

■ Artigo Original

Caracterização e capacidade funcional de mulheres com câncer ginecológico, câncer mamário e doença trofoblástica gestacional



Characterization and functional capacity in women with breast cancer, gynaecological cancer and gestational trophoblastic disease

Caracterización y capacidad funcional de mujeres con cáncer mamario, cáncer ginecológico y enfermedad trofoblástica gestacional

Thaís Cristina Elias^a

Lorena Campos Mendes^a

Maurícia Brochado Oliveira Soares^a

Sueli Riul da Silva^a

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.04.51717>

RESUMO

Objetivo: descrever o perfil sociodemográfico e clínico e a capacidade funcional de mulheres diagnosticadas com câncer ginecológico, câncer mamário e doença trofoblástica gestacional em tratamento quimioterápico.

Método: estudo longitudinal retrospectivo, que avaliou os registros de mulheres em tratamento em um hospital de clínicas no período de janeiro de 2000 a dezembro de 2012.

Resultados: foram avaliados os registros de 438 mulheres. A análise mostrou que as pacientes não eram capazes de realizar suas atividades cotidianas, limitando-se àquelas do autocuidado. As pacientes idosas sofreram maior comprometimento funcional durante a terapêutica.

Conclusões: a amostra estudada era de mulheres com 41 a 50 anos, diagnosticadas com câncer de mama (50,9%), que faziam uso de protocolos baseados em antracíclicos (47%); os escores da capacidade funcional da amostra decaíram de 78,22 para 73,57. Evidencia-se que os cuidados de enfermagem devem centrar-se no controle de sinais e sintomas que causam impacto na capacidade funcional das mulheres sob quimioterapia.

Palavras-chave: Avaliação de estado de Karnofsky. Atividades cotidianas. Quimioterapia. Saúde da mulher.

ABSTRACT

Objective: to describe the social, demographic and clinical profile, and functional capacity of women diagnosed with gynecological cancer, breast cancer and gestational trophoblastic disease during chemotherapy.

Method: longitudinal retrospective study that evaluated the records of women treated in hospital clinics from January 2000 to December 2012.

Results: they evaluated the records of 438 women. The analysis showed that were not able to perform their daily activities, limited to the activities of self-care. Older patients had greater functional impairment during therapy.

Conclusions: the sample was women 41 to 50 years, diagnosed with breast cancer (50.9%) and made use of anthracycline based protocols (47%); the scores of the functional capacity of the sample fell from 78.22 to 73.57. It is evident that nursing care should focus on the control of signs and symptoms that impact the functional capacity of women under chemotherapy.

Keywords: Karnofsky performance status. Activities of daily living. Drug Therapy. Women's health.

RESUMEN

Objetivo: describir el perfil socio demográfico, clínico y capacidad funcional de mujeres diagnosticadas con cáncer ginecológico, mamario y enfermedad trofoblástica gestacional en tratamiento quimioterápico.

Método: estudio longitudinal retrospectivo, que evaluó los registros de mujeres en tratamiento en un hospital de clínicas en el período de enero/2000-diciembre/2012. Resultados: fueron evaluados los registros de 438 mujeres. El análisis mostró que las pacientes no eran capaces de realizar sus actividades cotidianas, limitándose a las actividades del autocuidado. Las pacientes mayores sufrieron más comprometimiento funcional durante la terapéutica.

Conclusiones: la muestra estudiada era de mujeres con 41-50 años, diagnosticadas con cáncer de mama (50,9%) y hacían uso de protocolos basados en antracíclicos (47%); los escores de la capacidad funcional de la muestra decaeron de 78,22 para 73,57. Se evidencia que los cuidados de enfermería deben centrarse en el control de señales y síntomas que causan impacto en la capacidad funcional de las mujeres en quimioterapia.

Palabras clave: Estado de ejecución de Karnofsky. Actividades cotidianas. Quimioterapia. Salud de la mujer.

^a Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), Programa de Pós-Graduação stricto sensu em Atenção à Saúde. Uberaba, Minas Gerais, Brasil.

■ INTRODUÇÃO

Atualmente o câncer tem sido amplamente abordado como um problema de saúde pública de proporção mundial e, nesse contexto, o Instituto Nacional do Câncer (INCA) identificou dados alarmantes sobre a estimativa de incidência dos casos de câncer no Brasil para os anos de 2014-2015. Assim, estimou-se um total de 576 mil novos casos de câncer, incluindo os casos de pele não melanoma e, deste total, 190 mil acometerão as mulheres⁽¹⁾.

