

Avaliação da qualidade de vida em pacientes submetidos à quimioterapia ambulatorial no Hospital Heliópolis

Assessment of the quality of life in patients submitted to chemotherapy in Hospital Heliópolis

Sergio Altino Franzi¹ e Patrícia Gislene Silva²

Resumo

Foram analisados 49 pacientes submetidos à quimioterapia ambulatorial no Hospital Heliópolis de agosto a outubro de 2002, para a avaliação da qualidade de vida. A média e mediana de idade foram de 53 e 67 anos, respectivamente. Entre os pacientes, 21 eram mulheres e 28 homens. A concentração e a memória de homens e mulheres não tiveram alterações com o tratamento. Cerca de 30 brancos e 19 não-brancos não apresentaram enjoos durante o tratamento nem apresentaram dificuldades financeiras ao longo desse período de tratamento. Não houve piora da qualidade de vida tanto nos pacientes submetidos à cirurgia quanto à radioterapia. Quarenta por cento dos pacientes na faixa etária de 41 a 60 anos não tiveram dificuldades para realizar atividades de lazer. No grupo de 61 a 80 anos, o nervosismo e a depressão não interferiram e nem agravaram os sintomas com o tratamento, e a avaliação geral da saúde desses pacientes foi considerada elevada. Concluiu-se que, a qualidade de vida elevada depende de maior adesão ao tratamento e do enfrentamento de eventos estressantes.

Palavras-chave: qualidade de vida; neoplasias; quimioterapia; pacientes.

Abstract

We studied 49 patients submitted to chemotherapy at Hospital Heliópolis - São Paulo to assess their perception on their quality of life., from August to October 2002. There were 21 females and 28 males. Mean age was 53 years and median, 67 years. The results show that concentration and memory in males or females was not compromised by the treatment. Thirty caucasian and 19 non-caucasian subjects did not feel nauseated from treatment neither had to face financial hardships during the treatment. The patients treated by surgery or radiotherapy did not feel their quality of life worsen. Forty percent (40%) of patients ranging from 41 to 60 years did not have troubles performing leisure activities. Nervousness did not interfere with treatment, neither did depression worsen with the treatment. We concluded that high quality of life depended on the compliance to treatment and on how one coped with stress.

Key words: quality of life; neoplasms; chemotherapy; patients.

¹Docente do Curso de Pós-Graduação em Ciências da Saúde do Hospital Heliópolis, São Paulo, SP. Cancerologista, Cirurgião de Cabeça e Pescoço (TSBC e SBCCP). *Enviar correspondência para S.A.F. E-mail:safranzi@ig.com.br*

²Farmacêutica do Hospital Estadual Mário Covas; Auxiliar Técnica de Saúde do Serviço de Farmácia do Hospital Heliópolis, São Paulo, SP.

INTRODUÇÃO

A expressão qualidade de vida foi empregada pela primeira vez pelo presidente dos Estados Unidos da América, Lyndon Johnson, em 1964 ao declarar que "os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas". O interesse em conceitos como "padrão de vida" e "qualidade de vida" foi inicialmente partilhado por cientistas sociais, filósofos e políticos. O crescente desenvolvimento tecnológico da medicina e ciências afins trouxe como uma conseqüência negativa a progressiva desumanização.

Assim, a preocupação com o conceito de qualidade de vida refere-se a um movimento dentro das ciências humanas e biológicas no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida. Bullinger et al¹ consideram que o termo qualidade de vida é mais abrangente e inclui uma variedade potencial maior de condições que podem afetar a percepção do indivíduo, seus sentimentos e comportamentos relacionados com suas atividades diárias, incluindo, mas não se limitando, a sua condição de saúde.

Segundo De Marchi,² os investimentos disponíveis para a área da saúde pública estão sendo direcionados para a medicina curativa, quando também, deveriam estar voltados para promover a saúde através da medicina preventiva.

