



Qualidade de vida de pacientes com câncer colorretal em terapia adjuvante*

Quality of life of patients with colorectal cancer who were receiving complementary therapy

Calidad de vida de pacientes con cáncer de rectocolon en terapia adyuvante

Adriana Cristina Nicolussi¹, Namie Okino Sawada²

RESUMO

Objetivo: Avaliar a qualidade de vida, identificar os domínios afetados nos pacientes com câncer colorretal, caracterizar os dados sócio-demográficos, clínicos e terapêuticos e correlacioná-los aos domínios da qualidade de vida. **Métodos:** Estudo transversal, realizado no Centro Especializado de Oncologia de Ribeirão Preto com 22 pacientes com câncer colorretal em terapia adjuvante, entre julho/ 2006 a setembro/ 2007. Utilizou-se o instrumento Quality of Life Core-30-Questionnaire. **Resultados:** A qualidade de vida foi considerada satisfatória (média = 79,13). Os domínios mais afetados foram: Função Emocional e sintomas dor, insônia, fadiga. Nas correlações, as mulheres destacaram-se negativamente, apresentando piores escores nas Funções Emocional, Cognitiva e sintomas: dor, insônia, fadiga, constipação e perda de apetite. Os pacientes em radioterapia relataram mais dor e os assintomáticos à quimioterapia são os que obtiveram melhor qualidade de vida geral. **Conclusão:** A qualidade de vida foi satisfatória, relativamente pior nas mulheres, em radioterapia e que apresentaram efeitos colaterais da quimioterapia.

Descritores: Qualidade de vida; Neoplasias colorretais; Enfermagem oncológica

ABSTRACT

Objective: To evaluate quality of life and the main demographic, clinical, and therapeutic characteristics of patients with colorectal cancer. In addition, the objective of the study was to examine the relationship between those characteristics and quality of life. **Methods:** This cross-sectional study was conducted in a specialized oncology center in Ribeirão Preto. The sample consisted of 22 patients with colorectal cancer who were receiving complementary therapy. Data were collected from July 2006 through September 2007. The quality of life Core-30 Questionnaire was used to measure quality of life. **Results:** Patients had a satisfactory quality of life score (mean = 79.13). The most affected domains were emotional functioning, pain, insomnia, and fatigue. Women had worse scores on emotional and cognitive functioning, pain, insomnia, fatigue, constipation, and loss of appetite. Patients who were receiving radiotherapy had a worse pain score. Patients who had no symptoms during chemotherapy had higher scores on quality of life. **Conclusion:** The quality of life scores in this sample of patients was satisfactory. Lower quality of life scores were observed among women, and patients who were receiving radiotherapy and/or had side effects of chemotherapy.

Keywords: Quality of life; Colorectal neoplasms; Oncologic nursing

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la calidad de vida, identificar los dominios afectados en los pacientes con cáncer de rectocolon, caracterizar los datos socio-demográficos, clínicos y terapéuticos y correlacionarlos a los dominios de la calidad de vida. **Métodos:** Estudio transversal, realizado en el Centro Especializado de Oncología de Ribeirão Preto con 22 pacientes con cáncer de rectocolon en terapia adyuvante, entre julio/ 2006 a setiembre/ 2007. Se utilizó el instrumento Quality of Life Core-30-Questionnaire. **Resultados:** La calidad de vida fue considerada satisfactoria (media = 79,13). Los dominios más afectados fueron: Función Emocional y síntomas dolor, insomnio, fatiga. En las correlaciones, las mujeres se destacaron negativamente, presentando peores escores en las Funciones Emocional, Cognitiva y síntomas: dolor, insomnio, fatiga, constipación y pérdida del apetito. Los pacientes en radioterapia relataron más dolor y los asintomáticos a la quimioterapia son los que obtuvieron mejor calidad de vida general. **Conclusión:** La calidad de vida fue satisfactoria, relativamente peor en las mujeres, en radioterapia y que presentaron efectos colaterales de la quimioterapia.

