12 abr. 2013

IP, C. K. M. et al. p70 S6 kinase drives ovarian cancer metastasis through multicellular spheroid-peritoneum interaction and P-cadherin/ β 1 integrin signaling activation. **Oncotarget**, v. 5, n. 19, p. 9133-9149. 2014. Disponível em: < [file:///C:/Users/My-PC/Downloads/2362-27779-2-PB%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/My-PC/Downloads/2362-27779-2-PB%20(2).pdf) >. Acesso em: 06 nov. 2014.

JANSEN, C. et al. Potential mechanisms for chemotherapy-induced impairments in cognitive function. **Oncol. Nurs. Fórum.**, New York, v. 32, n. 6, p. 1151-1163. 2005. Disponível em: < <link.periodicos.capes.gov.br.ez33.periodicos.capes.gov.br> >. Acesso em: 06 nov. 2014.

JELOVAC, D.; ARMSTRONG, D. K. Recent Progress in the Diagnosis and Treatment of Ovarian Cancer. **Cancer J. Clin.**, New York, v. 61, n. 3, p. 183–203, may./jun. 2011. Disponível em: < <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/caac.20113/pdf> >. Acesso em: 16 out. 2013.

JORDAN, K.; KASPER, C.; SCHMOLL, H. Chemotherapy-induced nausea and vomiting: current and new standards in the antiemetic prophylaxis and treatment. **Eur. J. Cancer.**, Oxford, v. 41, p. 199-205, may./ jun. 2005. Disponível em: < <http://ac.els-cdn.com.ez33.periodicos.capes.gov.br> >. Acesso em: 16 out. 2013.

KALIL FILHO, R. et al. I Diretriz Brasileira de Cardio-Oncologia da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arq Bras Cardiol.**, Rio de Janeiro, v. 96, n. 2, p. 01-52, 2011. Disponível em: < http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2013/i_diretriz_cardio-oncologia_pediatria.pdf >. Acesso em: 15 mar. 2014.

KOIVISTO KORANDER R. et al. Immunohistochemical studies on uterine carcinosarcoma, leiomyosarcoma, and endometrial stromal sarcoma: expression and prognostic importance of ten different markers. **Tumor Biol.**, Basel, v. 32, n. 3, p. 451-459, 2011. Disponível em: < <link.periodicos.capes.gov.br.ez33.periodicos.capes.gov.br> >. Acesso em: 12 jun. 2013.

KIRKWOOD, J. M. et al. Immunotherapy of Cancer in 2012. **Cancer J. Clin.**, New York, v. 62, n. 5, p. 309–335, set. 2012. Disponível em: < <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/caac.20132/pdf> >. Acesso em: 15 ago. 2013.

KRIS, M.G. et al. American Society of Clinical Oncology - Guidelines for Antiemetics in Oncology: Update 2006. **Am. J. Clin. Oncol.**, New York, v. 24, n. 18, p. 2932-2947, jun. 2006. Disponível em: < <http://jco.ascopubs.org/content/24/18/2932.full.pdf> >. Acesso em: 08 jun. 2014.

LAHOZ, M. de A. Capacidade Funcional e Qualidade de Vida em Mulheres Pós-Mastectomizadas. **Rev. Bras. Cancerol.**, Rio de Janeiro, v. 56, n. 4, p. 423-430, 2010. Disponível em:< <http://angoti.com.br/enviados/2011124163726.pdf> >. Acesso em: 12 abr. 2014.

LAGE, D. Doença de Paget: a importância do especialista. **An. Bras. Dermatol.**, Rio de Janeiro, v. 85, n. 3, p. 365-369, 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/abd/v85n3/a11v85n3.pdf> >. Acesso em: 21 out. 2013.

LARSSON, G. L. Prognostic impact of human papilloma virus (HPV) genotyping and HPV-16 subtyping in vaginal carcinoma. **Gynecologic Oncology**, New York, v. 129, n. 2, p. 406-11, 2013. Disponível em:< <http://ac.els-cdn.com.ez33.periodicos.capes.gov.br> >. Acesso em: 29 out. 2014.

