



Aspectos sociais e clínicos de pacientes oncológicos de um serviço quimioterápico

Social and clinical aspects of oncological patients of a chemotherapy service

Aspectos sociales y clínicos de pacientes oncológicos de un servicio de quimioterapia

Marília Aparecida Carvalho Leite¹, Denismar Alves Nogueira¹, Fábio de Souza Terra¹

Objetivo: identificar os aspectos sociais e clínicos de pacientes oncológicos submetidos à quimioterapia ambulatorial. **Método:** pesquisa epidemiológica, transversal. Utilizado roteiro semiestruturado, aplicado a 156 pacientes. **Resultados:** houve maior proporção de homens (51,9%); faixa etária entre 51 e 60 anos (30,8%); casados (30,8%); ensino fundamental incompleto e completo (61,6%); aposentados/pensionistas (57,0%); católicos (80,8%); não fumantes (80,1%); não usuários de bebida alcoólica (60,9%) e sedentário (75,6%). A maior proporção do câncer foi o de mama (19,9%) e 37,2% nos estadiamento 3 e 4. O diagnóstico e o tratamento ocorreram em período igual ou inferior a seis meses. A maioria não referia doença crônica (51,9%) e sem o uso contínuo de medicamentos (51,9%). **Conclusão:** o conhecimento dos aspectos sociais e clínicos dos pacientes em quimioterapia permite ao enfermeiro o planejamento de assistência às demandas específicas visando à manutenção biopsicossocial.

Descritores: Enfermagem Oncológica; Neoplasias; Oncologia; Quimioterapia; Condições Sociais.

Objective: to identify the social and clinical aspects of oncological patients undergoing chemotherapy in a health clinic. **Methods:** it is an epidemiological cross-sectional research. A semi-structured script was used, applied to 156 patients. **Results:** there was a larger proportion of men (51.9%); age range between 51 to 60 years (30.8%); married (30.8%); incomplete and complete grade school (61.6%); retired/pensioners (57.0%); catholic (80.8%); nonsmokers (80.1%); non alcoholic beverages, users (60.9%) and sedentary (75.6%). The larger proportion of cancer was breast cancer (19.9%) and 37.2% in stages 3 and 4. The diagnosis and the treatment occurred in a period equal or inferior to six months. Most of the patients did not show chronic diseases (51.9%) and without the continuous use of medicine (51.9%). **Conclusion:** the knowledge of the social and clinical aspects of the patients under chemotherapy allows the nurse the planning assistance to the specific demands aiming at the biopsychosocial maintenance.

Descriptors: Oncology Nursing; Neoplasms; Medical Oncology; Drug Therapy; Social Conditions.

Objetivo: identificar los aspectos sociales y clínicas de pacientes oncológicos sometidos a quimioterapia. **Método:** investigación epidemiológica, transversal. Utilizado guión semiestruturado, aplicado a 156 pacientes. **Resultados:** hubo mayor proporción de hombres (51,9%); edad 51-60 años (30,8%); casados (30,8%); enseñanza primaria completa e incompleta (61,6%); jubilados/pensionistas (57,0%); católicos (80,8%); no fumadores (80,1%); usuarios de bebidas alcohólicas (60,9%) y sedentarios (75,6%). Mayor proporción del cáncer fue de mama (19,9%) y 37,2% para estadios 3 y 4. El diagnóstico y tratamiento se produjeron en un período igual o inferior a seis meses. La mayoría no informó enfermedad crónica (51,9%) y sin uso continuo de medicación (51,9%). **Conclusión:** el conocimiento de los aspectos sociales y clínicos de los pacientes en quimioterapia permite al enfermero la planificación de la atención a las demandas específicas destinadas a mantenimiento biopsicossocial.

Descritores: Enfermería Oncológica; Neoplasias; Oncología Médica; Quimioterapia; Condiciones Sociales.

¹Universidade Federal de Alfenas. Alfenas, MG, Brasil.

Autor correspondente: Marília Aparecida Carvalho Leite
Rua Nabor Toledo Lopes, 1341. Centro. CEP: 37.130.000. Alfenas, MG, Brasil. E-mail: lyla.leite@hotmail.com

Introdução

O câncer constitui um problema de saúde pública sério no Brasil bem como mundialmente, agravado nos últimos anos devido ao envelhecimento populacional nos países em desenvolvimento⁽¹⁾. Trata-se de uma doença diferenciada das demais enfermidades crônicas em virtude de sua patologia desde o momento do diagnóstico, provocar deformidades, dor e mutilações, impacto psicológico, sentimentos negativos, entre outros⁽²⁾.