Nas quatro últimas décadas a oncologia teve um desenvolvimento intenso, impulsionado pela incidência crescente de novos casos de câncer, provocados não somente pela ampliação da vida média da população mundial, mas, sobretudo pela ocorrência desta doença nas faixas etárias mais jovens. O câncer tornou-se um problema de saúde pública, assim como o diagnóstico precoce, os meios de reabilitação física, social e psicológica, que também são pontos fundamentais da luta contra esta doença. Quando não é possível curar, o alívio do sofrimento torna-se alvo de intervenção de uma equipe multidisciplinar.^{3,4}

O aumento da incidência de câncer associado com uma taxa de cura insatisfatória determina, para a equipe multidisciplinar, redobrados esforços na compreensão da necessidade da inclusão de instrumentos para mensurar a qualidade de vida, nos pacientes portadores de neoplasia.^{5,6} Dificilmente existe uma outra doença crônica que induza tantos sentimentos "negativos" em qualquer um de seus estágios: o medo do diagnóstico, da cirurgia, a incerteza do prognóstico e recorrência, efeitos da radioterapia e quimioterapia, o sofrer pela

dor e o enfrentamento da possibilidade da morte.

Instrumentos que mensurem a qualidade de vida têm sido desenvolvidos e avaliados, uma vez que permitem a identificação dos problemas em áreas como estado emocional, estado físico geral e interação social e o delineamento de programas adequados de intervenção, possibilitando modificar variáveis que possam interferir de forma negativa com o acompanhamento multidisciplinar do paciente portador de câncer.⁷⁻⁹

A qualidade de vida pode constituir-se em um indicador de saúde e desta forma procuram-se maneiras para a validação de tais índices, com base na avaliação do estado físico geral, capacidade funcional para o trabalho, atividade doméstica, interação social no ambiente de trabalho e familiar, função cognitiva em relação à concentração (memória) e finalmente ao estado emocional dos pacientes com respeito à ansiedade e depressão.¹⁰ Os indicadores de qualidade de vida também importam, para decisões em saúde pública, na alocação de recursos e registro de novos medicamentos e equipamentos para a justificativa de terapêuticas paliativas.¹¹

A avaliação dos índices de qualidade de vida dos pacientes submetidos à quimioterapia ambulatorial no Hospital Heliópolis a partir do questionário EORTC QLQ-C30 versão 3.0 é o principal objetivo do estudo.

CASUÍSTICA E MÉTODO

CASUÍSTICA

Este estudo baseia-se na análise transversal de 49 pacientes portadores de neoplasias malignas que necessitaram de quimioterapia venosa sistêmica. Ressalta-se que 52% dos pacientes estudados já haviam sido previamente tratados antes da realização de quimioterapia ambulatorial no Hospital Heliópolis.

A forma de escolha deste grupo de pacientes consistiu em visitas matutinas diárias a ala de Quimioterapia Ambulatorial do Hospital Heliópolis, sendo entrevistados os pacientes do quarto 501 até 511, consecutivamente durante os três meses de período de coleta de dados. Em média cada quarto apresentava de dois a quatro leitos; com assessoria da enfermagem especializada (5), farmacêuticos (2), nutricionistas (2), fisioterapeutas (1), fonoaudiologista (1), psicólogas (1), assistente social (1), médico clínico (1), oncologista clínico (1), radioterapeuta (1) e cirurgião oncológico (1) de segunda a sexta-feira, com uma média de 10 a 14 quimioterapias/dia.

Os extremos de idade foram de 28 a 80 anos com média de 53,2 anos e mediana de 67 anos; com relação ao sexo, 28 (56%) eram do masculino e 21 (44%) do

feminino. Com referência ao grupo étnico, 30 (62%) eram brancos e 19 (38%), não-brancos. No grupo classificado como de etnia não-branca incluíram-se os pacientes negros e afrodescendentes.