LAWTON, M. P.; BRODY, E. M. Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. **J. Gerontol.**, Washington, v. 9, p. 179-186, 1969. Disponível em: < http://gerontologist.oxfordjournals.org/content/9/3_Part_1/179.extract >. Acesso em: 13 mar. 2014.

LEITE, F.M.C. et al. Mulheres com Diagnóstico de Câncer de Mama em Tratamento com Tamoxifeno: Perfil Sociodemográfico e Clínico. **Rev. Bras. Cancerol.**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 1, p. 15-21, 2011. Disponível em: < http://www1.inca.gov.br/rbc/n_57/v01/pdf/04_artigo_mulheres_diagnostico_cancer_mama_tratamento_tamoxifeno.pdf >. Acesso em: 02 fev. 2014.

LI, H. et al. Risk factors for the development of vaginal intraepithelial neoplasia. **Chin. Med. J.**, Beijing, v. 125, n. 7, p. 1219-1223. 2012. Disponível em: < [file:///C:/Users/MyPC/Downloads/Risk%252bfactors%252bfor%252bthe%252bdevelopment%252bof%252bvaginal%252bintraepithelial%252bneoplasia%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/MyPC/Downloads/Risk%252bfactors%252bfor%252bthe%252bdevelopment%252bof%252bvaginal%252bintraepithelial%252bneoplasia%20(3).pdf) >. Acesso em: 2 jul. 2013.

LIMA, R. A. et al. Ooforectomia profilática: indicações atuais. **FEMINA.**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 3, p. 236-237, mar. 2009. Disponível em: < <http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/femina-v37n3-p155.pdf> >. Acesso em: 29 out. 2014.

LUIZ, B. M. et al. Estudo Epidemiológico de Pacientes com Tumor de Ovário no Município de Jundiáí no Período de Junho de 2001 a Junho de 2006. **Rev. Bras. Cancerol.**, Rio de Janeiro, v. 55, n. 3, p. 247-253, 2009. Disponível em: < http://www.inca.gov.br/rbc/n_55/v03/pdf/51_artigo6.pdf >. Acesso em: 4 jul. 2013.

LURAIN, J. R. Gestational trophoblastic disease II: classification and management of gestational trophoblastic neoplasia. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, St. Louis, v. 204, n. 1,

p. 11-18, jan. 2011. Disponível em: < [http://www.ajog.org/article/S0002-9378\(10\)00852-5/pdf](http://www.ajog.org/article/S0002-9378(10)00852-5/pdf) >. Acesso em: 15 fev. 2014.

LURAIN, J. R. Gestational trophoblastic disease I: epidemiology, pathology, clinical presentation and diagnosis of gestational trophoblastic disease, and management of hydatidiform mole. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, St. Louis, p. 531-539, dec. 2010. Disponível em: < [http://www.ajog.org/article/S0002-9378\(10\)00853-7/pdf](http://www.ajog.org/article/S0002-9378(10)00853-7/pdf) >. Acesso em: 14 fev. 2014.

MAESTÁ, I.; BRAGA, A. Desafios do tratamento de pacientes com doença trofoblástica gestacional. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro , v. 34, n. 4, abr 2012 . Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v34n4/01.pdf> >. Acesso em: 14 fev. 2014.

MARTA, G. N. et al. Câncer de mama estágio inicial e radioterapia: atualização **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 57, n. 4, p. 468-474. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v57n4/v57n4a24.pdf> >. Acesso em: 27 set 2014.

MARTINS, E. Z. et al. Complications in the venous network of women with breast cancer during chemotherapy treatment. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 552-556. 2010. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n4/en_17.pdf >. Acesso em: 12 mar. 2014.

MARTINS, L. C. et al. Desempenho profissional ou doméstico das pacientes em quimioterapia para câncer de mama. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 55, n. 2, p. 158-162. 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v55n2/19.pdf> >. Acesso: 14 ago. 2014.

MARTIN, M. et al. Toxicity and health-related quality of life in breast cancer patients receiving adjuvant docetaxel, doxorubicin, cyclophosphamide (TAC) or 5-fluorouracil, doxorubicin and cyclophosphamide (FAC): impact of adding primary prophylactic granulocyte-colony stimulating factor to the TAC regimen. **Ann. oncol.**, Dordrecht , v. 17, p. 1205–1212. aug. 2006. Disponível em: < <http://annonc.oxfordjournals.org/content/17/8/1205.full.pdf+html> >. Acesso em: 25 set. 2013.