Descriptores: Calidad de vida; Neoplasias colorrectales; Enfermería oncológica

* Estudo realizado no Centro Especializado de Oncologia – CEON - Ribeirão Preto (SP), Brasil.

¹ Pós-graduanda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - USP - Ribeirão Preto (SP), Brasil.

² Professora Associada do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - USP - Ribeirão Preto (SP), Brasil.

INTRODUÇÃO

O câncer é uma doença que atinge pessoas no mundo todo e pode causar algum impacto na vida dos pacientes e de seus familiares de diferentes maneiras, desde o conhecimento do diagnóstico até a escolha do tratamento, o seguimento e reabilitação.

As estimativas do câncer colorretal para 2008, no Brasil, foi de 27 mil novos casos, sendo de 12.490 a estimativa para o sexo masculino e de 14.500 para o feminino; é o quinto mais incidente entre os homens e o quarto entre as mulheres⁽¹⁾.

As alterações da integridade físico-emocional como desconforto, dor, desfiguração, dependência e perda de auto-estima são relatadas pelos pacientes que percebem a qualidade de suas vidas profundamente alteradas em curto espaço de tempo⁽²⁾.

O câncer colorretal e seu tratamento podem causar um efeito adverso na função social, incluindo trabalho e vida produtiva, relacionamento com familiares, parceiros e amigos, e outros interesses e atividades sociais⁽³⁾.

O impacto da doença e do tratamento no bem-estar e resultados funcionais dos pacientes é um tópico de crescente interesse na pesquisa de câncer colorretal⁽⁴⁾. Recentemente, muitos estudos têm sido desenvolvidos para avaliar essas alterações na vida do indivíduo através da avaliação da Qualidade de Vida (QV) e da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS)⁽²⁻⁴⁾.

A QV foi definida pelo grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” p.1405⁽⁵⁾. Nesta definição fica implícito que o conceito de QV é subjetivo, multidimensional e que inclui elementos de avaliação positivos e negativos⁽⁶⁾.

Vários fatores influenciam a QVRS e eles podem variar de acordo com cada estudo, contudo a QVRS pode ser considerada como um ótimo nível de função mental, física, social e de posição na vida real (papel social), incluindo relacionamentos, percepções de saúde, aptidão, satisfação com a vida e bem-estar. Também pode incluir alguma avaliação do nível de satisfação do paciente com o tratamento, resultado, estado de saúde e perspectivas futuras⁽⁷⁾.

Atualmente, existem várias modalidades terapêuticas para o tratamento do câncer, como: cirurgia (curativa, paliativa), quimioterapia e radioterapia, que podem ser usadas isoladamente ou associadas, e nota-se o crescente número de pesquisas que avaliam a QV em pacientes com câncer colorretal nestes diferentes tipos de tratamento^(3,8-13).

Acredita-se que as medidas de QV são essenciais para avaliar o impacto que o tratamento causa na vida destes pacientes, e nesta perspectiva, o presente estudo teve a

finalidade de avaliar o impacto na QV dos pacientes diagnosticados com câncer colorretal e seu tratamento.

O estudo teve como objetivos específicos: avaliar a QV e identificar os domínios de QV afetados nos pacientes com câncer colorretal e, caracterizar os dados sócio-demográficos, clínicos e terapêuticos e correlacioná-los aos domínios de QV.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo com abordagem quantitativa, descritivo e exploratório de corte transversal, que utilizou o instrumento do grupo European Organization for Research and Treatment of Cancer – Quality of Life Core-30-Questionnaire (EORTC QLQ-C30) para a coleta de dados⁽¹⁴⁾.

O estudo foi realizado no Centro Especializado de Oncologia (CEON) de Ribeirão Preto – São Paulo. O CEON faz parte do Hospital Beneficência Portuguesa, onde realizam-se atendimentos ambulatoriais, através de consultas, exames, tratamento e seguimento de pacientes adultos com câncer provenientes do Sistema Único de Saúde (SUS), de convênios e particulares da cidade de Ribeirão Preto e região.