O critério de elegibilidade para este estudo consistiu em pacientes portadores de neoplasias de diversas regiões associadas ou não às patologias crônicas, não apresentando quaisquer alterações psiquiátricas, com ausência de metástase cerebral e idade acima de 18 anos.

Todos os pacientes foram informados sobre o objetivo do estudo e confidencialidade dos dados, tendo aceitado o consentimento livre e informado aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa do Complexo Hospital Heliópolis.

MÉTODO

Aplicou-se o questionário EORTIC QCQ-C30 versão 3.0 num total de 49 pacientes, em tratamento quimioterápico ambulatorial no Hospital Heliópolis, em vários estágios da doença neoplásica maligna, em diferentes ciclos de drogas quimioterápicas, para serem avaliados pelo ponto de vista de sua percepção subjetiva da qualidade de vida durante a permanência no ambulatório de quimioterapia para submeter-se ao tratamento.

O questionário EORTC QLQ - C30 de avaliação da qualidade de vida, permitiu a coleta de informações a respeito: sintomas físicos, hábitos cotidianos, interação social, concentração, memória, ansiedade, depressão, avaliação geral da saúde. A aplicação do questionário teve duração média de 20 minutos.

Baseados nos prontuários dos pacientes, as quimioterapias ambulatoriais realizadas foram classificadas segundo as indicações: quimioterapia exclusiva (48%); cirurgia e quimioterapia (24%); cirurgia, radioterapia e quimioterapia (18%) e radioterapia e quimioterapia (10%), respectivamente paliativas (90%) e concomitantes (10%).

Quanto ao diagnóstico anatomopatológico dos pacientes que se submeteram à quimioterapia ambulatorial tivemos: adenocarcinoma cólon-retal, 30 casos; carcinoma epidermóide de canal anal, dois casos; adenocarcinoma gástrico, três casos; Doença de Hodgkin, um caso; linfoma não-Hodgkin, um caso; câncer de pulmão, quatro casos; lipossarcoma retroperitoneal, um caso; cabeça e pescoço, cinco casos; glioblastoma, um caso e astrocitoma, em um caso.

Para analisar e identificar a possibilidade de dependência entre as diferentes variáveis examinadas, atribuímos a cada pergunta somente dois grupos de respostas onde foram incluídas como "pouco" (Na) as respostas 1 e 2; assim como as classificadas como

"bastante" (Nb) as respostas 3 e 4, utilizando-se o teste do qui-quadrado em tabelas de contingência de dupla entrada. Valores de p foram obtidos a partir da distribuição do qui-quadrado. A análise estatística utilizada foi o teste exato de Fisher, para se evitarem distorções na significância estatística, utilizando-se um programa baseado em algoritmo recursivo.

RESULTADOS

Quarenta e seis (92%) pacientes responderam à questão relacionada à concentração em relação a ler jornal ou assistir televisão e observamos que os 28 indivíduos (100,0%) do gênero masculino e 18 (81,2%) do feminino não tiveram dificuldades em concentrar-se e não apresentaram diminuição na qualidade de vida ($p = 0,032$).

Em relação à etnia, encontramos 31 (62%) pacientes brancos, um (2%) amarelo, um (2%) negro e 17 (34%) mestiços. Ao responderem sobre sintomas de enjoos, 96,8% dos pacientes brancos e 78,9% dos não-brancos afirmaram que não sentiam episódios de enjoos e não apresentaram diminuição da qualidade de vida, sendo este resultado estatística e marginalmente significativo ($p = 0,062$).