MASCARELLO, K. C. et al. Perfil Sociodemográfico e Clínico de Mulheres com Câncer do Colo do Útero Associado ao Estadiamento Inicial. **Rev. Bras. Cancerol.**, Rio de Janeiro, v. 58, n. 3, p. 417-426. 2012. Disponível em: < <file:///C:/Users/My-PC/Downloads/8.pdf> >. Acesso em: 13 fev. 2014.

MENEZES, A. N. de O. et al. **Manual de Condutas em Ginecologia:** Hospital A.C.Camargo. 1. ed. São Paulo: FAP. 2010. Disponível em: < <http://www.accamargo.org.br/files/pdf/manual-de-condutas-ginecologia/manual-conduta-palm.pdf> >. Acesso em: 03 abr. 2014.

MERIGHI, M. A. B. et al. Experiências e expectativas de mulheres submetidas à histerectomia. **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 608-615. jul./set. 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/v21n3a16.pdf> >. Acesso em: 12 jun. 2014.

MINAYO, M. C. S. ; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de Vida e Saúde: um debate necessário. **Ciênc. Saúde Coletiva.**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18. 2000. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7075.pdf> >. Acesso em: 09 de nov. 2014.

MIRANDA, T. V. de et al. Estado Nutricional e Qualidade de Vida de Pacientes em Tratamento Quimioterápico. **Rev. Bras. Cancerol.**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 1, p. 57-64. 2013. Disponível: < http://www.inca.gov.br/rbc/n_59/v01/pdf/09-estado-nutricional-e-qualidade-de-vida-de-pacientes-em-tratamento.pdf >. Acesso: 25 fev. 2014.

MONTEIRO, R. et al. Qualidade de vida em foco. **Rev. Bras. Cir. Cardiovasc.**, São José do Rio Preto, v. 25, n. 4, p. 568-574, dec. 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbccv/v25n4/v25n4a22.pdf> >. Acesso em: 15 mar. 2014.

MORAES, M. H. B. de. Câncer ginecológico. In: _____ **Enfermagem Oncológica**. Barueri-SP: Manole, 2007. cap. 18, 285-299 p.

NADAL, S. R.; MANZIONE C. R. Vacina Contra o Papilomavirus Humano. O Que é Preciso Saber?. **Rev. Bras. Colo-proctol.**, Rio e Janeiro, v. 30, n. 2, p. 237-240 abr./jun. 2010. Disponível: < <http://www.scielo.br/pdf/rbc/v30n2/v30n2a18.pdf> >. Acesso em: 29 out. 2014.

NUGENT, E. K. et al. The value of perioperative imaging in patients with uterine sarcomas. **Gynecol. Oncol.**, New York, v. 115, n. 1, p. 37-40. 2009. Disponível: < <http://ac.els-cdn.com.ez33.periodicos.capes.gov.br> >. Acesso em: 20 mai. 2013.

OLIVEIRA, E. X. G. de et al. Condicionantes socioeconômicos e geográficos do acesso à mamografia no Brasil, 2003-2008. **Ciênc. Saúde Coletiva.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3649-3664. 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n9/a02v16n9.pdf> >. Acesso em: 02 mar. 2013.

OLIVEIRA SÁ, M. P. B, et al. Cardiotoxicidade e quimioterapia. **Rev. Soc. Bras. Clín. Méd.**, São Paulo, v. 7, p. 326-330. 2009. Disponível em: < <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2009/v7n5/a010.pdf> >. Acesso em: 5 jun. 2013.

OSIS, M. J. M. D. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil **Cad. Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 25-32. 1998. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v14s1/1337.pdf> >. Acesso em: 12 abr. 2013.

PALMADOTTIR, G. The role of occupational participation and environment among Icelandic women with breast cancer: A qualitative study. **Scand. J. Occup. Ther.**, Oslo, v. 17, n. 4, p. 299-307. 2010. Disponível em: < <http://link.periodicos.capes.gov.br.ez33.periodicos.capes.gov.br> >. Acesso em: 15 jun. 2014.