Neste cenário, entre os diversos tipos de câncer que atingem as mulheres no Brasil, o câncer de mama caracteriza-se como o primeiro mais incidente e o câncer cérvico-uterino (CCU) como o mais frequente entre os tipos de câncer ginecológico⁽¹⁾.

Tendo em vista os meios de prevenção e detecção precoce existentes para o controle dessas neoplasias, nota-se que o desconhecimento sobre tais medidas, a falta de acesso aos serviços de saúde e aspectos ligados a questões culturais são determinantes para a manutenção da alta incidência de casos desses cânceres no país⁽²⁻³⁾.

Além do câncer de mama e o câncer de colo do útero (CCU), são classificados como câncer ginecológico aqueles que se desenvolvem nos ovários, tuba uterina, corpo uterino, vulva e vagina. É pertinente mencionar a doença trofoblástica gestacional (DTG) entre os cânceres ginecológicos, dada sua origem obstétrica e o potencial para complicações apresentadas pelos tipos benignos e a agressividade dos tipos malignos da doença, onde em ambos os casos pode ser necessário o uso da quimioterapia como tratamento⁽⁴⁾.

A quimioterapia antineoplásica têm se mostrado como terapêutica eficaz utilizada para o controle do câncer de mama, ginecológico e DTG, não obstante, a toxicidade causada por seu uso, poder potencialmente, levar a alterações da capacidade funcional (CF) e conseqüentemente o comprometimento da qualidade de vida desses pacientes⁽⁵⁻⁶⁾. A CF, definida como condições clínicas que permitem ao indivíduo a execução de suas atividades diárias de vida, exerce influência direta sobre a qualidade de vida e nesse sentido, a utilização desse tratamento por pacientes oncológicos tem gerado cada vez mais, o desenvolvimento de estudos sobre a CF de pacientes oncológicos durante o tratamento quimioterápico⁽⁷⁾.

Considerando a magnitude do câncer como problema de saúde pública, a toxicidade apresentada pelo tratamento e a representação da mulher no cenário social, no mercado de trabalho e no âmbito familiar, torna-se relevante desenvolver estudos capazes de estabelecer parâmetros que indiquem as necessidades apresentadas por mulheres frente à terapêutica quimioterápica.

Neste contexto, a enfermagem vem participando efetivamente de todas as iniciativas de controle do câncer e vem assumindo de forma consistente as ações de cuidado na administração das várias modalidades de tratamento da doença e no manejo dos efeitos colaterais causados por elas⁽⁷⁻⁸⁾.

É responsabilidade da enfermagem a aplicação do tratamento quimioterápico, e sendo assim deve conhecer e manejar os efeitos colaterais dos medicamentos, bem como avaliar continuamente o estado geral e performance dos pacientes de modo a prever e antecipar cuidados que minimizem a piora da qualidade de vida. Assim, a questão norteadora do presente estudo foi: qual o perfil sociodemográfico e clínico das mulheres que receberam tratamento quimioterápico contra câncer ginecológico, câncer de mama e DTG, no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, entre 2000 e 2012? Em que medida a CF de mulheres portadoras de câncer ginecológico, de mama e DTG foi afetada pelo tratamento quimioterápico? Acredita-se que, a partir desses dados, o profissional de enfermagem possa atuar de forma específica na otimização da qualidade de vida das pacientes oncológicas em uso de quimioterápicos.

Diante do exposto, foi desenvolvida a presente pesquisa que teve como objetivo descrever o perfil sociodemográfico, clínico e a CF de mulheres diagnosticadas com câncer ginecológico, câncer de mama e DTG durante o tratamento quimioterápico.

■ MÉTODO

Trata-se de um estudo longitudinal e retrospectivo, respaldado pela estatística descritiva, desenvolvido na Central de Quimioterapia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (CQT/HC/UFTM), uma instituição federal de assistência à saúde da cidade de Uberaba/MG, onde pacientes são atendidos para a administração de quimioterapia. No serviço em questão, a assistência de enfermagem prestada refere-se, descrita sumariamente, à admissão de pacientes, administração do tratamento quimioterápico prescrito e controle de efeitos adversos/colaterais e registro dos procedimentos desenvolvidos. O estudo é parte integrante de dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Atenção à Saúde da UFTM⁽⁹⁾.