Na questão relacionada às condições do estado físico frente ao tratamento quimioterápico que poderiam estar relacionados com problemas de ordem financeiras, observamos que 36 pacientes, 80,6% dos pacientes brancos e 57,9% não-brancos, não apresentaram dificuldades financeiras para a continuidade do tratamento ($p = 0,082$) (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição dos quesitos sexo (Q.20) e etnia (Q.14) de acordo com os dois grupos de respostas: Na e Nb

| | Categorias | N _a (pouco) | N _b (bastante) | p |
|--------|------------|------------------------|---------------------------|-------|
| Q. 20 | | | | |
| Gênero | Masculino | 28 (100%) | 0 (0,0%) | 0,032 |
| | Feminino | 18 (81,8%) | 4 (18,2%) | |
| Q.14 | | | | |
| Etnia | Branco | 30 (96,8%) | 1 (3,2%) | 0,062 |
| | Não-branco | 15 (78,9%) | 4 (21,0%) | |

Em relação à questão referente aos pacientes que tiveram dificuldades para dormir, em decorrência do tratamento quimioterápico, ao compararmos os grupos de pacientes que foram previamente submetidos à cirurgia (38%) com aqueles que nunca foram operados (40%), ambos os grupos relataram que não tiveram alterações do sono e não apresentaram dificuldades para a continuação do tratamento ($p = 0,097$).

Quanto à quimioterapia ambulatorial, em relação à

questão referente aos pacientes que tiveram irritabilidade, comparamos os pacientes previamente submetidos à cirurgia (38%), com aqueles que não fizeram nenhum tipo de cirurgia (40%) e observamos que ambos os grupos de pacientes (90,5% e 69,0%, respectivamente) negaram sentirem-se irritados a ponto de interferir com o tratamento e não referiram diminuição da qualidade de vida, dado estatística e marginalmente significativo ($p=0,092$).

Quanto ao tratamento radioterápico, os 14 pacientes submetidos à radioterapia concomitantemente à quimioterapia, em comparação àqueles 25 pacientes que não fizeram radioterapia, quando perguntados a respeito de sentirem-se irritados, observamos que não sofreram nenhum tipo de irritação ou que sofreram em um grau muito pequeno, por isso não chegou a interferir em sua qualidade de vida ($p= 0,078$) (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição do quesito cirurgia (Q.11) e (Q.23) de acordo com os dois grupos de respostas: Na e Nb.

| | Categorias | N _a (pouco) | N _b (bastante) | p |
|--------------|------------|------------------------|---------------------------|-------|
| Q.11 | | | | |
| Cirurgia | Não | 24 (82,8%) | 5 (17,2%) | 0,097 |
| | Sim | 13 (61,9%) | 8 (38,1%) | |
| Q. 23 | | | | |
| Cirurgia | Não | 20 (69,0%) | 9 (31,0%) | 0,092 |
| | Sim | 19 (90,5%) | 2 (9,5%) | |
| Q. 23 | | | | |
| Radioterapia | Não | 25 (69,4%) | 11 (30,6%) | 0,078 |
| | Sim | 14 (100,0%) | 0 (0,0%) | |
| Q. 4 | | | | |
| Faixa Etária | 21 – 40 | 6 (75,0%) | 2 (25,0%) | 0,078 |
| | 41 – 60 | 22 (91,8%) | 2 (8,3%) | |
| | 61 – 80 | 18 (100,0%) | 0 (0,0%) | |

A questão relacionada à necessidade do paciente ficar de cama ou em uma cadeira de rodas durante o maior período do dia, permitiu a observação de que 46 pacientes referiram ficarem pouco e destes, 75,0% tinham idade variando de 21 a 40 anos; 91,8% entre 41 a 60 anos e 100,0 % entre 61 a 80 anos apresentando "valores" em suas respostas que indicam não existir comprometimento de sua saúde física durante a realização de quimioterapia ambulatorial, sendo marginalmente significativo ($p= 0,078$).

Na questão referente aos hábitos cotidianos, 43 (86%) pacientes entre 21 a 40 anos (10%), de 41 a 60 anos (40%) e entre 61 a 80 anos (36%), responderam que não encontram dificuldades para realizar qualquer atividade de lazer, portanto este fator não faz decair a avaliação da qualidade de vida ($p= 0,016$). Na referente aos sintomas (enjões) decorrentes da aplicação de quimioterápico, pela informação dos pacientes, identificou-se que 62,5% com idade variando de 21 a 40 anos, 91,7% de 41 a 60 anos (91,7%) e 100,0% de

61 a 80 anos apresentaram bons índices, ou seja, os sintomas de enjões não se manifestaram com frequência a ponto de interferir com o tratamento ou mesmo diminuir a qualidade de vida ($p= 0,017$).

