

Qualidade de vida de pacientes brasileiros e espanhóis com câncer em tratamento quimioterápico: revisão integrativa da literatura

Namie Okino Sawada¹
Adriana Cristina Nicolussi²
Juliana Maria de Paula³
Maria Paz Garcia-Caro⁴
Celia Marti-Garcia⁵
Francisco Cruz-Quintana⁵

Objetivo: caracterizar a produção científica do Brasil e Espanha quanto aos aspectos metodológicos e aos aspectos relacionados à qualidade de vida relacionada à saúde, apresentados pelo paciente com câncer em tratamento quimioterápico dos dois países. **Método:** revisão integrativa da literatura nas bases de dados: CINAHL, MEDLINE, SCOPUS e CUIDEN e bibliotecas eletrônicas PubMed e SciELO, realizado em setembro de 2013. **Resultados:** foram analisados 28 artigos que atenderam os critérios de inclusão. A síntese do conhecimento foi feita por três categorias de análise: avaliação da qualidade de vida em diferentes tipos de câncer, fatores sociodemográficos que influenciaram a qualidade de vida e o tipo de câncer e as intervenções que melhoram a qualidade de vida. Evidenciou-se que o tratamento quimioterápico afeta a qualidade de vida relacionada à saúde, e os fatores que mais influenciaram foram idade, sexo, tipo de protocolo de quimioterapia, tipo de cirurgia, estágio da doença, nível de escolaridade e inteligência emocional. As terapias complementares, como acupuntura, visualização com imagem guiada, oração e exercícios, tiveram efeitos positivos na diminuição dos efeitos colaterais. **Conclusão:** os resultados demonstraram nível de evidências fraco, pois 86% dos estudos são descritivos de corte transversal, o instrumento de qualidade de vida relacionada à saúde mais utilizado foi o EORTC QLQ C-30 e a produção foi predominantemente realizada no Brasil.

Descritores: Qualidade de Vida; Neoplasias; Quimioterapia; Revisão.

¹ PhD, Professor Associado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil.





² RN, PhD, Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, SP, Brasil.

³ Doutoranda, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

⁴ PhD, Professor Assistente, Departamento de Enfermagem, Universidade de Granada, Granada, Andaluzia, Espanha.

⁵ PhD, Professor Titular, Departamento de Enfermagem, Universidade de Granada, Granada, Andaluzia, Espanha.

Como citar este artigo

Sawada NO, Nicolussi AC, Paula JM, Garcia-Caro MP, Marti-Garcia C, Cruz-Quintana F. Quality of life of Brazilian and Spanish cancer patients undergoing chemotherapy: an integrative literature review. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016;24:e2688. [Access   ]; Available in: . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0564.2688>.

Introdução

No Brasil como na Espanha, o câncer tem sido uma doença crescente e de relevância à saúde pública. O quadro de incidência, prevalência e mortalidade por câncer no Brasil é semelhante ao da Espanha, bem como as políticas de saúde na área oncológica. A Política Nacional de Atenção Oncológica do Brasil, instituída pela Portaria nº2.439/GM, de 8 de dezembro de 2005⁽¹⁾ e a Estratégia em Câncer Del Sistema Nacional de Salud, do Ministerio de Sanidad y Política Social da Espanha (2010)⁽²⁾, tem como objetivo otimizar a prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer, bem como melhorar a informação e incentivar a investigação científica. As linhas de atuação também são convergentes, enfatizando a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, cuidados paliativos, qualidade de vida e pesquisa.

O tratamento cirúrgico do câncer e os outros procedimentos terapêuticos (radioterapia e quimioterapia) têm resultado na diminuição da mortalidade e da morbidade; entretanto, existe a preocupação com o *status* funcional e a qualidade de vida dessas pessoas.

Assim, a reabilitação do paciente com câncer é um processo contínuo, com a finalidade de maximizar as capacidades dos indivíduos dentro das limitações impostas pela doença e pelo tratamento. Dentro desse contexto, ressalta-se a importância da pesquisa sobre qualidade de vida relacionada à saúde dos pacientes brasileiros e espanhóis com câncer, em tratamento quimioterápico.

Embora estudos realizados ao longo dos tempos não demonstrem consenso sobre o conceito de Qualidade de Vida (QV), três aspectos são comuns em todas as definições que é a subjetividade, dimensionalidade e bipolaridade. Como mostra a revisão da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS), muitas vezes é utilizado como estado de saúde percebido e refere-se a quanto a doença ou o estado crônico, além de seus sintomas, passam a interferir na vida diária de um indivíduo⁽³⁾.

Diante do exposto, nesta Revisão Integrativa (RI) teve-se como objetivo investigar o que a literatura tem produzido a respeito da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde dos pacientes com câncer, em tratamento quimioterápico, do Brasil e Espanha, buscando as melhores evidências disponíveis para subsidiar as discussões de um projeto maior, que compara a QV de pacientes com câncer em tratamento quimioterápico do Brasil e Espanha, e analisar os resultados de pesquisa de forma crítica para obter informações relevantes que

contribuirão para integrar as evidências encontradas com a prática da saúde.

Os objetivos específicos desta RI são: caracterizar a produção científica do Brasil e Espanha quanto às características metodológicas; caracterizá-las quanto aos aspectos relacionados à QVRS, apresentados pelo paciente com câncer, em tratamento quimioterápico dos dois países; identificar os domínios de QVRS afetados nessa população e os fatores sociodemográficos e clínicos que afetam a QVRS e identificar quais são os instrumentos utilizados para avaliar a QVRS, nessas publicações.

Método

O método utilizado foi a Revisão Integrativa da literatura (RI), considerada uma estratégia para identificar as evidências existentes para fundamentar as práticas de saúde. A RI é um método de pesquisa que proporciona a busca, avaliação crítica e a síntese das evidências disponíveis sobre o tema investigado⁽⁴⁾. O método da RI permite a inclusão de diversas metodologias (por exemplo, pesquisas experimentais e não experimentais) e contribui para a apresentação de variadas perspectivas em um fenômeno de interesse e tem sido defendida como importante meio para integrar o conhecimento científico de determinado tema, contribuindo, assim, para a prática clínica.

Dessa forma, esta revisão foi conduzida segundo o método que propõe seis etapas: selecionar a hipótese ou questão da revisão, selecionar a amostra a ser estudada, definir as características do estudo, analisar os estudos incluídos na revisão, interpretar os resultados e apresentar a revisão com a síntese do conhecimento⁽⁴⁾.

Na primeira etapa, formulou-se a seguinte questão norteadora: "qual o conhecimento produzido sobre QVRS de pacientes brasileiros e espanhóis com câncer, em tratamento quimioterápico?".