Avanços nos diagnósticos e nos tratamentos do câncer tem possibilitado ampliação da possibilidade de cura, cujo objetivo terapêutico real ocorre em 50% dos casos diagnosticados. Destacam-se como as principais formas de tratamento: a cirurgia, a radioterapia, a quimioterapia, a hormonioterapia, a terapia biológica, sendo tratamentos isolados ou em combinação⁽³⁾.

A utilização da quimioterapia antineoplásica, tem se tornado uma das mais importantes e promissoras maneiras de combater o câncer, sendo empregada com fins curativos ou paliativos. As purificações das drogas e a elaboração de protocolos de administração possibilitam a utilização de mais de um composto, simultaneamente, bem como o contorno dos efeitos colaterais mediante aplicação de terapia, de resgate e protetora⁽⁴⁾. Todavia vários fatores devem ser considerados no seu planejamento, como as características pessoais e da doença, como idade, estado nutricional, funções renal, hepática e pulmonar, presença ou não de infecções, tipo do tumor, presença de metástase e as condições de vida⁽⁵⁾.

Dentre suas vantagens estão a potencialização do efeito terapêutico de uma droga com o uso de outra; retardo da resistência tumoral; possibilidades de doses menores e, conseqüentemente, diminuição dos efeitos tóxicos e colaterais⁽³⁾.

O progresso tecnológico dos meios diagnósticos e dos procedimentos terapêuticos tem ampliado a sobrevivência dos pacientes. Durante o período de

sobrevivência, a morbidade é um aspecto impactante, principalmente durante o tratamento, impedindo que o paciente exerça suas atividades laborais, sociais e rotineiras normalmente⁽⁶⁾.

Com isso, informações da alta incidência de pessoas acometidas por câncer, tornar-se imperioso a atenção para o diagnóstico precoce, tratamento adequado, além das inquietações da pessoa ante sua própria vida, de modo que o mesmo consiga obter qualidade de vida satisfatória e um estado emocional⁽⁷⁾.

No âmbito da enfermagem e do tratamento quimioterápico é desejável a promoção de uma assistência holística, cuja enfermagem deverá atender as necessidades biopsicossociais e espirituais das pessoas. Concomitante ao desenvolvimento de um cuidado integral, é necessário desenvolver ações com qualidade, visando ampliar o bem-estar destes pacientes durante a vigência do tratamento⁽⁸⁾.

Em função da multidimensionalidade dos fatores inerentes ao câncer e a finitude humana, é *mister* da enfermagem o planejamento individualizado da assistência, compreendendo e valorizando a relação destes para enfrentamento da doença, na visão do paciente, com o intuito de uma prática de qualidade⁽⁶⁾.

Frente a estas acepções e dada à importância de se conhecer os diferentes aspectos das pessoas que vivenciam o tratamento quimioterápico com intuito de planejar e promover um cuidado de enfermagem integral foi desenvolvido o presente estudo, com objetivo de caracterizar os aspectos sociais e clínicos dos pacientes oncológicos submetidos ao tratamento quimioterápico de um município de Minas Gerais.

Método

Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo, de corte transversal e abordagem quantitativa, desenvolvido em uma unidade ambulatorial de oncologia, de um hospital geral de médio porte, de um município do Sul do Estado de Minas Gerais. No ser-

viço, há aproximadamente 600 pessoas com câncer e, cerca de 225 em tratamento quimioterápico endovenoso. Por meio de amostragem aleatória, adotando-se erro de 5% e intervalo de confiança de 95%, o cálculo amostral determinou uma amostra de 142 pacientes⁽⁹⁾. Não obstante, foram coletados dados de 156 pacientes, portanto, o número amostral da pesquisa.

Foram adotados como critérios de inclusão: pessoas com idade \geq 18 anos, com diagnóstico de câncer e em tratamento quimioterápico endovenoso.