PARADA, R. et al. A política nacional de atenção básica oncológica e o papel da atenção na prevenção e o controle do câncer. **Rev. APS.**, Juiz de Fora, v. 11, n. 2,

p. 11-12, abr. 2008. Disponível em: < file:///C:/Users/My-PC/Downloads/263-1111-1-PB%20(1).pdf >. Acesso em: 12 fev. 2013.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. 598 p.

PERES, L. A. B.; CUNHA JUNIOR, A. D. da. Nefrotoxicidade aguda da cisplatina: mecanismos moleculares. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo, v. 35, n.4, p. 332-340, oct./dec. 2013. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/jbn/v35n4/v35n4a13.pdf> >. Acesso em: 12 abr. 2014.

PIATO, S.; RICCI, M. D.; PIATO, J. R. M. Neoplasia Trofoblásticas Gestacionais. In: _____ **Oncologia ginecológica**: aspectos atuais do diagnóstico e do tratamento. Baurueri: Manole. Cap. 20. 2008. p. 277-290.

PINELLI, F. das G. S. Promovendo a saúde. In: _____. **Enfermagem obstétrica e ginecológica**. São Paulo: Roca, 2002. cap. 20, 415-428 p.

PINHEIRO, A. B. LAUTER; MEDEIROS et al. Câncer de Mama em Mulheres Jovens: Análise de 12.689 Casos. **Rev. Bras. Cancerol.**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 351-359. 2013. Disponível em: < http://www1.inca.gov.br/rbc/n_59/v03/pdf/05-artigo-cancer-mama-mulheres-jovens-analise-casos.pdf >. Acesso em: 25 abr. 2014.

PINTO, A. P. Etiopatogenia do câncer vulvar. **J. Bras. Patol. Med. Lab.**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 1, p. 55-63, 2002. Disponível em: < www.scielo.br/pdf/jbpml/v38n1/a11v38n1.pdf >. Acesso em: 13 mar. 2014.

POLO, L. H. V.; MOARES, M. W. The Zubrod performance status and the Karnofsky index in quality of life evaluation of children with cancer. **Einstein**, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 314-321. 2009. Disponível em: <http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1241-Einstein%20v7n3p314-21_1.pdf >. Acesso em: 02 out. 2012.

POMFRET, T. C.; GAGNON, J. M. JR; GILCHRIST, A. T. Quadrivalent human papillomavirus (HPV) vaccine: a review of safety, efficacy, and pharmacoeconomics. **J. Clin. Pharm. Ther.**, Oxford, v. 36, p. 1–9. Mar. 2011. Disponível em: < <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2710.2009.01150.x/pdf> >. Acesso em: 29 out. 2014.

POZER, M. Z. et al. Sinais e sintomas de mielodepressão por quimioterapia no domicílio, entre portadoras de câncer ginecológico. **Ciênc. Cuid. Saúde.**, Maringá, v. 11, n. 2, p. 336-342. 2012. Disponível em: < <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/14984/pdf> >. Acesso em: 12 ago. 2014.

PULIDO, J. Z.; ALEIXO, S. B. Antieméticos em Oncologia. **Revista Brasileira de Oncologia Clínica**, v. 1. n. 3, p. 35-40, set/dez. 2004. Disponível em < <http://sboc.org.br/revista-sboc/pdfs/4/artigo7.pdf> >. Acesso em: 20 mar. 2014.

QUADROS COELHO, M. A. et al. Reações anafiláticas em serviço de urgência: tratamento farmacológico em 61 pacientes. **Rev. Bras. Alergia Imunopatol.**, São Paulo, v. 33, n. 5, p. 199-202. 2010. Disponível em: < http://www.sbai.org.br/revistas/Vol335/reacoes_33_5.pdf >. Acesso em: 25 mar. 2014.

RAMA, C. H. et al. Prevalência do HPV em mulheres rastreadas para o câncer cervical. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 123-130, fev. 2008. Disponível em: < <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v42n1/6028.pdf> >. Acesso em: 22 abr. 2013.