Trata-se de uma amostragem proposital (ou intencional), na qual o pesquisador seleciona, propositalmente, os sujeitos que sejam considerados típicos da população em questão⁽¹⁵⁾, uma vez que foi composta por 22 pacientes diagnosticados com câncer de cólon e reto, no período de julho de 2006 a setembro de 2007.

Os critérios de inclusão foram: idade superior a 18 anos, diagnosticados com câncer colorretal, atendidos no CEON, recebendo algum tipo de tratamento, seja quimioterápico, radioterápico e/ ou em pós-operatório, atendidos pelo SUS e que aceitassem participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foram excluídos os pacientes com outros diagnósticos e/ ou outros cânceres, os que se recusaram a participar do estudo e os que tinham algum déficit mental que pudesse dificultar a compreensão e/ ou a participação no estudo e nas entrevistas.

O projeto de pesquisa foi aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa, foi mantido sigilo da identificação dos pacientes atendendo à Resolução do CONEP n.º 196/96⁽¹⁶⁾.

Para a categorização dos dados dos pacientes, construiu-se um questionário de identificação para a coleta dos dados sócio-demográficos contendo as variáveis: sexo, idade, estado civil, procedência, profissão/ ocupação, nível de escolaridade e religião; dados clínicos e terapêuticos: diagnóstico; realização, tipo e data da cirurgia (tempo em meses); realização e quantidade de sessões de radioterapia; realização, protocolo, quantidade de sessões e efeitos colaterais da quimioterapia.

Utilizamos o instrumento QLQ-C30 (Versão 3.0), que é um questionário de QVRS devidamente validado para nossa população⁽¹⁷⁾, para uso específico em pacientes com câncer. Seu modelo de QV é multidimensional e o grupo EORTC o define em relação aos elementos centrais do estado funcional, sintomas do câncer e específicos do tratamento, angústia psicológica, interação social, impacto financeiro, estado de saúde percebida e QV geral⁽⁷⁾.

É composto por 30 questões que compõem cinco escalas funcionais: funções física, emocional, cognitiva e social e desempenho de papel, uma escala de estado de saúde geral (ESG/ QV), três escalas de sintomas para medir fadiga, dor, náusea e vômito, cinco itens para avaliar sintomas como: dispnéia, insônia, perda de apetite, constipação e diarreia e um item que avalia as dificuldades financeiras.

O QLQ-C30 gera escores nas escalas funcionais e de sintomas. Cada escore é transformado numa escala de 0 a 100, de acordo com as diretrizes do EORTC, onde o zero denota o pior funcionamento e 100, o melhor funcionamento nas escalas funcionais e no ESG/ QV; já nas escalas e itens de sintomas, o 100 indica mais sintomas presentes e o zero, menos sintomas.

Para a análise dos dados, utilizamos o software Statistical Package for Social Science (SPSS for Windows) e o teste de consistência interna Alpha de Cronbach para testar a confiabilidade do instrumento. Calculamos a média e desvio padrão para análise descritiva dos dados; e o teste paramétrico ANOVA (Análise de variância) para comparar os domínios do instrumento de QV com os dados sócio-demográficos, clínicos e terapêuticos.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 22 pacientes após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão. Quanto às características sócio-demográficas, 13 (59,1%) pacientes eram do sexo masculino e 9 (40,9%) feminino; na faixa etária entre 60 e 80 anos, temos 11 (50%) pacientes, entre 40 e 60 anos, 10 (45,5%) e entre 20 e 40 anos, um (4,5%) paciente. Com relação ao estado civil, 11 (50%) pacientes eram casados, seis (27,3%) viúvos, três (13,6%) solteiros e dois (9,1%) eram divorciados e/ ou amasiados. Quanto à procedência, todos eram da região de Ribeirão Preto.