A coleta de dados ocorreu nos meses de janeiro a maio de 2013. Para essa etapa foi utilizado um questionário semiestruturado contendo variáveis sociodemográficas, relacionadas ao tratamento e hábitos de vida. Este instrumento foi submetido a um processo de refinamento, por meio da avaliação de cinco juízes com experiência na área. Posteriormente, o instrumento foi submetido a um teste piloto com 10 pacientes com câncer. Os indivíduos que participaram deste teste não foram descartados da amostra, uma vez que não foi evidenciada quaisquer dificuldades para respondê-lo, e tampouco foram realizadas modificações no instrumento.

As variáveis contempladas no estudo relacionadas às características pessoais foram: sexo; faixa etária; estado civil; número de filhos e renda familiar mensal. Para se conhecer os aspectos sociais buscam-se os seguintes itens: escolaridade; ocupação; moradia; religião e município de residência. Na avaliação dos hábitos prejudiciais à saúde buscou-se o uso de cigarro (tabagismo) e de álcool, adotando-se como critérios: leve (utilizou bebida alcoólica no último mês, mas o consumo foi menor que uma vez por semana); moderado (utilizou bebida alcoólica semanalmente, mas não todos os dias, durante o último mês); pesado (utilizou bebida alcoólica diariamente durante o último mês), já quanto a hábitos de vida: prática de exercícios físicos. Em relação ao câncer as variáveis foram: local do câncer; estágio da doença (baseado

no critério utilizado pelo Instituto do Câncer); tempo de diagnóstico do câncer atual; tempo de tratamento quimioterápico; número de sessões de quimioterapia; outro tipo de tratamento para o câncer além da quimioterapia; presença de câncer em outro órgão e tipo de atendimento. Outras variáveis como presença de doença crônica e medicamentos de uso diário concluíram a caracterização da amostra.

Foi utilizada a planilha do MS-Excell, versão 2010, para a digitação dupla do banco de dados. Em seguida, para análise estatística descritiva foi utilizado o Software *Statistical Package for Social Science*, versão 17.0.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas, segundo o parecer nº 91.918. Solicitou-se a autorização prévia à administração da instituição onde o estudo foi desenvolvido, assim como a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos participantes da pesquisa, sendo garantido seu anonimato e o direito de desistência em qualquer fase da mesma, conforme a Resolução nº466/2012, que trata de pesquisa envolvendo os seres humanos.

Resultados

Das 156 pessoas em tratamento quimioterápico, teve-se maior proporção o sexo masculino (51,9%). A idade variou de 18 a 70 anos ou mais, (com média de 59,61 e desvio padrão de 13,375), com maior proporção na faixa de idade entre 51 a 60 anos (30,8%). Entre eles, 64,1% eram casados, com 1 a 5 filhos (71,8%) (média de 2,83 e desvio padrão de 2,512). A renda familiar foi obtida em valores da moeda brasileira (Reais) e variou de R\$650,00 a R\$2.400,00 ou mais (equivalente, aproximadamente, de 240 a 889 dólares americano). O valor médio da renda foi de R\$1.147,02 e desvio padrão de R\$884,055 (equivalente, aproximadamente, a 425 dólares americano).

Tabela 1 - Caracterização das 156 pessoas com câncer em tratamento quimioterápico de acordo com sexo, faixa etária, estado civil e renda familiar

Variáveis	n (%)
Sexo	
Masculino	81 (51,9)
Feminino	75 (48,1)
Faixa etária (em anos)	
18 - 30	6 (3,8)
31 - 40	4 (2,6)
41 - 50	19 (12,2)
51 - 60	48 (30,8)
61 - 70	47 (30,1)
> 70	32 (20,5)
Estado civil	
Casado(a)	100 (64,1)
Solteiro(a)	25 (16,0)
Viúvo(a)	21 (13,5)
Separado(a)	10 (6,4)
Número de filhos	
Nenhum	27 (17,3)
1 - 5	112 (71,8)
> 6	17 (10,9)
Renda familiar mensal (em reais)	
≤ 650,00	28 (17,9)
651,00 - 1.200,00	91 (58,3)
≥ 1.201,00	37 (23,8)

O ensino fundamental incompleto e completo constituiu a maior parte do nível escolar (61,6%). Maior parte das pessoas era aposentada ou pensionista (57,0%), moradores de casa própria (85,9%) e católicos (80,8%). No referente ao município de residência, moravam em municípios circunvizinhos ao município de Alfenas-MG (74,4%), cidade sede da pesquisa (Tabela 2).