Na segunda etapa, é importante caracterizar a amostra a ser estudada com os critérios de inclusão e exclusão. Para isso, foram utilizadas as bases de dados: CINAHL, MEDLINE, SCOPUS e CUIDEN e as bibliotecas eletrônicas PubMed e SciELO, utilizando as plataformas EBSCOhost, ProQUEST e a plataforma da Fundação Index para buscar a base de dados CUIDEN. As escolhas dessas bases de dados se devem ao fato da grande abrangência das mesmas e as bibliotecas SciELO e a base de dados CUIDEN para atender o critério de inclusão de artigos que envolvam amostras de pacientes brasileiros e espanhóis. A biblioteca SciELO foi criada em 2002 e reúne ampla coleção de periódicos científicos brasileiros e a base de dados CUIDEN foi criada em 1991, sob os auspícios do Centro de Documentação

em Enfermeria Comunitária (CEDEC) e mais tarde pela Fundación Index, com a finalidade de melhorar a difusão do conhecimento científico especializado em cuidados de saúde da Espanha⁽⁵⁾.

Os descritores/palavras-chave utilizados nas quatro bases de dados e duas bibliotecas eletrônicas foram: qualidade de vida, qualidade de vida relacionada à saúde, câncer e quimioterapia. Os operadores booleanos adotados foram "and" e "or".

Os critérios de inclusão foram: artigos sobre QV de pacientes brasileiros e espanhóis com câncer em quimioterapia, população com amostra de pacientes maiores de 18 anos, brasileiros ou espanhóis, artigos nos idiomas português, inglês ou espanhol, indexados nas bases de dados CINAHL, MEDLINE, SCOPUS e CUIDEN e nas bibliotecas eletrônicas PubMed e SciELO, publicados no período dos últimos cinco anos (de janeiro de 2009 a setembro de 2013) e com resumos disponíveis.

Como critérios de exclusão foram: teses e dissertações, artigos relacionados à pesquisa metodológica, como criação e/ou validação de instrumentos de QV, artigos de estudos multicêntricos que não tiveram como população exclusiva brasileira e espanhola, revisões sistemáticas e aqueles que não envolveram seres humanos.

Para a terceira etapa, que consiste em definir as características do estudo, foi adotado para análise dos artigos e extração dos dados o mesmo instrumento utilizado em estudo anterior⁽⁶⁾, que foi submetido à validação aparente e de conteúdo por três juízes *experts* no instrumento. O instrumento contempla a identificação dos artigos (periódico publicado, formação e instituição à qual os autores estão vinculados, idioma e país), os aspectos metodológicos do estudo (delineamento de pesquisa, objetivos, amostragem, tratamento dos dados, resultados, conclusões e nível de evidência) e as características da QV pesquisada

(definição de QV, instrumentos e domínios avaliados). Foi modificado o item relacionado às características da estomia por protocolo de quimioterapia, que é um dos pontos de interesse dessa revisão.

Para o nível de evidência, foi considerada a seguinte classificação: nível 1 evidências oriundas de revisões sistemáticas ou metanálises de Ensaio Clínicos Randomizados Controlados (ECRC), nível 2 evidências obtidas de pelo menos um ECRC bem delineado, nível 3 originadas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização, nível 4 provenientes de estudo de caso-controle e de corte bem delineados, nível 5 obtidas de revisões sistemáticas de estudos descritivos ou qualitativos, nível 6 oriundos de um único estudo descritivo ou qualitativo e nível 7 evidências originárias de opinião de autoridades e/ou comitê de especialistas⁽⁷⁾.

Na quarta etapa, realizou-se uma análise minuciosa dos artigos, atentando-se para os itens de inclusão e exclusão dos mesmos. Na quinta etapa, foi realizada uma análise aprofundada dos artigos, visando atingir os objetivos deste estudo e comparar os dados encontrados com a literatura e finalizou-se (sexta etapa) com a síntese do conhecimento da revisão, que será apresentada por categorias temáticas, tabela e figuras.

Resultados

O levantamento dos artigos nas bases de dados CINAHL, MEDLINE, EBSCO e CUIDEN e nas bibliotecas *online* SciELO e PubMed foi realizado concomitantemente em setembro de 2013, utilizando-se as palavras-chave qualidade de vida, qualidade de vida relacionada à saúde, câncer e quimioterapia com combinações de duas ou três palavras.

A Tabela 1 demonstra a quantidade de artigos encontrados, repetidos e selecionados, de acordo com cada base de dados.

Tabela 1 – Número de artigos obtidos nas bases de dados. Brasil/Espanha, 2009-2013

Base de dados	Artigos encontrados	Artigos excluídos	Artigos selecionados	Artigos duplicados nas bases	Total de artigos analisados
MEDLINE	330	322	08	04	08
CINAHL	489	478	11	10	09
SCOPUS	218	201	17	09	08
SciELO	45	33	12	09	03
PubMed	100	100	0	0	0
CUIDEN	03	03	0	0	0
Total	1185	1137	48	32	28

Nas bases de dados, delimitaram-se previamente os critérios de inclusão, referentes a pacientes adultos maiores de 18 anos, brasileiros e espanhóis, artigos publicados nos últimos cinco anos (janeiro de 2009 a outubro de 2013), nos três idiomas – inglês, português e espanhol, artigos de pesquisa com seres humanos e

foi encontrado o total de 1.185 artigos. Após a leitura dos resumos, foram selecionados 48 artigos para leitura na íntegra, 32 estavam duplicados em uma ou mais bases de dados e somente 28 atenderam os critérios de inclusão e constituíram esta RI.

A Figura 1 demonstra a referência dos artigos, a base de dados em que foram encontrados, o delineamento e o nível de evidência, a formação e o local de trabalho do autor principal e o idioma e o país em que a pesquisa foi desenvolvida.