A avaliação do estado emocional em relação à tensão nervosa frente ao recebimento de quimioterápico, caracterizou-se que 62,5% dos pacientes entre 21 a 40 anos, 91,7% de 41 a 60 anos e 100,0% de 61 a 80 anos, não tiveram problemas relativos à tensão emocional a ponto de interferir com o tratamento e com a qualidade de vida ($p= 0,017$) (Tabela 3).

Quando comparamos à labilidade emocional referente à irritação fácil em relação à quimioterapia ambulatorial, identificou-se que 62,5% entre 21 a 40 anos, 91,7% de 41 a 60 anos e 100,0% de 61 a 80 anos, responderam não ter tido problemas a ponto de interferir com o tratamento e não indicando uma diminuição da qualidade de vida ($p= 0,019$).

Ainda em relação ao estado emocional, referente à depressão frente à quimioterapia ambulatorial, observamos que dos 49 pacientes, 37,5% de 21 a 40 anos, 83,3% de 41 a 60 anos e 88,9% de 61 a 80 anos, não interferiu com o tratamento quimioterápico e não indicou uma diminuição da qualidade de vida ($p= 0,011$) (Tabela 3).

Na classificação geral, referente à questão da saúde dos pacientes submetidos à quimioterapia ambulatorial, 62,5% dos pacientes (entre 21 a 40 anos) responderam "regular" e 66,7% dos paciente (entre 41 a 60 anos) e 88,9% (de 61 a 80 anos) responderam "muita saúde", obtendo índices de avaliação de qualidade de vida elevados ($p= 0,027$) (Tabela 3).

Tabela 3. Distribuição do quesito faixa etária (Q.7), (Q.14), (Q.21), (Q.23), (Q.24) e (Q.29) de acordo com os dois grupos de respostas: Na e Nb.

| | Categorias | N _a (pouco) | N _b (bastante) | p |
|--------------|------------|------------------------|---------------------------|-------|
| Q. 7 | | | | |
| Faixa etária | 21 – 40 | 5 (62,5%) | 3 (37,5%) | 0,016 |
| | 41 – 60 | 20 (83,3%) | 4 (16,7%) | |
| | 61 – 80 | 18 (100,0%) | 0 (0,0%) | |
| Q. 14 | | | | |
| Faixa etária | 21 – 40 | 5 (62,5%) | 3 (37,5%) | 0,017 |
| | 41 – 60 | 22 (91,7%) | 2 (8,3%) | |
| | 61 – 80 | 18 (100,0%) | 0 (0,0%) | |
| Q. 21 | | | | |
| Faixa etária | 21 – 40 | 5 (62,5%) | 3 (37,5%) | 0,017 |
| | 41 – 60 | 22 (91,7%) | 2 (8,3%) | |
| | 61 – 80 | 18 (100,0%) | 0 (0,0%) | |
| Q. 23 | | | | |
| Faixa etária | 21 – 40 | 3 (37,5%) | 5 (62,5%) | 0,019 |
| | 41 – 60 | 20 (83,3%) | 4 (16,7%) | |
| | 61 – 80 | 16 (88,9%) | 2 (11,1%) | |
| Q. 24 | | | | |
| Faixa etária | 21 – 40 | 3 (37,5%) | 5 (62,5%) | 0,011 |
| | 41 – 60 | 20 (83,3%) | 4 (16,7%) | |
| | 61 – 80 | 16 (88,9%) | 2 (11,1%) | |
| Q. 29 | | | | |
| Faixa etária | 21 – 40 | 5 (62,5%) | 3 (37,5%) | 0,027 |
| | 41 – 60 | 8 (33,3%) | 16 (66,7%) | |
| | 61 – 80 | 2 (11,1%) | 16 (88,9%) | |

DISCUSSÃO

Desde 1998, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declara que a qualidade de vida deve ser orientada com a finalidade de avaliar o impacto de diversos fatores que acontecem no universo psicológico, social, espiritual e físico do indivíduo e que possa constituir parâmetros nos estudos de custo/benefício e contribuir com a otimização de recursos disponíveis no sistema de saúde.