Pela tabela 3, 32,1% das pessoas apresentavam diferentes tipos de câncer, informados como "outros", como cânceres de peritônio, glândula parótida, boca, próstata, laringe, pele, leucemia, testículo, ovário, linfoma, fígado, pâncreas uretra, cérebro e bexiga. A maior proporção do câncer foi o de mama (19,9%). Quanto ao estadio da doença, os estadios 3 e 4 em conjunto representam 37,2% da amostra total.

Tabela 2 - Distribuição das 156 pessoas com câncer de acordo com escolaridade, ocupação, moradia, religião e município de residência

Variáveis	n (%)
Escolaridade	
Sem alfabetização	15 (9,6)
Ensino fundamental incompleto/completo	96 (61,6)
Ensino médio incompleto/ completo	36 (23,0)
Superior completo	9 (5,8)
Ocupação	
Aposentado(a)/Pensionista	89 (57,0)
Licença saúde	38 (24,4)
Desempregado	15 (9,6)
Outra	14 (9,0)
Moradia	
Casa própria	134 (85,9)
Casa alugada	14 (9,0)
No emprego	6 (3,8)
Casa de repouso	2 (1,3)
Religião	
Católica	126 (80,8)
Evangélica	27 (17,4)
Espírita	1 (0,6)
Budismo	1 (0,6)
Sem religião	1 (0,6)
Município de residência	
Outro	116 (74,4)
Alfenas	40 (25,6)

Tabela 3 - Distribuição das 156 pessoas com câncer, de acordo com o local do câncer e estágio da doença

Variáveis	n (%)
Local do câncer	
Outros*	50 (32,1)
Mama	31 (19,9)
Intestino	22 (14,1)
Osso	18 (11,5)
Pulmão	13 (8,3)
Útero	8 (5,1)
Estômago	7 (4,5)
Esôfago	7 (4,5)
Estádio da doença	
0	1 (0,6)
1	3 (2,0)
2	28 (17,9)
3	39 (25,0)
4	19 (12,2)
Não informado	66 (42,3)

*Outros cânceres: peritônio, glândula parótida, boca, próstata, laringe, pele, leucemia, testículo, ovário, linfoma, fígado, pâncreas uretra, cérebro e bexiga

Maior proporção dos pacientes receberam o diagnóstico do câncer em período de seis meses (53,2%) (média de 8,29 e desvio padrão de 5,842), anterior à entrevista, cuja quimioterapia teve início há seis meses (61,5%), (média de 6,34 e desvio padrão de 5,103). E a maioria (54,5%), recebeu até seis sessões de quimioterapia (média de 6,78 e desvio padrão de 5,103) (Tabela 4).

Tabela 4 - Tempo de diagnóstico do câncer atual, da quimioterapia e número de sessões de quimioterapia entre as 156 pessoas com câncer

Variáveis	n (%)
Tempo de diagnóstico do câncer atual (meses)	
≤ 6	83 (53,2)
7 - 12	49 (31,4)
≥ 13	23 (15,4)
Tempo de quimioterapia	
≤ 6	96 (61,5)
7 - 12	45 (28,8)
≥ 13	15 (9,7)
Sessões de quimioterapia	
≤ 6	85 (54,5)
7 - 12	56 (35,9)
≥ 13	15 (9,6)

No referente à prática de exercícios físicos, maior proporção era de sedentários (75,6%). Quanto aos hábitos a maioria em sua maioria (80,1%), não fumava. Entre os fumantes, maior parte consumiam 10 cigarros por dia (média de 9,52 e desvio padrão de 9,973). Já, ao se investigar o consumo de bebida alcoólica, 60,9%, declararam-se não consumistas. Daqueles que afirmaram consumir bebida alcoólica 60,7% eram usuários leves, ou seja, consumiram bebida alcoólica no último mês, mas o consumo foi menor que uma vez por semana. Pertinente a variável tipo de atendimento, a totalidade dos pacientes (156; 100%), relatou ser atendida pelo Sistema Único de Saúde. Além da quimioterapia, os pacientes afirmaram não terem realizado outra terapêutica (51,3%). Entretanto, 52,6% informavam procedimento cirúrgico. E, do total de pessoas estudadas, 75% referiram câncer em outro órgão e 48,1% com hipertensão arterial (Dados não disponibilizados em Tabelas).