REIS, F. J. C. dos. Rastreamento e diagnóstico das neoplasias de ovário: papel dos marcadores tumorais. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro. v. 27, n. 4, p. 222-227, abr. 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v27n4/a10v27n4.pdf> >. Acesso: 22 set. 2013.

RICCI, M. D. et al. Câncer do Endométrio. In: _____ **Oncologia ginecológica: aspectos atuais do diagnóstico e do tratamento**. Baurueri: Manole. cap. 14. 2008. p.169-190.

RICCI, M. D.; PIATO, J. R. M.; PIATO, S. Câncer de Vulva In: _____. **Oncologia ginecológica: aspectos atuais do diagnóstico e do tratamento**. Baurueri: Manole, 2008. cap. 11, p. 107-126.

SILVA, S.; AGUILLAR, O. M. **Assistência de enfermagem em quimioterapia antineoplásica**. Rio de Janeiro: EPUB, 2001. 60 p.

RODRIGUES, D. S.; PINHO, S. T. R.; MANCERA, P. F. A. Um modelo matemático em quimioterapia. **TEMA.**, São Carlos, v. 13, n. 1, p. 01-12, p. 2179-8451. jan./abr. 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tema/v13n1/02.pdf> >. Acesso em: 20 jul. 2014.

ROQUE, V. M. N.; FORONES, N. M. Avaliação da qualidade de vida e toxicidades em pacientes com câncer colorretal tratados com quimioterapia adjuvante baseada em fluoropirimidinas. **Arq. Gastroenterol.**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 94-101, abr./jun. 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ag/v43n2/31129.pdf> >. Acesso: 22 mai. 2014.

ROSS, S.; BERKOWITZ, R. S.; GOLDSTEIN, D. P. Current management of gestational trophoblastic diseases. **Gynecol. Oncol.**, New York, v. 112, p. 654-662. 2009. Disponível em: < <http://ac.els-cdn.com.ez33.periodicos.capes.gov.br> >. Acesso: 22 mai. 2014.

SANTOS, M. R. et al. Desvelando o cuidado humanizado: percepções de enfermeiros em oncologia pediátrica. **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 646-653, jul./set. 2013. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n3/v22n3a10.pdf> >. Acesso em: 12 fev. 2014.

SAWADA, N. O. et al. Avaliação da qualidade de vida de pacientes com câncer submetidos à quimioterapia. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 581-

587, set. 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/a12v43n3.pdf> >. Acesso em: 15 mai. 2014.

SCHAG, C. C.; HEINRICH, R.; GANZ, P. Karnofsky Performance Status Revisited: Reliability, Validity, and Guidelines. **J. Clin. Oncol.**, New York, v. 2, n. 3, p. 187-193. 1984. Disponível em: < jco-ascopubs-org.ez33.periodicos.capes.gov.br >. Acesso em: 13 fev. 2013.

SCHNEIDER, F.; PEDROSO, E. Extravasamento de drogas antineoplásicas: avaliação do conhecimento da equipe de enfermagem. **Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, v. 15, n. 4, p. 522-529, out/dez. 2011. Disponível em: < [file:///C:/Users/My-PC/Downloads/v15n4a08%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/My-PC/Downloads/v15n4a08%20(1).pdf) >. Acesso em: 03 fev. 2013.

SCHUNEMANN JUNIOR, E. et al. Novos conceitos e revisão atualizada sobre sarcomas uterinos. **FEMINA.**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 3, p. 40-43, mai./Jun. 2012. Disponível em: < <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2012/v40n3/a3262.pdf> >. Acesso em: 13 jun. 2013.

SCHUURMANS, M. et al. Primary central nervous system lymphoma in the elderly: a multicentre retrospective analysis. **Br. J. Haematol.**, Oxford, v. 151, p. 179–184, aug. 2010. Disponível em: < <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2141.2010.08328.x/pdf> >. Acesso em: 12 abr. 2014.

SCULIER, J.P. et al. Chemotherapy improves low performance status lung cancer patients. **Eur. J. Respir. Dis.**, Copenhagen, v. 30, p. 1186–1192. 2007. Disponível em: < <http://erj.ersjournals.com/content/30/6/1186.full.pdf+html> >. Acesso em: 25 jun. 2014.