Dos pacientes que responderam a questão referente à concentração, por exemplo, ler jornal ou assistir televisão, foi caracterizado a não existência de dificuldade de concentração, não interferindo, portanto na qualidade de vida. Kovács,¹² que atribui esse impacto nas atividades destes pacientes submetidos ao tratamento quimioterápico, um importante determinante de condição na qualidade de vida.^{13, 14}

Quanto ao aspecto étnico, nos grupos denominados branco e não-brancos não foi observadas diferenças significativas em relação ao sintoma de enjôo, não apresentando em ambos os grupos alterações relevantes ou graves a ponto de interferir na qualidade de vida. Assim como cerca de 72% dos pacientes estudados, independente da sua etnia, responderam que apesar dos problemas de ordem econômica, como gastos com transporte, alimentação e medicação, não tiveram agravamento de ordem financeira neste período de administração de quimioterápico (ambulatorialmente).

Os pacientes também foram avaliados em relação à dificuldade para dormir em decorrência do tratamento quimioterápico, correlacionando o grupo de pacientes que foram submetidos à cirurgia previamente e os pacientes que não se submeteram a qualquer tipo de cirurgia, sendo que 82,7% e 61,9%, respectivamente, não apresentaram alteração do sono e não tiveram diminuição da qualidade de vida no período de investigação.

A avaliação dos pacientes submetidos à quimioterapia, em relação à irritabilidade, correlaciona os grupos de pacientes submetidos previamente à cirurgia e os que não fizeram nenhum tipo de cirurgia permitiu a observação de que 90% dos pacientes submetidos à cirurgia não tiveram a irritação como alteração emocional, em relação aos 69,9% dos pacientes que não tinham cirurgia anterior.

Quando comparamos os grupos de pacientes que fizeram o tratamento quimioterápico concomitantemente à radioterapia (14) aos da quimioterapia (25), ainda sobre a questão emocional referente à irritação, observamos que 100,0% dos pacientes em tratamento radioterápico referiram não terem sofrido alteração nesta variável, o que não interferiu na qualidade de vida, sendo relevante

observar, que no grupo dos que não realizaram radioterapia, 30,5% referiram irritação acentuada, chegando a interferir no tratamento e na diminuição da qualidade de vida.

Com relação à questão do período que estes pacientes permaneceram na cama ou na cadeira durante o dia, em relação à faixa etária, observamos que independentemente da idade, esse período foi referido como somente o necessário, sendo de interesse relevante, que em 18 pacientes de 61 a 80 anos, referiram na sua totalidade não ficarem na cama, pois a atividade física é essencial para o restabelecimento da saúde.

A questão referente aos hábitos cotidianos, como por exemplo, no trabalho ou nas atividades diárias, percebeu-se que independentemente da faixa etária, 86,0% não encontraram dificuldades para realizar qualquer uma destas atividades diárias, sendo relevante citar que o grupo mais jovem (de 21 a 40 anos), apresentou a menor taxa percentual em relação aos outros grupos etários.

Quanto à presença de sintomas como enjôos decorrentes do tratamento quimioterápico, 45 pacientes (90,0%), independente da faixa etária responderam que estes sintomas não foram manifestados e nem interferiram com o tratamento ou mesmo com a qualidade de vida.