Quanto à profissão, 14 (63,7%) eram aposentados, donas de casa, domésticas e cozinheiros; três (13,7%) eram soldados e mecânicos; dois (9,1%) comerciantes; e encontramos três (4,5%) pacientes nas profissões de professor, ourives e motorista cada. Com relação ao nível de escolaridade, 13 (59,1%) estudaram apenas até o nível fundamental, cinco (22,7%) até o ensino médio e quatro (18,2%) concluíram o ensino superior. Quanto à religião, a maioria, 16 (72,7%) era constituída por católicos, quatro (18,2%) eram evangélicos e dois (9,1%) espíritas.

Com relação aos dados clínicos e terapêuticos, 16

(72,8%) pacientes apresentavam o diagnóstico de câncer de cólon, cinco (22,7%) de reto e apenas um (4,5%) apresentava câncer de reto com metástase. Quanto aos tipos de tratamento, 18 (81,8%) haviam realizado cirurgia há menos de 20 meses, sendo que em 16 (72,7%) foi realizada retirada parcial do órgão afetado e adjacências. Apenas sete (31,8%) pacientes realizaram radioterapia e foram menos de 30 sessões.

Em relação à quimioterapia (QT), todos os pacientes a estavam realizando, sendo que 21 (95,5%) nas primeiras sessões e o protocolo predominante foi 5-Fluorouracil (5-FU) + Leucovorin (LV) em 13 (59,1%) pacientes; outros protocolos foram: 5-FU em quatro (18,2%) pacientes, 5-FU + LV + Oxaliplatina em três (13,6%), 5-FU + Cisplatina em dois (9,0%) pacientes.

Também avaliamos os efeitos colaterais apresentados pelos pacientes relacionados à quimioterapia, sendo que 16 (72,7%) estavam assintomáticos, quatro (18,2%) pacientes apresentavam sintomas físicos como: calor, sudorese, mal-estar, fraqueza e tontura, dentre outros, um (4,5%) paciente apresentou sintomas emocionais: depressão, angústia e/ ou irritabilidade e um (4,5%) apresentou tanto sintomas físicos e emocionais quanto os gastro-intestinais, como náuseas e vômitos, constipação e/ou diarreia.

Qualidade de Vida

Com relação às características psicométricas do instrumento para a amostra estudada, o coeficiente Alpha de Cronbach foi de 0,89, indicando confiabilidade do instrumento para a nossa amostra.

Os escores médios e desvio padrão das escalas funcionais, do EGS, dos sintomas e itens do QLQ-C30 estão apresentados na Tabela 1. O EGS/ QV atingiu uma média de 79,13, então podemos considerar que os pacientes consideram sua QV como satisfatória, visto que aproxima-se do 100 (escore máximo).

Tabela 1- Média e desvio padrão das escalas do instrumento QLQ-C30 - CEON, Julho/2006 a Set./2007

Escalas e Sintomas	Média	Desvio padrão
Estado Geral de Saúde(EGS/QV)	79,13	17,40
Função física (FF)	81,18	22,65
Desempenho de papel (DP)	76,64	32,34
Função emocional (FE)	65,45	29,01
Função cognitiva (FC)	80,55	22,64
Função social (FS)	73,68	31,04
Fadiga (FAD)	17,15	26,92
Náuseas e vômitos (NAV)	3,78	10,19
Dor (Dor)	24,98	34,40
Dispnéia (DIS)	1,50	7,04
Insônia (INS)	24,09	37,17
Perda de apetite (PAP)	13,55	28,33
Constipação (CON)	16,59	32,05
Diarreia (DIA)	1,50	7,04
Dificuldades financeiras (DIF)	24,14	37,27

Tabela 2 - Média, desvio-padrão e significância estatística da aplicação do QLQ-C30 com os dados sócio-demográficos de pacientes com câncer colorretal - CEON, Julho/2006 a Set./2007