Estudo	Autor e referência	Base de dados	Delineamento e nível de evidência	Formação e instituição do autor principal	País e idioma
01	Jorge, Silva. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2010;18(5):849-55	MEDLINE + SciELO	Estudo descritivo, exploratório Nível VI	Enfermeiro/ universidade	Brasil/ espanhol
02	Sawada et al. Cancer Nursing 2010;33(5):E21-28	MEDLINE + CINAHL + SCOPUS	Estudo clínico não randomizado Nível III	Enfermeiro/ universidade	Brasil/inglês
03	Sawada et al. Rev. Esc Enferm USP 2009;43(3):581-7	MEDLINE + SCOPUS + SciELO	Estudo descritivo, exploratório Nível VI	Enfermeiro/ universidade	Brasil/português
04	Tejido-Sánchez et al. Actas Urol Esp. 2013;37.http://dx.doi.org/10.1016/j.acuro.2013.04.006.	SCOPUS	Estudo descritivo, exploratório Nível VI	Médico/hospital universitário	Espanha/ espanhol
05	Campos, Palma, Leite. J Clin Exp Dent. 2013;5(3):122-7	SCOPUS	Estudo descritivo, exploratório Nível VI	Médico/ universidade	Brasil/inglês
06	Arraras et al. Psycho-Oncol. DOI 10.1002/pon.3307, 2013	CINAHL + SCOPUS	Estudo descritivo, exploratório Nível VI	Médico/hospital	Espanha/inglês
07	Paiva et al. J Relig Health. DOI 10.1007/s10943-013-9770-6, 2013	SCOPUS	Estudo descritivo, exploratório Nível VI	Médico/hospital	Brasil/inglês
08	Oliveira et al. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2013;21(3):787-94	CINAHL + SCOPUS + SciELO	Estudo descritivo, exploratório Nível VI	Enfermeiro/ universidade	Brasil/espanhol
09	França Neto et al. J.Coloproctol. 2013;33(2):50-7	SCOPUS	Estudo descritivo, exploratório Nível VI	Médico/ universidade	Brasil/inglês
10	Rey, Extremera e Trillo. Psychosocial Oncol 2013;31:51-64	SCOPUS	Estudo descritivo, exploratório Nível VI	Psicólogo/ universidade	Espanha/inglês
11	López-Jornet et al. J Cranio-Maxillo-Facial Surg 2012;40:614-20	CINAHL + SCOPUS	Estudo descritivo, exploratório Nível VI	Médico/ universidade	Espanha/inglês
12	Mansano-Schlosser e Ceolim. Texto Contexto Enfer. 2012;21(3):600-7	CINAHL + SCOPUS+ SciELO	Estudo descritivo, exploratório Nível VI	Enfermeiro/ universidade	Brasil/português
13	Evangelista e Santos, Supportive Care Cancer 2012;20:1499-1506	SCOPUS	Estudo descritivo, exploratório Nível VI	Enfermeiro/ universidade	Brasil/inglês
14	Azevedo et al. J of Voice 2012;26(2):e 63-e 71	CINAHL + SCOPUS	Estudo descritivo, exploratório Nível VI	Fonoaudiólogo/ hospital	Brasil/inglês
15	Baena-Cánada et al. Rev Calid Asist 2011;26(5):299-305	CINAHL + SCOPUS	Estudo descritivo, exploratório Nível VI	Médico/hospital universitário	Espanha/ espanhol
16	Manganiello et al. Europ J Oncol Nurs.2011;15:167-72	CINAHL + SCOPUS	Estudo descritivo, exploratório Nível VI	Enfermeiro/ universidade	Brasil/inglês
17	Borges et al. Rev. Nutr.2010;23(5):745-53, 2010	SCOPUS	Estudo descritivo, exploratório Nível VI	Nutricionista/ universidade	Brasil/inglês
18	Moros et al. RevMed Chile 2010;138:715-22	SCOPUS	Estudo clínico randomizado Nível II	Fisioterapeuta/ hospital universitário	Espanha/ espanhol
19	Nicolussi, Sawada. Acta Paulenferm.2009;22(2):155-61	CINAHL + SCOPUS + SciELO	Estudo descritivo, exploratório Nível VI	Enfermeiro/ universidade	Brasil/português
20	Cueva et al. Inv.New Drugs 2012;30:688-94	MEDLINE	Estudo descritivo, exploratório Nível VI	Médico/ universidade	Espanha/inglês
21	Costa-Pequena e Gil. Psycho Oncol.2009;18:1053-9	MEDLINE	Estudo descritivo, exploratório Nível VI	Psicólogo/ universidade	Espanha/inglês
22	Cavalheiro et al. BMC Womne's Health 2012;12:28	MEDLINE	Estudo descritivo, exploratório Nível VI	Médico/ universidade	Brasil/português
23	Nicolussi, Sawada. Rev Gaucha Enferm.2011;32(4):759-66	MEDLINE + CINAHL + SciELO	Estudo descritivo, exploratório Nível VI	Enfermeiro/ universidade	Brasil/português
24	Chaves, Gorini. Rev Gaucha Enferm.2011;32(4):767-73	MEDLINE + CINAHL + SciELO	Estudo descritivo, exploratório Nível VI	Enfermeiro/ universidade	Brasil/português
25	Campos et al. J Alterna Complem Medicine 2012;17(6):505-12	CINAHL	Estudo clínico randomizado Nível II	Médico/ universidade	Brasil/inglês
26	Andrade, Sawada, Barichello. Rev Esc Enferm USP.2013;47(2):355-61	SciELO	Estudo descritivo, exploratório Nível VI	Enfermeiro/ universidade	Brasil/português
27	Verde et al. Rev Nutr.2009;22(6):795-807	SciELO	Estudo descritivo, exploratório Nível VI	Nutricionista/ universidade	Brasil/português
28	Souza, Araujo. Est Psicologia 2010;27(2):187-96	SciELO	Estudo clínico não randomizado Nível III	Psicólogo/ universidade	Brasil/português

Figura 1 – Descrição dos estudos incluídos na RI, segundo autores, ano de publicação, base de dados, tipo de delineamento e nível de evidência, formação e instituição do autor principal, país dos autores e idioma de publicação. Brasil/Espanha, 2009-2013

De acordo com o ano de publicação dos artigos selecionados, pode-se notar aumento crescente nos dois últimos anos (2012-2013), com 15 (51,7%) artigos. Com relação ao país dos autores, (71,4%) são publicações brasileiras e apenas oito (28,5%) espanholas. Dos 28 artigos analisados, 11 (39,2%) têm como autor principal enfermeiros, 10 (35,7%) médicos, três (10,7%) psicólogos, dois (7,1%) nutricionistas, um (7,1%) fonoaudiólogo e 1 (7,1%) fisioterapeuta. A maioria deles ligados a universidades, 22 (78,5%), três (10,7%) em hospitais universitários e três (10,7%) em hospitais.

As características metodológicas, quanto ao delineamento de pesquisa e nível de evidência, 28 (100%) dos artigos são pesquisas quantitativas, sendo apenas dois (7,1%) estudos clínicos randomizados controlados, nível de evidência II, dois (7,1%) estudos clínicos não randomizados, nível III, e 24 (85,7%) estudos descritivos e exploratórios de nível VI⁽⁷⁾.

Quanto ao idioma, a maioria (14;50%) era de publicações em inglês, nove (32,2%) em português e cinco (17,8%) em espanhol. Com relação à definição do conceito de qualidade de vida, 13 artigos (46,4%) definiram o conceito, sendo que seis artigos definiram como um conceito geral e sete definiram QVRS, os outros 15 (53,5%) artigos não definiram.

Todos os 28 (100%) artigos utilizaram um ou vários instrumentos. Desses, 24 (85,7%) justificaram sua escolha e quatro (14,2%) não justificaram, sendo que 13 estudos tiveram coerência da definição de QV e a utilização do instrumento e em 15 estudos os autores não definiram o conceito de QV.

Para mensurar a QV, os instrumentos mais utilizados foram: 11 (39,2%) *European Organization for Research and Treatment of Cancer- EORTC QLQ-C30* e módulos específicos, o EORTC module- BR23 para câncer de mama foi utilizado em três (10,7%) e o *Functional Assessment of Cancer Therapy- Breast- FACT-B* em dois (7,1%) artigos, o EORTC module- HN35 para câncer de cabeça e pescoço foi usado em um (3,5%) artigo e o EORTC module-CR38 para câncer colorretal em um (3,5%). O *World Health Organization Quality of Life Assessment- WHOQOL-100* ou *WHOQOL-bref* foram utilizados em cinco (17,8%), o *Short Form Health Survey-SF-36* em dois (7,1%) artigos e os demais instrumentos FSFI, FACT-F, EUROQOL 5D 3L,GHQ, UWQOL e SWAL QOL em apenas um artigo cada.