Discussão

Os achados do presente estudo corroboram com os apresentados pelo Instituto Nacional do Câncer, destacando-se incidência do câncer em pessoas do sexo masculino no estado de Minas Gerais⁽⁸⁾. A faixa correspondente ao início da terceira idade é um fator que influencia fortemente esta morbidade, uma vez que as neoplasias se apresentam mais comuns nos extremos da idade⁽¹⁰⁾.

Com relação ao estado civil, é importante destacar que o apoio do cônjuge ou familiares à pessoa que têm uma doença que ameaça a vida como o câncer é de grande importância, uma vez que a família é a principal fonte de apoio para o paciente, onde o câncer deve ser tratado com um problema e não questão familiar⁽¹¹⁾.

Em relação à renda mensal a Organização Mundial da Saúde, afirma que mais de 70% das mortes de câncer predominam em países de baixa e média renda, devido os recursos disponíveis para prevenção, diagnóstico e tratamento serem limitados e por vezes inexistentes, estimando que 17 milhões de pessoas morrerão de câncer em 2030⁽¹²⁾.

Ainda em referência a associação do câncer e a renda familiar mensal, destaca-se que o câncer, está intimamente ligado à pobreza. Assim os indivíduos sobre a qual repousa o peso da carga de câncer em países de baixa renda tem menos acesso aos serviços de saúde e também recebem a menor parcela dos gastos correspondente aos serviços públicos de saúde em câncer. Esta distribuição desigual de recursos é um problema crônico em todo o mundo, mas o problema é muito maior em países com recursos limitados, reduzindo o acesso aos serviços de saúde pela a ignorância e a falta de comunicação⁽¹³⁾.

Complementarmente o nível de escolaridade, fundamental, é semelhante a outro estudo, que pesquisou mulheres com câncer do colo uterino. Provavelmente esse fato decorre de ambas as pesquisas terem sido desenvolvidas em unidades do Sistema Único de Saúde⁽¹⁴⁾.

A crença espiritual serve como um facilitador para o enfrentamento de situações difíceis durante a vida. Em face a uma doença estigmatizante modo vislumbra-se chances de cura, assim a busca pela fé, cujas pessoas que professam uma religião apresentam maiores condições de lidar com situações difíceis na vida como é o caso do câncer⁽¹⁵⁾.

Em estudo realizado com indivíduos com neoplasia maligna que realizaram no mínimo duas sessões de quimioterapia, objetivando avaliar a realização de atividade física e a qualidade de vida e observar suas possíveis correlações em pacientes oncológicos durante o tratamento quimioterápico, mostrou que a atividade física parece estar relacionada com diferentes aspectos da qualidade de vida de pacientes oncológicos⁽¹⁶⁾. Deste modo, mostra-se importante o estímulo ao desenvolvimento de atividades durante o curso da doença.

Existe estreita associação entre consumo de cigarros e câncer de pulmão, cujas evidências apontam para o desenvolvimento de outros tumores malignos, como o de ovário e o de cólon. Destaca-se ser o tabagismo, a principal causa de câncer no mundo⁽¹⁷⁾.

Instituições internacionais concluíram que não existe um nível de consumo de álcool onde o câncer é nulo. Desta maneira, profissionais de saúde devem promover orientações aos usuários dos serviços que enfoquem o não uso de bebidas alcoólicas e quanto aqueles que fazem o uso incentivar ao menos, que este seja reduzido⁽¹⁸⁾.

A falta de um programa nacional de rastreamento do câncer de mama que tem levado cada uma das cidades ao desenvolvimento de estratégias, com populações distintas. Na presente pesquisa, o fato do câncer da mama sobressair dentre os demais, não tem características bem definidas, entretanto, o Estado de Minas Gerais possuía alta cobertura da mamografia às mulheres com quarenta anos ou mais. Outro fato, pode estar relacionado à condição socioeconômicas da população, cujas taxas do câncer de mama apresentam-se em maior proporção nos países em desenvolvimento⁽¹⁹⁾.

Em investigação realizada com o objetivo de avaliar a diferença entre o estadiamento do câncer colo-retal em clínicas privadas e do Sistema Único de Saúde mostrou maior frequência em indivíduos do sexo masculino, com tumores estadiados nas categorias 2 e 3, corroborando com os dados da presente pesquisa. Assim, faz-se necessária a implementação de estratégias de tratamento e de intervenções interdisciplinares⁽²⁰⁾.