Utilizou-se uma amostra de conveniência, constituída pelos registros arquivados das mulheres atendidas no serviço de onco-ginecologia na CQT/HC/UFTM. No período de janeiro a maio de 2014 foram avaliados os registros de mulheres diagnosticadas com câncer ginecológico, câncer

de mama e DTG em tratamento quimioterápico. Foram excluídos os registros de pacientes que não concluíram pelo menos três ciclos do tratamento quimioterápico mediante a inviabilidade analítica destes dados. Não houve perdas amostrais.

Os dados foram coletados a partir dos arquivos da CQT/HC/UFTM, os quais não correspondem ao prontuário médico da instituição, sendo gerado o banco de dados. Ressalta-se que os instrumentos eram aplicados rotineiramente a todas as pacientes em acompanhamento no tratamento quimioterápico.

Todos os arquivos constituem-se de instrumento elaborado pelas autoras, embasado na literatura científica, com a caracterização do perfil sociodemográfico e clínico (idade, procedência, diagnóstico oncológico e terapêutica quimioterápica utilizada). Para a avaliação da capacidade funcional utilizou-se o instrumento de Karnofsky, constituído por três grandes domínios, sendo que 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, o segundo está relacionado aos pacientes que em alguns momentos precisam de assistência e o terceiro diz respeito a assistência complexa, necessária quando o paciente torna-se inapto até para o autocuidado, necessitando de cuidados equivalentes ao hospitalar⁽⁷⁾. A avaliação ocorreu de forma contínua durante os ciclos de quimioterapia, com término ao fim do tratamento ou mediante óbito da paciente.

Os dados obtidos foram digitados e armazenados em uma planilha eletrônica no programa *Excel*[®]. Foi empregada a técnica de validação por dupla digitação, de modo a detectar inconsistências e, posteriormente transportados para o *software Statistical Package for the Social Sciences*[®] (SPSS), versão 16.0. A análise estatística efetivou-se com a utilização de frequência absoluta (N) e relativa (%) para a avaliação descritiva, e o teste t-Student para as comparações cabíveis entre grupos independentes. O nível de significância adotado foi de 5%.

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da UFTM, conforme protocolo de registro 1698/2010.

■ RESULTADOS

Foram avaliados registros de 438 mulheres. Dentre elas 62,3% eram procedentes da cidade de Uberaba/MG e as demais pacientes de municípios do interior do estado de Minas Gerais, dado que, o local onde foi desenvolvido o estudo, se faz responsável pelo atendimento de pacientes procedentes de outras 27 cidades do estado.

Em relação às características sociodemográficas referentes à idade, observou-se neste estudo um maior número de casos de câncer entre mulheres com 41 a 50 anos, com média de 50,62 anos. No que concerne o aspecto clínico, o diagnóstico de câncer de mama ocorreu de forma prevalente (50,9%), com maior número de casos entre 41

Tabela 1 – Evolução da média dos escores de capacidade funcional de mulheres com câncer ginecológico, câncer de mama e doença trofoblástica gestacional. Uberaba, MG, jan./2000 a dez./2012

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

Fonte: Dados da pesquisa, 2010 a 2012.

Tabela 2 – Teste-T Student entre os escores médios de capacidade funcional de mulheres com câncer ginecológico, câncer de mama e doença trofoblástica gestacional, quanto à idade. Uberaba, MG, jan./ 2000 a dez./ 2012

Variáveis	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	10,3051	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	

Fonte: Dados da pesquisa, 2000 a 2012.

e 50 anos (35%), 13,9% foram identificados entre mulheres de 21 a 40 anos de idade.

Quanto a alguns diagnósticos referentes aos cânceres que atingem o útero 24,4% foi atribuído ao CCU, com predominância entre 41 a 50 anos, 1,8% ao câncer do corpo do útero e 1% ao sarcoma de útero, onde destes casos 0,5% eram de carcinossarcoma do útero. O câncer de ovário foi responsável por 15,1% dos casos, com a maioria destes entre 51 e 70 anos.