Após a leitura e análise dos artigos. foram formuladas as categorias para realizar a síntese do conhecimento desta RI, mostradas a seguir. Categoria 1 – avaliação da QV em diferentes tipos de câncer; Categoria 2 – fatores sociodemográficos e clínicos que influenciam na QV e Categoria 3 – tratamentos e intervenções que melhoram a QV. Na Categoria 1 foram incluídos oito artigos (28,57%), dos quais sete foram desenvolvidos no Brasil e um na Espanha, na Categoria 2 foram incluídos 14 (50%) artigos, dos quais 10 foram realizados no Brasil e quatro na Espanha e na Categoria 3, seis (10,7%) artigos, sendo quatro brasileiros e dois espanhóis. A análise dos artigos e a síntese do conhecimento foram realizadas segundo o tipo de câncer para a melhor compreensão dos resultados.

A Figura 2 demonstra os estudos incluídos na Categoria 1, o tipo de delineamento, o tipo de câncer estudado e os domínios de QV afetados.

Estudos	Delineamento	Tipo de câncer	Domínios afetados
1, 16, 22 e 27	Não experimental, exploratório descritivo	Ginecológico	Físicos, ambientais e sexuais
5 e 11	Não experimental, exploratório descritivo	Cabeça e pescoço	Fsicos, com comprometimento da alimentação e fala
24	Não experimental, exploratório descritivo	Colorretal	Sociais e desempenho de papel, sendo que naqueles com colostomia a qualidade de vida se mostrou pior do que aqueles sem colostomia
8	Não experimental, exploratório descritivo	Câncer de pulmão	Sintomas de fadiga, náuseas e vômitos, constipação e perda de apetite e desempenho de papel

Figura 2 – Categoria 1: avaliação da QV em diferentes tipos de câncer

Os quatro estudos de câncer ginecológico foram desenvolvidos no Brasil e as características sociodemográficas e clínicas foram semelhantes, como a idade média acima de 50 anos, a maioria casada e com a doença predominantemente no estágio II e nível de escolaridade maior que nove anos de estudo.

Nos estudos de câncer de cabeça e pescoço, apesar de terem sido realizados um no Brasil e outro na Espanha, são semelhantes no que diz respeito à média de idade acima de 50 anos, maioria do sexo masculino,

nível educacional predominantemente básico. Quanto às características clínicas, no estudo 5 a maioria era de câncer de laringe em estágio II com tratamento predominante de radioterapia e quimioterapia e, no artigo 11, a maioria da localização do tumor era na cavidade oral, estágio II e como tratamento predominante o cirúrgico.

O estudo de câncer de pulmão foi desenvolvido no Brasil com caracterização sociodemográfica de idade média de 68 anos, predomínio do sexo

masculino, fumantes com estágio da doença IV e o protocolo predominante da quimioterapia foi a cisplatina+gemcitabine.

A Figura 3 demonstra os estudos envolvidos na Categoria 2, o objetivo e o tipo de câncer do estudo e os fatores sociodemográficos que influenciaram a QV.

Figura 3 – Categoria 2: fatores sociodemográficos e clínicos que influenciam na QV

Estudos	Objetivo	Tipo de câncer	Fatores que influenciam a qualidade de vida
3, 4, 12, 21	Avaliação da qualidade de vida em tratamento quimioterápico	Geral, não específica um tipo	Idade, sexo, estágio da doença, protocolo de quimioterapia, presença de metástase, tipo de tumor
6	Satisfação dos pacientes com o atendimento no hospital	Geral, não específica um tipo	Atendimento por enfermeiros foram importantes para a satisfação do paciente
10	Influência da inteligência emocional na qualidade de vida	Geral, não específica um tipo	Maior inteligência emocional influenciou nas escalas funcionamento mental, emocional e social
13, 15 e 23	Avaliar a qualidade de vida em mulheres com câncer de mama	Câncer de mama	Fatores psicossociais, sintomas físicos e gastrointestinais, nível de escolaridade, protocolo de quimioterapia, tipo de cirurgia, estágio da doença e radioterapia
14	Influência da qualidade da voz nos pacientes com câncer de laringe e hipofaringe	Câncer de laringe e hipofaringe	Qualidade da voz e boa comunicação melhor qualidade de vida
17	Avaliar a influência da nutrição antes e após a quimioterapia	Geral, não específica um tipo	Bom estado nutricional é fator importante para melhor qualidade de vida
9 e 19	Avaliar a qualidade de vida de pacientes com câncer colorretal	Câncer colorretal	Genero, idade, tratamento radioterápico, protocolo de quimioterapia
26	Avaliar qualidade de vida em pacientes com câncer hematológico	Câncer hematológico	Tempo de tratamento, presença de sintomas, nível de escolaridade

Dos estudos 3, 4, 12 e 21, dois foram desenvolvidos no Brasil e dois na Espanha, em quatro estudos predominaram o tipo de câncer colorretal, onde a maioria era do sexo masculino, com média de idade acima de 50 anos, casados, com nível fundamental de escolaridade e maioria com tratamento quimioterápico. O outro estudo da Espanha foi com pacientes com câncer de bexiga em tratamento quimioterápico adjuvante e teve como caracterização sociodemográfica a idade média de 69 anos, maioria do sexo masculino, tempo médio de cistectomia de 43 meses e prevalência de complicações com a estomia em 61% da amostra.

No estudo 6 avaliou-se a satisfação dos pacientes com o atendimento em um hospital oncológico da Espanha e a caracterização sociodemográfica foi idade média de 60,8 anos, predomínio do sexo masculino (54,6%), nível educacional básico (55,7%), casados (74,4%), tipo de tumor gastrointestinal (34,1%) e estágio de doença com metástase de 52,3%.

O estudo 10 foi desenvolvido na Espanha e a amostra foi predominantemente de mulheres (87,1%), com média de idade de 50,5 anos, tempo de diagnóstico maior que três anos (67,74%), nível de escolaridade secundário (37,7%), casadas (64,5%) e o tipo de câncer mais prevalente foi o de mama (70,9%), estágio II (62,9%) com tratamento cirúrgico e quimioterápico.

Os estudos 13, 15 e 23 foram com câncer de mama, dois foram desenvolvidos no Brasil e um na Espanha e os dados sociodemográficos se mostraram semelhantes quanto à idade média de 50 anos, tipo de tratamento predominantemente cirúrgico, a maioria fez quimioterapia, sendo que em um estudo o protocolo predominante foi antraciclina e no outro foi 5FU+ciclofosfamida+doxorubicina e dois não especificaram o

protocolo. Em dois estudos, um conduzido no Brasil e o outro na Espanha, o nível educacional que predominou foi fundamental e no outro do Brasil foi nível superior, quanto ao estágio da doença, predominou no estudo da Espanha o estágio II, e no estudo brasileiro o estágio predominante foi I e o outro estudo não especificou.