Concernente ao tempo de tratamento do câncer um estudo desenvolvido em São Paulo, que investigou dados de domínio público do Sistema Único de Saúde, referentes à produção assistencial para cirurgia oncológica, quimioterapia e radioterapia, estimou o tempo médio de tratamento de um caso de câncer no Estado de São Paulo em quimioterapia de 7,3 meses⁽²¹⁾, semelhante ao observado no presente estudo.

É notório enfatizar que a escolha do tratamento eficaz para o câncer deve ser feita baseando-se principalmente no estadiamento visando não apenas o controle do tumor primário, mas as possíveis metástases, diminuição de sintomas, melhora da qualidade e sobrevivência do doente⁽²²⁾.

Fatores epidemiológicos reforçam o discurso sobre a necessidade de atenção à saúde do homem por meio de pesquisas comparativas com mulheres. Os cuidados com a saúde e a previdência nos hábitos de vida seriam atribuições não identificadas com a concepção dos homens, sobrepondo maior resistência destes em buscar os serviços de saúde por associarem prevenção e autocuidado à fragilidade e insegurança, confrontando com virilidade, traços culturais de uma visão suprema de masculinidade acarretando agravos na saúde e morte precoce⁽²³⁾.

Assim sendo, destaca-se a importância da rapidez para o início do tratamento quimioterápico, bem como a adoção de medidas preventivas. Tais aspectos melhoram o controle da doença reduzindo o risco de complicações decorrentes da doença⁽¹⁰⁾.

Desta forma, é possível ressaltar a complexidade de se viver com o câncer e em tratamento quimioterápico. Urge reforçar a necessidade da imple-

mentação dos cuidados de enfermagem em serviços de oncologia, tornando-os holísticos e personalizados. Destaca-se imprescindível a interação profissional entre enfermeiro, paciente e família, contribuindo para reduzir a carga emocional destas pessoas, promover interações pessoais, identificar a necessidade dos cuidados de enfermagem e permitir a confiança durante o tratamento quimioterápico⁽²⁴⁾.

Conclusão

Neste estudo pode-se concluir que os pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico são em maior parte do sexo masculino, na faixa etária entre 51 a 60 anos, casados, com um a cinco filhos, pouca escolaridade, aposentados ou pensionistas, possuidores de casa própria e católicos. Também congregou pessoas não fumantes e não consumistas de bebida alcoólica. Maior proporção era de câncer de mama diagnosticados e tratados precocemente (até seis meses) e com início de ciclos de quimioterapia, não foram submetidos a outro tipo de tratamento além da quimioterapia.

Tal avaliação pode proporcionar ao enfermeiro o planejamento de uma assistência de enfermagem, viabilizando ações e estratégias direcionadas e que atendam as diferentes necessidades, tendo em vista a humanização, integralidade e qualidade, atentando para as particularidades de cada um.

Assim sendo, a enfermagem deve promover o envolvimento de estratégias e de ações em sua assistência que visem à manutenção biopsicossocial dos pacientes em tratamento quimioterápico e ofereçam ajuda àqueles com necessidade de atendimento, visto que a reabilitação biopsicossocial não termina após a descoberta do câncer, tampouco ao final do tratamento. Faz-se necessário também a continuidade de trocas de informações sobre os efeitos colaterais do tratamento e formas de cuidado que possam evitar as complicações decorrentes da doença.

Colaborações

Leite MAC contribuiu para concepção do trabalho, análise, coleta de dados, interpretação dos dados e redação do artigo. Terra FS contribuiu para concepção do trabalho, análise, interpretação dos dados e aprovação final da versão a ser publicada. Nogueira DA contribuiu para concepção do trabalho, análise, coleta de dados, interpretação dos dados e redação do artigo.