Em relação às DTG, 4,3% tinham diagnóstico associado a mola hidatiforme (MH) e média de idade correspondente a 27,89 anos. Mesmo que de forma menos frequente e ainda que utilizando o tratamento à base de quimioterápicos, a MH pode evoluir para casos de coriocarcinoma⁽¹⁰⁾, o que, neste estudo ocorreu em apenas 0,2% dos casos. Outros diagnósticos referentes aos cânceres ginecológicos foram encontrados com menor frequência como rhabdomiosarcoma de vagina (0,5%), câncer de vagina (0,5%), câncer de vulva (0,5%) e câncer de tuba uterina (0,5%).

Como menção aos protocolos de escolha para terapêutica o fluorouracil, doxorrubicina, ciclofosfamida (FAC) e doxorrubicina, ciclofosfamida (AC) foram os mais utilizados (47%), sendo os quimioterápicos antracíclicos a base destes tratamentos. Além disso, verificou-se que dentre todas as mulheres com diagnóstico de câncer de mama 93,7% fizeram uso desses protocolos em algum momento da terapêutica.

Na tabela 1 apresenta-se a média dos escores de CF em relação aos ciclos quimioterápicos, segundo o instrumento de Karnofsky.

A análise da CF ao longo de um total de doze ciclos de quimioterapia mostrou que a média de escores entre eles variou de 78,22 a 73,57 com a diminuição da CF logo

nos primeiros ciclos de tratamento. Notou-se que houve aumento médio da CF de 2,68 pontos no décimo primeiro ciclo e de 3,93 pontos no décimo segundo ciclo. Percebeu-se ainda que a partir do décimo primeiro ciclo, houve uma queda de 57,1% no número de pacientes submetidas à quimioterapia.

Na tabela 2, observam-se as médias dos escores apresentadas pelas pacientes durante os ciclos de tratamento em relação à idade; para tal análise, foi considerado apenas o período entre o primeiro e sexto ciclo, dado a diminuição de pacientes estudadas. Utilizaram-se os seguintes agrupamentos: mulheres entre 16 e 59 anos como o grupo adulto e mulheres acima de 59 anos como o grupo idoso.

Ao ser realizado o teste T Simples percebeu-se que apesar do grupo idoso ter iniciado o tratamento com pior média do escore da CF, os grupos mantiveram a CF de modo similar até o terceiro ciclo. Em contrário, nos ciclos seguintes houve maior declínio da CF das pacientes idosas.

■ DISCUSSÃO

Os resultados apontam que em relação à idade de mulheres diagnosticadas com câncer de mama, CCU e câncer de ovário, os dados apresentados assemelham-se aos encontrados na literatura, assim, a ocorrência do câncer de mama e CCU é frequente em mulheres com idades entre 41 e 50 anos, já o câncer de ovário em idades entre 60 e 65 anos⁽¹¹⁻¹³⁾.

Os dados referentes à idade das pacientes diagnosticadas com MH estão em discordância com estudos da área, que referem a maior frequência de casos de MH em mulheres acima de 40 anos, dando destaque a idade como um importante fator de risco para o desenvolvimento da doença⁽¹⁴⁾. É possível que este desfecho esteja relacionado ao

uso das cirurgias de esterilização definitiva como método contraceptivo de escolha entre as mulheres no Brasil, uma vez que esse procedimento é disponibilizado pelo setor privado e público de saúde.

Com relação aos diagnósticos oncológicos, constatou-se que o câncer de mama comportou-se como a neoplasia mais frequente entre a população estudada e o CCU a mais incidente entre os tumores relacionados ao útero. Esses dados já eram esperados, conforme as informações divulgadas pelo INCA⁽¹⁾, assim como eram esperados os dados encontrados neste estudo sobre a baixa ocorrência do coriocarcinoma e cânceres de vagina, vulva e tuba uterina, que confirmam a raridade desses casos conforme descrito na literatura científica^(3,14).

Concernente aos protocolos quimioterápicos notou-se que os achados corroboram com os descritos em outras pesquisas, posto que os protocolos FAC e AC são comumente utilizados no tratamento do câncer de mama⁽¹⁵⁾. Ao mesmo tempo, outros estudos apresentam 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^(6,16).

No que diz respeito à análise da evolução da CF a média do escore apresentou-se em torno da pontuação 70, que segundo o instrumento de Karnofsky significa que as pacientes mostraram incapacidade de realizar suas atividades diárias, ainda que tenham preservado a capacidade de realizar o autocuidado⁽⁷⁾.