O estudo 14 foi desenvolvido no Brasil, com uma amostra cuja média de idade foi de 74,5 anos, predominantemente sexo masculino (82,1%), nível educacional fundamental incompleto (38,1%), fumantes (94%) e o alcoolismo presente em 82,1% da amostra.

O estudo 17 teve como amostra pacientes brasileiros com idade média de 56,6 anos, classe socioeconômica baixa (46,7%), sendo a maioria do sexo feminino (76,2%) com câncer de mama ou ginecológico (58,7%), estágio II (46,5%), onde 77,6% receberam quimioterapia neoadjuvante e 51,8% foram submetidos a cirurgia antes da quimioterapia.

Os estudos 9 e 19 são brasileiros e a amostra foi predominantemente de pacientes do sexo masculino (59,1%), faixa etária entre 60 e 80 anos (50%), casados (50%), aposentados (63,7%), nível de escolaridade fundamental (59,1%), religião católica (72,7%), o tipo de câncer foi, em 72,8%, de câncer de cólon, 81,8% foram submetidos a cirurgia há menos de 20 meses e o tratamento de quimioterapia em 59,1% foi o 5FU+Leucovorin.

O estudo 26 foi desenvolvido no Brasil com uma amostra predominantemente do sexo masculino (56,2%), idade acima de 60 anos (56,2%), aposentados (46,8%), com renda de dois a quatro salários-mínimos (50%), nível educacional fundamental incompleto (50%), casados (59%) e o tipo de câncer foi leucemia

(46,8%), com início de tratamento há mais de quatro meses (65,6%).

A Figura 4 mostra os estudos que foram incluídos na Categoria 3, o tipo de câncer e as intervenções que melhoram a QV.

Estudos	Tipo de câncer	Intervenção para melhorar a qualidade de vida
8, 20, 25 e 28	Câncer de mama	Exercícios físicos, guaraná x medicação metilfenidato, intervenção psicoativa
2	Geral, não especifica um tipo	Relaxamento com visualização e acupuntura
7	Geral, não especifica um tipo	Oração

Figura 4 – Categoria 3: tratamentos e intervenções que melhoram a QV

Dos estudos 8, 20, 25 e 28, dois artigos foram desenvolvidos na Espanha e dois no Brasil. Todos tiveram como dados sociodemográficos e clínicos da amostra semelhantes, a idade média acima de 50 anos, em um artigo do Brasil e outro da Espanha o estágio predominante da doença foi o II e nos outros dois artigos não foi feita referência quanto a esse dado.

O estudo 2 avaliou o relaxamento com visualização e acupuntura e foi desenvolvido no Brasil, com delineamento quase experimental com os grupos de intervenção e controle avaliados no início e final do tratamento quimioterápico. Os resultados mostraram que a intervenção melhorou a saúde global/QV, a função emocional e social e diminuiu os sintomas de fadiga e perda de apetite. Os autores ressaltaram como limitação do estudo o número reduzido da amostra.

O estudo 7 avaliou a prática de oração individual, também desenvolvido no Brasil, e teve delineamento descritivo longitudinal, encontrando-se correlação positiva entre a prática de oração individual e QV nos pacientes em cuidados paliativos, e ressaltaram, como limitação, o tipo de instrumento que utilizaram para mensurar a prática de oração que foi apenas por uma questão devido à falta de instrumentos válidos e confiáveis e o tipo de delineamento da pesquisa que foi exploratório descritivo. As características sociodemográficas e clínicas dos estudos 2 e 7 convergiram nos aspectos do predomínio do sexo masculino, idade acima de 40 anos, católicos e o tipo de tumor gastrointestinal.

Discussão

Com relação ao país dos autores, 20 (71,4%) publicações foram brasileiros e apenas oito (28,5%) espanhóis, esse resultado pode estar relacionado ao fato de que a pós-graduação em enfermagem foi implantada e regulamentada há pouco tempo na Espanha (REAL DECRETO 1393/2007)⁽⁸⁾, em contrapartida, no Brasil, a pós-graduação em enfermagem foi iniciada na década de 70, com o mestrado, e na década de 80, o doutorado em Enfermagem⁽⁹⁾. Esse tema é de grande interesse dessa profissão, como se constata na Figura 1, dos quais 11 (39,2%), dos 28 artigos analisados, têm como

autor principal, enfermeiros. Esses dados demonstram que o tema QV de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico ainda predomina o interesse dos médicos e enfermeiros que são os profissionais que cuidam diretamente desses pacientes, vivenciando os problemas da experiência do paciente oncológico, fica evidente, também, o predomínio da produção científica ligada às universidades ou hospitais universitários. De acordo com estudo⁽¹⁰⁾, a produção de conhecimento se concentra nas universidades, pois são elas que possuem pessoal qualificado e recursos para o desenvolvimento das pesquisas.

Com relação ao tipo de delineamento de pesquisa, a maioria é de delineamento descritivo exploratório, nível de evidência VI, mostrando que existe falta de estudos clínicos randomizados controlados nessa área de conhecimento que demonstrem níveis de evidência mais forte para a prática clínica. No entanto, não se pode deixar de ressaltar a importância dos estudos observacionais, que têm como vantagem sobre os estudos clínicos controlados e randomizados o menor custo, maior rapidez, facilidade de maior número da amostra e são utilizados principalmente para identificar os fatores de risco e indicadores prognósticos e em situações nas quais os estudos clínicos randomizados e controlados seria impossível ou antiético⁽¹¹⁾.

Quanto ao idioma, 50% estavam na língua inglesa, e os demais na portuguesa e espanhola. Esses dados se relacionam com as bases de dados em que os artigos foram encontrados, onde a maioria foi SCOPUS, MEDLINE e CINAHL que requerem artigos na língua inglesa.

Com relação aos aspectos da QV⁽¹²⁾, ressalta-se a importância dos autores definirem o que entendem por QV e essa definição deverá ser coerente com o tipo de instrumento que utiliza e o referencial teórico de QV, que embasa a construção do instrumento e a discussão do artigo, pois a ausência de um modelo teórico explícito, para guiar o desenvolvimento das pesquisas de qualidade de vida, tem limitado o uso e generalizações da avaliação de QV em pesquisas clínicas com pacientes com câncer⁽¹³⁾.

Os instrumentos mais utilizados para avaliar QV de pacientes com câncer em tratamento quimioterápico nos artigos inseridos nesta RI foram semelhantes aos encontrados em outra RI⁽⁶⁾.

A Categoria 1 – avaliação da QV em diferentes tipos de câncer, nos cânceres ginecológicos, mostrou que as pacientes em tratamento quimioterápico tiveram como fatores de QV mais afetados a função sexual devido ao mal-estar, à dor e ao vômito, comprometendo o bem-estar físico, a diminuição da capacidade de atender às necessidades da família e apresentando, ainda, os sintomas de sensação de fraqueza e náuseas e incômodo pelos efeitos colaterais do tratamento quimioterápico, corroborando os dados de estudo semelhante⁽¹⁴⁾.