Em relação à faixa etária, quando correlacionada ao estado emocional, referente à tensão nervosa decorrente do tratamento quimioterápico, observou-se que, independente da idade dos pacientes, não ocorreram problemas como tensão a ponto de interferir com o tratamento e também com a qualidade de vida. Ainda, em relação ao estado emocional, referente à irritação, observou-se que no grupo de pacientes jovens, houve maior labilidade emocional relativa à irritação comparativamente aos pacientes acima de 40 anos. Os pacientes mais jovens apresentaram mais freqüentemente depressão quando comparados aos pacientes acima de 40 anos, o que não comprometeu o tratamento quimioterápico.

Na opinião dos pacientes em relação à avaliação geral da saúde, durante a última semana, foi identificado que os pacientes jovens apresentaram 62% das respostas classificadas como ruim em contraposição aos pacientes acima de 60 anos que apresentaram 88,89% das respostas como boa e nesse grupo encontramos os índices de avaliação e de qualidade de vida elevados.

CONCLUSÃO

Os melhores índices de qualidade de vida nesses pacientes submetidos à quimioterapia ambulatorial,

estiveram relacionados à concentração para ler jornal ou assistir à televisão, sem piora dos sintomas (enjôos) independentemente do sexo ou da etnia, assim como a faixa etária, que também não foi fator de alteração para realizarem atividades de lazer ou mesmo presença de tensão emocional. Entretanto, observou-se que os piores índices de qualidade de vida estiveram relacionados com a presença de irritação, depressão e classificação geral da saúde, como ruim, nos pacientes com faixa etária jovem, apesar de não interferir ou interromper a medicação quimioterápica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bullinger M, Anderson R, Cella D, Aaronson N. Developing and evaluating cross-cultural instruments from minimum requirements to optimal models. *Qual Life Res* 1993;2(6):451-9.
2. De Marchi B. Risk and governance. *J Hazard Mater* 2001;14;86(1/3):ix-xiii.
3. Ganz PA. Impact of quality of life outcomes on clinical practice. *Oncology (Huntingt)* 1995;9(11 Suppl):61-5.
4. Costa Neto SB, Araújo TCCF, Curado MP. Avaliação da qualidade de vida de pessoas portadoras de câncer de cabeça e pescoço. *Acta Oncol Bras* 2000;20(3):96-104.
5. Deitos TFH. Qualidade de vida em pacientes com tumores cerebrais. *Rev Bras Neurol* 1997;33(4):179-87.
6. Deitos TFH, Gaspary JFP. Efeitos biopsicossociais e psiconeurológicos do câncer sobre o paciente e familiares. *Rev Bras Cancerol* 1997;43:117-23.
7. Forattini OP. Qualidade de vida e meio urbano: a cidade de São Paulo, Brasil. *Rev Saúde Pública* 1991;25(2):75-86.
8. Ganz PA. Quality of live and the patient with cancer. *Cancer* 1995;74(1):1445-52.
9. Gough IR. Quality of life as an outcome variable in oncology and surgery. *Aust N Z J Surg* 1994;64:227-35.
10. Júnior ALC. O desenvolvimento da psico-oncologia: implicação para a pesquisa e intervenção profissional em saúde. *Rev Psicol Ciênc Prof* 2001;21(2):36-43.
11. Kligerman J. Câncer e qualidade de vida. *Rev Bras Cancerol* 1999;45(2):5-7.
12. Kovács MJ. Sofrimento psicológico de pacientes com câncer avançado em programas de cuidados paliativos. *Bol Psicol* 1998;48(109):25-47.
13. McDonough EM, Varvares MA, Dunphy FR, Dunleavy T, Minayo MCS, Hartz ZMA, et al. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciênc Saúde Coletiva* 2000;5(1):7-18.
14. Gouveia Sobrinho EA, Carvalho MB, Franzi SA. Aspecto e tendências da avaliação da qualidade de vida de pacientes com câncer de cabeça e pescoço. *Rev Soc Bras Cancerol* 2001;15:10-8.