SEBER, et al., I Diretriz Brasileira de Cardio-Oncologia Pediátrica da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arq Bras Cardiol.**, Rio de Janeiro, v. 100, n. 5, supl. 1, mai. 2013. Disponível em: < http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2013/i_diretriz_cardio-oncologia_pediatria.pdf >. Acesso em: 14 jun. 2014.

SECKL, M. J.; SEBIRE, N. J; BERKOWITZ; R. S. Gestational trophoblastic disease., **Lancet.**, London, v. 376, n. 28, ago. 2010. Disponível em: < <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/S0140673610602802.pdf> >. Acesso em: 13 fev. 2013.

SHARIFI, N. et al. Gestational trophoblastic diseases in North East of Iran: 10 years (2001-2010) prospective epidemiological and clinicopathological study. **Adv. Biomed. Res.**, v. 55, n. 3, p. 1-4. 2014. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3950844/> >. Acesso em: 4 jun. 2013.

SILVA, C. B.; ALBUQUERQUE, V.; LEITE, J. Qualidade de Vida em Pacientes Portadoras de Neoplasia Mamária Submetidas a Tratamentos Quimioterápicos. **Rev. Bras. Cancerol.**, Rio de Janeiro, v. 56, n. 2, p. 227-236. 2010. Disponível em: < http://www1.inca.gov.br/rbc/n_56/v02/pdf/08_artigo_qualidade_vida_portadoras_neoplasia_mamaria.pdf >. Acesso em: 12 mar. 2014.

SILVA, G. A. et al. O aumento de acesso à mamografia e os desafios para a política de controle do câncer de mama no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3665-3670, set. 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n9/a03v16n9.pdf> >. Acesso em: 19 abr. 2014.

SILVA, M. da M.; MOREIRA, M. C. Sistematização da assistência de enfermagem em cuidados paliativos na oncologia: visão dos enfermeiros. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 172-178. 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n2/03.pdf> >. Acesso em: 12 fev. 2013.

SILVA, C. M. C.; SANTOS, I. M. M. dos; VARGENS, O. M. da C. A repercussão da histerectomia na vida de mulheres em idade reprodutiva. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 76-82, jan./mar. 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n1/v14n1a12.pdf> >. Acesso em: 25 out. 2013.

SIMÕES, A. C.; BARROS, D. Doença de Paget da papila mamária. **Diagn. Tratamento.**, São Paulo, v. 12, n. 4, p. 156-158. Disponível em: < <http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2007/v12n4/a0004.pdf> >. Acesso em: 21 out. 2013.

SOARES, C. R.; ALMEIDA, A. M.; GOZZO, T. de O. A. Avaliação da rede venosa pela enfermagem em mulheres com câncer ginecológico durante o tratamento quimioterápico. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 240-246. Abr./jun. 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n2/05.pdf> >. Acesso: 27 dez. 2013.

SOARES, L. C.; KLERING, S. T.; SCHWARTZ, E. Cuidado transcultural a clientes oncológicos em tratamento quimioterápico e a seus familiares. **Ciênc. cuid. saúde.**, Maringá, v. 8, n. 1, p. 101-108. 2009. Disponível em: < <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/7783/4415> >. Acesso em: 12 abr. 2013.

SOUSA, R. B. et al. Adenocarcinoma de Tuba Uterina: Relato de Dois Casos. **Rev. Bras. Cancerol.**, Rio de Janeiro, v. 56, n. 3, p. 353-357. 2010. Disponível em: < http://www1.inca.gov.br/rbc/n_56/v03/pdf/08_relato_adenocarcinoma_tuba_uterina.pdf >. Acesso em: 06 ago. 2013.

SOUZA, C. A. et al. Terapêutica citoprotetora em pacientes tratados com quimioterapia e/ou radioterapia anti neoplásica. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter.**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 123-128, mai. /ago. 2000. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbhh/v22n2/13426.pdf> >. Acesso: 16 jul. 2014.