Todos os quatro estudos foram desenvolvidos no Brasil, não foi encontrado nenhum estudo espanhol de QV de pacientes com câncer de mama em quimioterapia, esse dado confirma a Revisão Sistemática⁽¹⁵⁾ que concluiu que as pesquisas de QVRS com pacientes de câncer de mama são pouco desenvolvidas na Espanha.

Com relação aos estudos de câncer de cabeça e pescoço, o domínio de QV mais afetado foi o físico com comprometimento da deglutição, fala, dentes, boca seca e presença de dor e fadiga. Dado que corrobora outra pesquisa internacional que também demonstrou que problemas de deglutição, dor, condições dos dentes e outras comorbidades aparecem após o tratamento do câncer de cabeça e pescoço, comprometendo a QV dos pacientes⁽¹⁶⁾.

Nesses estudos, apesar de terem sido realizados um no Brasil e outro na Espanha, dados sociodemográficos são semelhantes no que diz respeito à média de idade acima de 50 anos, maioria do sexo masculino, nível educacional predominantemente básico e, quanto às características clínicas no estudo 5, a maioria era de câncer de laringe em estágio II, com tratamento predominante de radioterapia e quimioterapia, e, no artigo 11, a maioria da localização do tumor era na cavidade oral, estágio II, e como tratamento predominante o cirúrgico. Esses achados são semelhantes ao estudo⁽¹⁷⁾ que também avaliou a associação do sinergismo dos hábitos de fumar e alcoolismo e a depressão. Os fatores socioeconômicos vêm ao encontro da revisão sistemática⁽¹⁸⁾ de estudos conduzidos nos Estados Unidos, Índia, Itália, França, Canadá, Alemanha, Espanha, Dinamarca, Inglaterra e Brasil onde foram encontradas, em maior proporção, associação entre câncer de cabeça e pescoço e piores condições socioeconômicas.

No estudo de câncer colorretal, os resultados demonstraram que as complicações no pós-operatório comprometeram as funções sociais e profissionais e aqueles que tiveram que fazer colostomia apresentaram pior QV do que aqueles que não fizeram. Esses dados

são semelhantes ao encontrado em um estudo⁽¹⁹⁾ que detectou, como fatores de risco, para pobre QV, o estresse psicológico, estágio avançado da doença e ter um estoma.

No artigo de câncer de pulmão, após o terceiro ciclo de quimioterapia, houve piora dos sintomas de fadiga, náuseas e vômitos, os sintomas da constipação e perda de apetite foram os mais intensos, comprometendo a escala funcional e desempenho de papel. Estudo⁽²⁰⁾ que investigou os sintomas e QV nos pacientes com câncer de pulmão também mostrou que o sintoma fadiga foi um dos mais presentes nesse grupo de pacientes e detectou que esse sintoma influencia o desempenho funcional dos pacientes piorando a sua QV.

Avaliar e melhorar a qualidade de vida dos pacientes, durante e após o tratamento do câncer, é imprescindível e fator de reconhecimento das boas práticas em serviços oncológicos em nível mundial, vários serviços são reconhecidos e premiados por esse aspecto⁽²¹⁾.

Na Categoria 2, nos quatro estudos de avaliação da QV, em pacientes em tratamento quimioterápico, evidenciou-se que os fatores idade, sexo feminino, estágio da doença e alguns protocolos de quimioterapia e quimioterapia adjuvante causam mais sintomas e são fatores que influenciam para pior QV do paciente em quimioterapia. Vários estudos nacionais e internacionais também têm demonstrado a influência desses fatores na QVRS dos pacientes em quimioterapia⁽²²⁻²⁴⁾.

O artigo que analisou a satisfação de um serviço com a QV, apontou que os domínios relacionados aos atendimentos dos médicos foram os mais baixos, enquanto que dos enfermeiros mais altos, esse estudo foi desenvolvido na Espanha, e um estudo⁽²⁵⁾ desenvolvido no Brasil, que analisou a interação dos enfermeiros com pacientes em quimioterapia, também demonstrou que o cuidado de enfermagem sustenta-se em princípios próprios da relação humana, como amizade, carinho, atenção, tolerância e solidariedade. Destacou que as ações da enfermeira conjugam atributos técnicos e humanos, considerando a vida como valor ético fundamental em respeito à dignidade humana, como alicerce da interação no cuidado, o que ressalta a necessidade de interação humanizada por toda a equipe multidisciplinar, para auxiliar o paciente com câncer a enfrentar essa situação com boa qualidade de vida.

A influência sobre a qualidade da voz e deglutição no câncer de cabeça e pescoço também foi demonstrada em estudo⁽²⁶⁾ realizado no Brasil.

A relação entre inteligência emocional e a saúde física e mental foi demonstrada na revisão⁽²⁷⁾ que encontrou que altos níveis de inteligência emocional estão relacionados à melhor saúde mental, e baixa

inteligência emocional está relacionada a certos transtornos emocionais, isso também foi evidenciado no artigo encontrado nesta RI.

Os artigos sobre câncer de mama evidenciaram que os fatores que influenciaram a QV foram os psicoemocionais, físicos, gastrointestinais, a idade, o nível de escolaridade, tipo de quimioterapia, tratamento cirúrgico, estágio da doença, imagem corporal e os níveis de ansiedade e depressão. Várias pesquisas também levantaram esses fatores⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

A neoplasia maligna provoca alteração metabólica no paciente e já está classificada como estado de risco nutricional. A desnutrição no paciente oncológico adulto varia de 40 a 80%, enquanto nas crianças varia de 6 a 50%, e, por sua vez, está diretamente associada à piora na QV, devido à menor resposta ao tratamento específico⁽²⁸⁾. Esse dado foi encontrado no artigo incluído nessa revisão, onde o estado nutricional foi fator positivo para melhor QV.

Nos estudos que avaliaram o câncer colorretal encontrou-se que o sexo influencia a QV, onde as mulheres apresentaram mais déficits e sintomas do que os homens, e que pacientes com idade inferior a 50 anos apresentaram menos problemas miccionais. O tratamento radioterápico influenciou a presença de sintomas como dor, insônia e o desempenho de papel. O protocolo de quimioterapia influenciou a função cognitiva e os sintomas de dor e perda de apetite. Em outro estudo⁽¹⁹⁾ avaliaram-se, prospectivamente, pacientes com câncer colorretal, não se encontrando diferença significativa entre idade, estado civil, nível educacional e estágio do tumor em relação à QVRS; encontrou-se que os participantes que fizeram cirurgia e quimioterapia adjuvante apresentaram melhor bem-estar físico e funcional do que aqueles que fizeram apenas cirurgia e aqueles que apresentaram maior otimismo tiveram associação com todos os domínios de QVRS, exceto bem-estar social.