Nesse contexto, um estudo transversal constatou que cerca da metade das pacientes apresentaram 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⁽¹⁷⁾.

Identificou-se ainda que a maioria das participantes iniciou o tratamento antineoplásico com certa debilidade funcional, esse fato provavelmente está relacionado à incapacidade causada pela própria doença. Pacientes oncológicos possuem diminuição da qualidade de vida como consequência da diminuição da capacidade de manter as condições físicas gerais, tornando-se mais vulneráveis⁽¹⁸⁾.

Assim, o fato de que houve a diminuição da CF nos primeiros ciclos de tratamento, pode estar seguramente relacionado à presença de efeitos colaterais causados pelo próprio uso dos quimioterápicos. O mesmo foi observado em outro estudo, onde se notou que ao início do tratamento há uma perda da CF que pode chegar a cerca de 30% de sua totalidade, logo, a paciente torna-se vulnerável durante o tratamento⁽¹⁹⁾.

A respeito do aumento dos escores médios da CF entre os dois últimos ciclos de quimioterapia, pode-se dizer que este achado possivelmente está associado a fatores mais individuais, posto que, houve uma importante diminuição da quantidade de pacientes submetidas à quimioterapia nesse dado momento. Destaca-se ainda que as pacientes inclusas nos dois últimos ciclos e responsáveis por melhores escores médios da CF eram portadoras de DTG, recebendo metotrexate como monoterapia, o que por si só aponta para um grupo de pacientes com CF preservada em relação às demais pacientes.

Tendo em consideração a avaliação da CF quanto a idade, entende-se que pacientes idosos apresentam mais complicações durante o tratamento, estando mais suscetíveis às toxicidades⁽²⁰⁾. As comorbidades apresentadas pela maioria dos pacientes idosos também colaboram para um possível prejuízo funcional⁽¹⁸⁾. Por conseguinte, pacientes adultos acabam apresentando melhor CF quando comparados a pacientes idosos.

■ CONCLUSÃO

Ao término do estudo e tendo presente os resultados encontrados, pôde-se concluir que a maior parte das mulheres tinha de 41 a 50 anos de idade, diagnóstico de câncer de mama e fazia uso de protocolos baseados em antracíclicos. A análise mostrou que a CF foi afetada pelo tratamento quimioterápico, visto que as pacientes deixaram de ser capazes de realizar suas atividades cotidianas, limitando-se às atividades do autocuidado. As pacientes idosas sofreram maior comprometimento funcional durante a terapêutica.

Cabe à Enfermagem estabelecer medidas de gerenciamento da capacidade funcional visando minimizar os efeitos colaterais causados pelo tratamento quimioterápico, principalmente às pacientes mais suscetíveis ao declive funcional, além do controle de sinais e sintomas decorrentes da doença.

Evidencia-se que os cuidados para a garantia da CF de mulheres em uso de quimioterápicos não deve restringir-se a aplicação da prescrição, preparo e administração de medicamentos, e sim na atuação de forma a controlar sinais e sintomas que causam impacto na CF das mulheres. Evidencia-se também que a ação multiprofissional e a comunicação entre os serviços de oncologia e a atenção primária, para o acompanhamento domiciliar dessas pacientes deve ser estimulada, de forma a garantir a continuidade de cuidados. Nesse prisma, nota-se a necessidade de novos estudos que possam sugerir uma assistência de enfermagem e multiprofissional adequada às necessidades

dessa população durante o tratamento quimioterápico e em especial às pacientes idosas que foram submetidas à mais de três ciclos quimioterápicos, já que estas mostraram pior CF durante o estudo.

A utilização de instrumentos de avaliação pertinentes e consistentes pela enfermagem, no cuidado ao paciente oncológico possibilita uma prática assistencial de qualidade e livre de riscos, bem como direcionada especificamente para o manejo do estado geral e complicações inerentes, favorecendo um cuidado individualizado e humanizado.

É uma limitação do estudo o enfoque restrito à avaliação física das pacientes em tratamento quimioterápico, uma vez que são conhecidos os vários aspectos que envolvem a qualidade de vida de um indivíduo, assim sendo, a qualidade de vida não esta ligada apenas a função física, embora esta seja essencial.

São necessárias novas pesquisas com base na busca por alternativas que possam garantir a manutenção da CF, contribuindo para a expansão do conhecimento com vistas à melhoria da qualidade de vida dos pacientes oncológicos.

■ REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer (BR). Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2014.
2. Santos RS, Prates Melo ECP. Mortalidade e assistência oncológica no Rio de Janeiro: câncer de mama e colo uterino. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2011;15(2):410-6.
3. Ferreira MLS. Motivos que influenciam a não-realização do exame de papanicolaou segundo a percepção de mulheres. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2009;13(2):378-84.
4. Seckl MJ, Sebire NJ, Fisher RA, Golfier F, Massuger L, Sessa C. Gestational trophoblastic disease: ESMO clinical practice guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol.* 2013;24(5):39-50.
5. Roque, VMN, Forones NM. Avaliação da qualidade de vida e toxicidades em pacientes com câncer colorretal tratados com quimioterapia adjuvante baseada em fluoropirimidinas. *Arq Gastroenterol.* 2011;43(2):94-101.
6. Nicolussi AC, Sawada NO. Qualidade de vida de pacientes com câncer de mama em terapia adjuvante. *Rev Gaúch Enferm.* 2011;32(4):759-66.
7. Instituto Nacional de Câncer (BR). Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. 3. ed. Rio de Janeiro: INCA; 2008.
8. Gozzo TO, Souza SG, Moyses AMB, Panobianco MS, Almeida AM. Ocorrência e manejo de náusea e vômito no tratamento quimioterápico em mulheres com câncer de mama. *Rev Gaúch Enferm.* 2014;35(3):117-23.
9. Elias TC. 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]. Uberaba: Universidade Federal do Triângulo Mineiro; 2014.
10. Ross VMN, Berkowitz RS, Goldstein DP. Current management of gestational trophoblastic diseases. *Gynecol Oncol.* 2009;112(3):654-62.
11. Leite FMC, Bubach S, Amorim MHC, Castro DS, Primo, CC. Mulheres com diagnóstico de câncer de mama em tratamento com tamoxifeno: perfil sociodemográfico e clínico. *Rev Bras Cancerol.* 2011;57(1):15-21.
12. Mascarello KC, Silva NF, Piske MT, Viana KCG, Zandonade E, Amorim MHC. Perfil sociodemográfico e clínico de mulheres com câncer do colo do útero associado ao estadiamento inicial. *Rev Bras Cancerol.* 2012;58(3):417-26.
13. Moraes MHB. Câncer ginecológico. In: Mohallem AGC, Rodrigues AB, organizadores. *Enfermagem oncológica.* Barueri: Manole, 2007. p. 18, 285-9.
14. Lurain JR. Gestational trophoblastic disease I: epidemiology, pathology, clinical presentation and diagnosis of gestational trophoblastic disease, and management of hydatidiform mole. *Am J Obstet Gynecol.* 2010;203(6):531-9.
15. Adão R, Keulenaerb G, Leite-Moreira A, Brás-Silva C. Cardiotoxicity associated with cancer therapy: pathophysiology and prevention strategies. *Rev Port Cardiol.* 2013;32(5):395-409.
16. Guimarães AGC, Anjos ACY. Caracterização sociodemográfica e avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico adjuvante. *Rev Bras Cancerol.* 2012;58(4):581-92.
17. Martins LC, Ferreira-Filho C, Del Giglio A, Munhoes DA, Trevizan LLB, Herbst LG, et al. Desempenho profissional ou doméstico das pacientes em quimioterapia para câncer de mama. *Rev Assoc Med Bras.* 2009;55(2):158-62.
18. Silva CB, Albuquerque V, Leite J. Qualidade de vida em câncer de mama. *Rev Bras Cancerol.* 2010;56(2):227-36.
19. Sawada NO, Nicolussi AC, Okino L, Cardozo FMC, Zago MMF. Avaliação da qualidade de vida de pacientes com câncer submetidos à quimioterapia. *Rev Esc Enferm. USP.* 2009;43(3):581-7.
20. Fabrício V C. Tratamento oncológico no idoso. *Rev Bras Med.* 2011;68(5):4-7.

■ Endereço do autor:

Sueli Riul da Silva
Rua Donald Silvestre Cicci, 665, Manoel Mendes
38082-166 Uberaba –MG
E-mail: sueliriul@terra.com.br

Recebido: 18.11.2014

Aprovado: 24.09.2015