SOUZA, M. C. F. de; ALMEIDA FILHO, A. J. de. As iniciativas da formação profissional na área de oncologia e a inserção da enfermagem: antecedentes históricos. In: Congresso da Sociedade Brasileira de Radioterapia. Rio de Janeiro: INCA; 2010. 1 p. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/Maria_cristina_formacao_profissional.pdf >. Acesso em: 15 dec. 2013.

SOUZA, J. A ; FORTES, R. C. Qualidade de Vida de Pacientes Oncológicos. Um Estudo Baseado em Evidências. **REVISA**, Valparaíso de Goiás, v. 2, p. 183-192, jul/dez. 2012. Disponível em: < <http://revistafacesa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/view/30/25> >. Acesso em: 6 set. 2013.

STEWART, S. L. et al. The incidence of primary fallopian tube cancer in the United States. **Gynecol. Oncol.**, New York, v. 107, n. 3, p. 392-397. 2007. Disponível em: < ac.els-cdn.com.ez33.periodicos.capes.gov.br >. Acesso em: 12 jun. 2013.

TAVARES, E. J. P. et al., Líquen escleroso da vulva. **Revista da SPDV**, Lisboa, v. 70, n. 1, p. 81-89. 2012. Disponível em: < [file:///C:/Users/My-PC/Downloads/41-42-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/My-PC/Downloads/41-42-1-PB%20(1).pdf) >. Acesso em: 30 out. 2014.

TEIXEIRA, L. A.; FONSECA, C. M. O. **De doença desconhecida a problema de saúde pública: o INCA e o controle do Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2007. 172 p. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doenca_desconhecida_saude_publica.pdf >. Acesso em: 12 abr. 2013.

THORNTON, H.; PILLARISSETTI, R. R. Breast Awareness and „breast self-examination are not the same. What do these terms mean? Why are they confused? What can we do?. **Eur. J. Cancer.**, Oxford, v. 44, p. 2118-2121. 2008. Disponível em: < <http://ac.els-cdn.com.ez33.periodicos.capes.gov.br> >. Acesso em: 25 ago. 2014.

THORNTON, L. M. et al. Delayed Emotional Recovery After Taxane-based Chemotherapy. **Cancer.**, Hoboken, v. 113, n. 3, p. 638–647, aug. 2008. Disponível em: < <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cncr.23589/pdf> >. Acesso em: 25 jun. 2014.

THULER, L. C.; AGUIAR, S. S.; BERGMANN, A. Determinantes do diagnóstico em estágio avançado do câncer do colo do útero no Brasil. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 6, p. 237-243. 2014. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v36n6/0100-7203-rbgo-36-06-00237.pdf> >. Acesso em: 15 mai. 2014.

TIEZZI, D. G. et al. Impacto prognóstico da recorrência local em pacientes com câncer inicial de mama submetidas a tratamento conservador. **Rev. Col. Bras. Cir.**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 5, p. 284-291, set./out. 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v35n5/v35n5a03.pdf> >. Acesso em: 2 abr. 2014.

VELIȘCU, A. et al. Bilateral primary fallopian tube carcinoma: a case report. **Rom. J. Morphol. Embryol.**, Bucuresti , v. 54, n. 4, p. 1183–1187. 2013. Disponível em: < <http://www.rjme.ro/RJME/resources/files/54041311831187.pdf> >. Acesso em: 29 out. 2014.

VAN CLEAVE, J. H. et al. Factors Affecting Recovery of Functional Status in Older Adults After Cancer Surgery. **J. Am. Geriatr. Soc.**, New York, v. 59, n. 1, p. 34-43. 2011. Disponível em: <

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3176326/pdf/nihms262845.pdf> >. Acesso em: 06 jun. 2014.

WALLBILLICH, J. J. et al. Vulvar Intraepithelial Neoplasia (VIN2/3): comparing clinical outcomes and evaluating risk factors for recurrence. **J. Am. Geriatr. Soc.**, New York, v. 127, n. 2, p. 312–315. Nov. 2012. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3632361/pdf/nihms448262.pdf> >. Acesso em: 20 jun. 2013.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health Interview Surveys: towards international harmonization of methods and instruments.** Washington, 1996. P. 161. Disponível em: < http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/111149/E72841.pdf?ua=1 >. Acesso em: 15 jul. 2013.