O estudo de pacientes com câncer hematológico detectou que a presença de sintomas influencia as funções físicas, cognitivas e sociais. O tempo de tratamento influenciou a maior presença de sintomas de náuseas e vômitos e perda de apetite. Tempo de escolaridade influenciou a escala de função social e dificuldade financeira, sendo que aqueles com baixa escolaridade apresentaram mais dificuldades financeiras. Em uma pesquisa internacional⁽²⁹⁾, com 1.482 pacientes com leucemia, encontraram-se os seguintes fatores relacionados à QVRS: idade mais avançada, presença de fadiga, severidade das comorbidades e condições atuais do tratamento que têm profundo impacto na QVRS em todos os estágios da doença, os efeitos da leucemia

sobre a QV parecem ser diferentes de outros tipos de câncer, com impacto maior na dimensão emocional.

A Categoria 3 – tratamentos e intervenções que melhoram a QV foi composta por seis estudos dos quais dois tinham delineamentos experimentais, dois quase experimentais e dois descritivos, longitudinais. Quatro estudos tiveram como população mulheres com câncer de mama, onde foram testados o exercício físico, o uso da medicação metilfenidato, o uso do guaraná e uma intervenção psicoeducativa e, em dois artigos, um avalia a técnica de relaxamento com visualização e acupuntura e o outro a prática da oração em pacientes com câncer em tratamento quimioterápico. Todas as intervenções se mostraram efetivas na melhoria dos sintomas como fadiga e diminuição do estresse, refletindo na melhora da QV. Pode-se observar que todas as intervenções encontradas, exceto o uso do metilfenidato, são práticas complementares.

O uso de medicina complementar e alternativa tem aumentado nos últimos anos. A Revisão Sistemática⁽³⁰⁾ demonstrou que o perfil dos pacientes são adultos, com idade entre 30 e 59 anos, sexo feminino, elevado grau de escolaridade, renda familiar alta e doença avançada, os participantes tinham alguma tradição religiosa, influenciando etnicamente em relação ao tipo de terapia complementar adotada, detectou-se que os tipos de terapia complementar mais utilizados foram homeopatia, medicina ayurvédica, medicina tradicional chinesa, medicina de ervas, terapias psíquicas, terapias espirituais, grupo de apoio, relaxamento e meditação, dietas e reflexologia. Esses dados são semelhantes aos encontrados em estudo⁽³¹⁾ que analisou a medicina complementar e alternativa em países europeus e encontrou que um terço dos pacientes com câncer procura por esses tratamentos, e a maioria era composta por mulheres jovens e com alto nível de escolaridade. As terapias mais comuns foram: medicina de ervas, homeopatia e terapias espirituais.

No artigo em que se avaliou o exercício físico em mulheres com câncer, demonstrou-se que houve benefícios na diminuição da fadiga, a Revisão Sistemática⁽³²⁾ sobre os efeitos do treinamento de resistência na QV de pacientes com câncer também evidenciou que os programas de treinamento beneficiam os pacientes e, conseqüentemente, melhoram a QV, mas ressalta-se a necessidade de determinar o tipo, intensidade e a quantidade do treinamento, de acordo com as condições do paciente.

As técnicas corpo/mente têm ganhado espaço no tratamento dos pacientes com câncer. Estudo⁽³³⁾ ressalta as descobertas sobre a interação bioquímica que ocorre entre os sistemas neurológico, endócrino e imunológico, juntamente com a modulação emocional

da resposta ao estresse. Discute-se o relaxamento e a visualização criativa, a relação saúde e espiritualidade como ferramentas úteis para o equilíbrio entre estresse e tranquilidade.

A acupuntura também tem sido bastante utilizada no tratamento dos efeitos colaterais do tratamento quimioterápico como náuseas e vômitos, fadiga, perda de apetite, insônia, dor, constipação, depressão e ansiedade, melhorando a QV dos pacientes com câncer⁽³⁴⁾. Nos artigos analisados nesta revisão utilizaram-se as técnicas de acupuntura, relaxamento com visualização guiada e a prática de oração, demonstrando benefícios aos pacientes com câncer em tratamento quimioterápico.

A revisão⁽³⁵⁾ sobre fadiga no câncer encontrou que o tratamento farmacológico com metilfenidato e dexmetilfenidato e o uso do guaraná (*Paulinia cupana*) em pacientes com fadiga severa se mostraram benéficos. Os estudos desta RI corroboram esse dado.

Conclusões

Esta RI reuniu 28 artigos sobre a QVRS de pacientes brasileiros e espanhóis, com câncer em tratamento quimioterápico. Todos os artigos foram de delineamento quantitativo, 24 (86%) dos estudos foram do tipo descritivo de corte transversal, nível de evidência VI, dois (7%) experimentais, nível II e dois quase experimentais, nível III, demonstrando que o nível das evidências é fraco. O instrumento mais utilizado foi o EORTC QLQ-C30 e a produção científica foi predominantemente realizada no Brasil, tendo como autor principal, na maioria, enfermeiros e médicos ligados a universidades.

Foi possível verificar que o tratamento quimioterápico provoca vários prejuízos nos domínios de QVRS e os fatores que mais influenciam são: idade, sexo, tipo de protocolo de quimioterapia, tipo de cirurgia, estágio da doença, nível de escolaridade, nível de inteligência emocional. Apesar do baixo nível de evidência, as terapias complementares: acupuntura, visualização com imagem guiada, prática de oração e exercícios se mostraram efetivas na diminuição dos efeitos colaterais da quimioterapia e o medicamento metilfenidato e guaraná diminuíram a fadiga em pacientes submetidos à quimioterapia. Esses resultados irão auxiliar no planejamento da assistência aos pacientes brasileiros e espanhóis com câncer em tratamento quimioterápico, contribuindo para a prática clínica.

Ressalta-se, como limitação do estudo, a delimitação de artigos produzidos no Brasil e Espanha, porém, como justificado anteriormente, esse é um artigo que faz

parte de um projeto maior entre os dois países. Outra limitação foi o número reduzido de produção na Espanha em relação ao Brasil o que dificultou comparação mais aprofundada entre as duas populações.

Contribuições do estudo

As RIs são ferramentas da prática baseada em evidências, por isso esta pesquisa avança no conhecimento científico uma vez que sintetiza os resultados de pesquisa sobre a QVRS dos pacientes brasileiros e espanhóis com câncer em tratamento quimioterápico, demonstra as evidências em relação aos domínios de QVRS afetados nesse tratamento, os fatores que interferem na QVRS desses pacientes e as intervenções que contribuem para a melhoria da QVRS. Acredita-se que esses resultados irão subsidiar outras pesquisas e também auxiliar os profissionais na prática clínica no planejamento da assistência, programas de prevenção e reabilitação dos pacientes com câncer.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos. Portaria nº 2.439/GM, 08 de dezembro de 2005. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
2. Ministério de Sanidad Y Política Social (ES). Estrategia em Cancer Del sistema Nacional de Salud. Madrid (ES): Ministério de Sanidad Y Política Social; 2009.
3. Romero M, Vivas-Consuelo D, Alves- Guzman N. Is Health Related Quality of Life (HRQoL) a valid indicator for health systems evaluation? SpringerPlus 2013;(2)664-70.
4. Mendes KDS, Silveira RCPC, Galvão CM. Revisão Integrativa: Método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na Enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2008; 17(4)758-64.
5. Toro AG, Huertas EP, Lorenzo JME. Evolución de La documentación em enfermería em España: lãs bases de datos Cuiden Y Bdie. Profesional Inform. 2000;9(12):13-9.
6. Zandonai AP, Cardozo FMC, Nieto ING, Sawada NO. Qualidade de vida nos pacientes oncológicos: revisão integrativa da literatura latino-americana. Rev Eletr Enferm. [Internet]. 2010 [Acesso 11 jan 2015];12(3)554-61. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n3/v12n3a20.htm
7. Galvão CM. Níveis de evidência. Acta Paul Enferm. 2006;19(2):5.