Referências

1. Nakashima JP, Koifman RJ, Koifman S. Incidência de câncer na Amazônia ocidental: estimativa de base populacional de Rio Branco, Acre, Brasil, 2007-2009. *Cad Saúde Publica*. 2012; 28(11):2125-32.
2. Salci MA, Marcon SS. Itinerário percorrido pelas mulheres na descoberta do câncer. *Esc Anna Nery*. 2009; 13(3):558-66.
3. Soares EM, Silva SR. Perfil de pacientes com câncer ginecológico em tratamento quimioterápico. *Rev Bras Enferm*. 2010; 63(4):517-22.
4. Nicolussi AC, Sawada NO, Cardozo FMC, Andrade V, Paula JM. Health-related quality of life of cancer patients undergoing chemotherapy. *Rev Rene*. 2014; 15(1):132-40.
5. Jorge LLR, Silva SR. Evaluation of the quality of life of gynecological cancer patients submitted to antineoplastic chemotherapy. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2010; 18(5):849-55.
6. Sonobe HM, Buetto LS, Zago MMF. O conhecimento dos pacientes com câncer sobre seus direitos legais. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45(2):342-8.
7. Bertan FC, Castro EK. Quality of life, anxiety and depressions indicators and sexual satisfaction in adult patients with cancer. *Salud Soc*. 2010; 1(2):76-88.
8. Caldeira S, Carvalho EC, Vieira M. Between spiritual wellbeing and spiritual distress: possible related factors in elderly patients with cancer. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2014; 22(1):28-34.

9. Medronho RA. *Epidemiologia*. São Paulo: Atheneu; 2006.
10. Terra FS, Costa AMDD, Damasceno LL, Lima TSL, Filippini CB, Leite MAC. Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos. *Rev Bras Clín Med*. 2013; 11(2):112-7.
11. Sanchez KOL, Ferreira NMLA, Dupas G, Costa DB. Apoio social à família do paciente com câncer: identificando caminhos e direções. *Rev Bras Enferm*. 2010; 63(2):290-9.
12. Instituto Nacional do Câncer. Secretária de Atenção a Saúde, Programa de epidemiologia e vigilância do câncer e seus fatores de risco. Estimativa 2014: incidência do câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer; 2014.
13. Solidoro Santisteban, A. Pobreza, desigualdade e câncer. *Acta Med Per*. 2010; 27(3):204-6.
14. Dallabrida FA, Loro MM, Rosanelli CLSP, Souza MM, Gomes JS, Kolankiewicz ACB. Quality of life of women undergoing treatment for cervical cancer. *Rev Rene*. 2014; 15(1):116-22.
15. Mesquita AC, Chaves ECL, Avelino CCV, Nogueira DA, Panzini RG, Carvalho EC. The use of religious/spiritual coping among patients with cancer undergoing chemotherapy treatment. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2013; 21(2):539-45.
16. Seixas RJ, Kessler A, Frison VB. Atividade física e qualidade de vida em pacientes oncológicos durante o período de tratamento quimioterápico. *Rev Bras Cancerol*. 2010; 56(3):321-30.
17. Wunsch VF, Mirra AP, López RVM, Antunes ALF. Tabagismo e câncer no Brasil: evidências e perspectivas. *Rev Bras Epidemiol*. 2010; 2(3):175-87.
18. Martel PL, Arwidson P, Ancellin R, Druesne NP, Herberg S, Quéllec NM, et al. Alcohol consumption and cancer risk: revisiting guidelines for sensible drinking. *CMAJ*. 2011; 183(16):1861-5.
19. Martins E, Freitas Junior R, Curado MP, Freitas NMA, Silva CMB, Oliveira JC. Prevalence of breast cancer in the city of Goiânia, Goiás, Brazil, between 1988 and 2002. *São Paulo Med J*. 2011; 129(5):309-14.
20. Brambilla E, Ponte M, Ruschel LG, Bosi HR, Braga JL, Silva PG. Staging of colorectal cancer in the private service versus Brazilian National Public Health System: what has changed after five years? *J Coloproctol*. 2012; 32(2):144-7.
21. Gomes Júnior SCS, Almeida RT. Simulation model for estimating the cancer care infrastructure required by the public health system. *Rev Panam Salud Publica*. 2009; 25(2):113-9.
22. Rodrigues JSM, Marchioro N, Ferrerira LA. Caracterização do perfil epidemiológico do câncer em uma cidade do interior paulista: conhecer para intervir. *Rev Bras Cancerol*. 2010; 56(4):431-41.
23. Schwarz, E. Reflections on gender and the Brazilian comprehensive healthcare policy for men. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012; 17(10):2581-3.
24. Jaman-Mewes P, Rivera MS. Vivir con cáncer: una experiencia de cambios profundos provocados por la quimioterapia. *Aquichán*. 2014; 14(1):20-31.