WOOLDERINK, J. M. et al. Patterns and frequency of recurrences of squamous cell carcinoma of the vulva. **Gynecol. Oncol.**, New York, v. 9, p. 103-293, 2006. Disponível em: < <http://ac.els-cdn.com.ez33.periodicos.capes.gov.br> >. Acesso em: 04 mai. 2014.

ZARDO, G. P. et al. Vacina como agente de imunização contra o HPV. **Ciênc. Saúde Coletiva.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 9, p. 3799-3808, set. 2014. Disponível em: < <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v19n9/1413-8123-csc-19-09-3799.pdf> >. Acesso em: 30 out. 2014.

APÊNDICE A

Instrumento de acompanhamento de pacientes submetidas a quimioterapia antineoplásica	
I- IDENTIFICAÇÃO:	
Nome:	Idade:
Registro:	
Endereço:	
II- BASE DE DADOS SOBRE SAÚDE/DOENÇA	
Dados da administração ao tratamento:	
Data da admissão:	Forma da admissão:
Diagnóstico oncológico:	
Tratamento oncológico proposto:	
Tratamento quimioterápico:	
Tipo de Quimioterapia:	
<input type="checkbox"/> Monoquimioterapia <input type="checkbox"/> Poliquimioterapia <input type="checkbox"/> De altas doses <input type="checkbox"/> Curativa <input type="checkbox"/> Paliativa	
<input type="checkbox"/> Para controle temporário <input type="checkbox"/> Sistema <input type="checkbox"/> Regional <input type="checkbox"/> Adjuvante <input type="checkbox"/> Neoadjuvante	
Administração da Quimioterapia	
Quimioterápicos usados/ doses:	
Via de administração:	
Intervalo entre as aplicações:	
Número de sessões previstas:	
Fase que a paciente se encontra:	
Ação do quimioterápico: <input type="checkbox"/> Vesicante <input type="checkbox"/> Irritante	

ANEXO 1

DATA:					
Condição	%	Capacidade Funcional	Escore	Escore	Escore
Apto para realizar suas atividades normais e trabalhar. Não necessita de cuidado especial	100	Normal, sem queixas, sem evidências da doença.			
	90	Apto para realizar suas atividades normais, poucos sinais ou sintomas da doença.			
	80	Realiza suas atividades normais com esforço; alguns sinais ou sintomas da doença.			
Inapto para trabalhar. Apto para viver em casa e cuidar da maior parte de suas necessidades pessoais. Necessita de assistência em graus variáveis.	70	Cuida de si mesmo; inapto para realizar suas atividades normais ou executar trabalho ativo.			
	60	Requer assistência ocasional, mas está apto para cuidar da maior parte de suas necessidades.			
	50	Requer assistência considerável e cuidados médicos frequentes.			
Inapto para cuidar de si mesmo. Requer o equivalente ao cuidado hospitalar ou institucional. A doença pode estar progredindo rapidamente	40	Incapacitado; requer cuidado especial e assistência.			
	30	Severamente incapaz; está indicada a hospitalização, porém a morte não é iminente.			
	20	A hospitalização é necessária; muito doente; necessita de tratamento de suporte ativo			
	10	Moribundo; processo fatal progredindo rapidamente.			
	0	Morte			

ANEXO 2

6/6



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO – Uberaba (MG)
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-CEP

Parecer Consubstanciado

PROTOCOLO DE PROJETO DE PESQUISA COM ENVOLVIMENTO DE SERES HUMANOS

IDENTIFICAÇÃO

TÍTULO DO PROJETO: QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE DA MULHER: ANÁLISE MULTIFOCAL

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Sueli Riul da Silva

INSTITUIÇÃO ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: UFTM

DATA DE ENTRADA NO CEP/UFTM: 30/06/2010

PROTOCOLO CEP/UFTM: 1698

PARECER DO CEP: APROVADO

(O relatório anual ou final deverá ser encaminhado um ano após o início do processo).

DATA DA REUNIÃO: 27/08/2010

Prof. Ana Palmira Soares dos Santos
Coordenadora