8. Ministerio de Educacion y Ciencia (ES). Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales. Madrid (ES): Ministerio de Educacion Y Ciencia; 2007.
9. Carvalho EM. The production of nursing knowledge. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 1998; 6(1):119-22.
10. Meneghel SM, Theis IM, Robl F, Wassem J. Produção de conhecimento no contexto brasileiro: perspectivas de instituições emergentes. *Atos de Pesquisa em Educação – PPGE/ME FURB*. set 2007;2(3):444-60.
11. Moses LE. Measuring effects without randomized trials? Options, problems, challenges. *Med Care*. 1995;33Suppl:AS8-AS14.
12. Gill TM, Feinstein AR. A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. *JAMA*. 1994 Aug 24;272(8):619-26.
13. Aaronson NK. Methodologic issues in assessing the quality of life of cancer patients. *Cancer*. 1991; Feb 1;67Suppl3:844-50.
14. Silva CB, Albuquerque V, Leite J. Qualidade de Vida em Pacientes Portadoras de Neoplasia Mamária Submetidas a Tratamentos Quimioterápicos. *Rev Bras Cancerol*. 2010; 56(2):227-36.
15. Delgado-Sáenz MC, García-Mendizábal MJ, Pollan M, Forjaz MJ, López-Abente G, Aragonés N, et al. Health related quality of life in Spanish breast cancer patients: a systematic review. *Health Qual Life Outcomes*. 2011; 9:3.
16. Weymuller Jr EA, Bhamra PK. Quality of life in head and neck cancer patients. *Expert Rev Anticancer Ther*. 2007;(7):1175-8.
17. Duffy SA, Ronis DL, Valenstein M, Fowler KE, Lambert MT, Bishop C, et al. Depressive symptoms, smoking, drinking, and quality of life among head and neck cancer patients. *Psychosomatics*. 2007;48(2):142-8.
18. Boing AF, Antunes JLF. Condições socioeconômicas e câncer de cabeça e pescoço: uma revisão sistemática de literatura. *Cienc Saúde Coletiva*. 2011;16(2):615-22.
19. Chambers SK, Meng X, Youl P, Aitken J, Dunn J, Baade P. A five-year prospective study of quality of life after colorectal cancer. *Qual Life Res*. 2012 Nov;21(9):1551-64.
20. Fox SW, Lyon DE. Symptom clusters and quality of life in survivors of lung cancer. *Oncol Nurs Forum*. 2006; 33(5):931-6.
21. Dean E. Improving quality of life for patients during and after cancer. *Cancer Nurs Practice* 2014 April;13(3):16-9.
22. Fernández-Ortega P, Caloto MT, Chirveches E, Marquilles R, San Francisco J, Quesada E, et al. Chemotherapy-induced nausea and vomiting in clinical practice: impact on patients' quality of life. *Support Care Cancer*; 2012;20:3141-8.
23. Ballatori E, Roila F, Ruggeri B, Betti M, Sarti S, Soru G, et al. The impact of chemotherapy-induced nausea and vomiting on health-related quality of life. *Support Care Cancer*. 2007;(15):179-85.
24. Arisawa EAL, Silva CMOM, Cardoso CAC, Leite NRP. Efeitos colaterais da terapia antitumoral em pacientes submetidos à quimio e à radioterapia. *Rev Biociênc. (Taubaté)* 2005;11(1-2):55-61.
25. Fontes CAS, Alvim NAT. A relação humana no cuidado de enfermagem junto ao cliente com câncer submetido à terapêutica antineoplásica. *Acta Paul Enferm*. 2008;21(1):77-83.
26. Paula FC, Gama RR. Avaliação de qualidade de vida em laringectomizados totais. *Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço* 2009;38(3):177-182.
27. Gonzalez AEM, Piqueras JA, Linares VR. Inteligencia emocional en la salud física y mental. *Electr J Res Educ Psychol*. [Internet]. 2010 [Acesso 17 jun 2015];8(21):861-90. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=293122002020>
28. Caprara GL, Ricalde SR, Santos JS. Características nutricionais dos pacientes oncológicos pediátricos do Hospital Geral de Caxias do Sul. *Pediatria*. 2009;31(4):234-41.
29. Shanafelt TD, Bowen D, Venkat C, Slager SL, Zent CS, Kay NE, et al. Quality of life in chronic lymphocytic leukemia: an international survey of 1482 patients. *Br J Haematol*. 2007 Oct;139(2):255-64.
30. Spadacio C, Barros NF. Uso de medicinas alternativas e complementares por pacientes com câncer: revisão sistemática. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(1):158-64.
31. Molassiotis A, Ozden G, Platin N, Scott JA, Pud D, Fernandez-Ortega P, et al. Complementary and alternative medicine use in patients with head and neck cancers in Europe. *Eur J Cancer Care* 2006 Mar;15(1):19-24.
32. Cramp F, James A, Lambert J. The effects of resistance training on quality of life in cancer: a systematic literature review and meta-analysis. *Support Care Cancer*. 2010; (18):1367-76.
33. Alminhana LO, Noé SV. Saúde e espiritualidade: contribuições da psiconeuroimunologia e das técnicas mente-corpo para o tratamento do cancer. *Estudos Teológicos (São Leopoldo)*. [Internet]. 2010 [Acesso 26 jun 2015];50(2):260-72. Disponível em: http://periodicos.est.edu.br/index.php/estudos_teologicos/article/viewArticle/101
34. Regan DO, Filshie J. Acupuncture and cancer. *Autonomic Neuroscience: Basic and clinical*. 2010;(157):96-100.

35. Campos MPO, Hassanz BJ, Mann RR, Giglio A. Cancer-related fatigue: a review. Rev Assoc Med Bras. 2011;57(2):206-14.

Recebido: 21.1.2015

Aceito: 11.07.2015

Correspondência:

Namie Okino Sawada
Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
Departamento de Enfermagem Geral e Especializada
Av. Bandeirantes, 3900
Bairro: Monte Alegre
CEP: 14040-902, Ribeirão Preto, SP, Brasil
E-mail: sawada@eerp.usp.br

Copyright © 2016 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.