Escala	Dados sócio-demográficos	Variável	Média	Desvio-padrão	Valor de p
FE	Sexo	Feminino	50,44	29,49	0,040
		Masculino	75,85	24,64	
FC	Sexo	Feminino	63,33	21,58	0,001*
		Masculino	92,46	14,52	
FAD	Sexo	Feminino	35,77	34,13	0,004
		Masculino	4,26	7,22	
Dor	Sexo	Feminino	51,82	37,69	0,001*
		Masculino	6,40	14,49	
INS	Sexo	Feminino	44,22	43,97	0,031
		Masculino	10,15	24,79	
PAP	Sexo	Feminino	29,44	38,73	0,024
		Masculino	2,54	9,15	
CON	Sexo	Feminino	33,22	40,83	0,039
		Masculino	5,08	18,31	
FS	Estado civil	Solteiro	83,33	28,87	0,054
		Casado	56,36	32,68	
		Viúvo	94,50	13,47	
		Divorciado	92,00	11,31	
DIF	Profissão	Professor	100,00	---	0,040
		Comerciante	66,50	47,38	
		Ourives	66,00	---	
		Motorista	0,00	---	
		Soldador e mecânico	0,00	0,00	
DIF	Nível de escolaridade	Aposentado, donas de casa, etc.	16,57	31,24	0,002
		Fundamental	7,62	14,47	
		Médio	26,40	36,15	
		Superior	75,00	50,00	

* P value \leq 0,001 é altamente significante.

Nas escalas funcionais: função física, cognitiva, social e desempenho de papel, as médias variam entre 73,68 e 81,18, mostrando um nível satisfatório. Para a função emocional entretanto, a média 65,45 aponta que os pacientes sentiram-se tensos, preocupados, irritados e/ ou deprimidos, avaliados pelas respostas 21 a 24 do instrumento.

Nas escalas de sintomas, o predominante foi a Dor, com média de 24,98; seguida pela insônia, fadiga, constipação, perda de apetite e náusea e vômito. Dispneia e diarreia foram os sintomas menos freqüentes com média de 1,5. Na escala de dificuldades financeiras, a média encontrada foi de 24,14.

Correlações entre QV e dados sócio-demográficos e clínico-terapêuticos

Ao realizarmos o teste ANOVA para comparar os resultados das escalas do QLQ com os dados sócio-demográficos (Tabela 2) e com os dados clínico-terapêuticos (Tabela 3), consideramos o *P value* menor ou igual a 0,05, como estatisticamente significante.

Não foram encontradas correlações estatisticamente significantes para as escalas do QLQ com os dados sócio-demográficos: faixa etária e religião e nem com os dados clínico-terapêuticos: realização, tipo e data da cirurgia (tempo em meses) e número de sessões de quimioterapia

que o paciente estava realizando.

Foram encontradas várias correlações estatisticamente significantes para as variáveis sócio-demográficas: sexo com as escalas de Função Emocional, Função Cognitiva, Fadiga, Dor, Insônia, Perda de apetite e Constipação; estado civil com Função Social; e para profissão e nível de escolaridade com Dificuldades Financeiras (Tabela 2).

Em relação às variáveis clínicas e terapêuticas encontramos relações estatisticamente significantes para as variáveis: radioterapia com a escala Dor; número de sessões de radioterapia com as escalas Desempenho de Papel, Insônia e Constipação; para protocolo da QT com as escalas Função Cognitiva, Dor e Perda de Apetite; e para efeitos colaterais da QT com Estado Geral de Saúde/QV, Náuseas e Vômitos e Dispneia (Tabela 3).

DISCUSSÃO

Neste estudo, quanto à caracterização sócio-demográfica da amostra predominaram os pacientes com câncer acima de 40 anos, aposentados e donas de casa, casados, católicos e com baixo nível de escolaridade, o que caracteriza o atendimento pelo SUS.

A caracterização da amostra vai ao encontro de outro estudo⁽⁸⁾ também realizado na cidade de Ribeirão Preto,

Tabela 3 - Média, desvio-padrão e significância estatística da aplicação do QLQ-C30 com os dados clínico-terapêuticos de pacientes com câncer colorretal. CEON, Julho/2006 a Set./2007

Escala	Dados clínicos e terapêuticos	Variável	Média	Desvio-padrão	Valor de p
Dor	Radioterapia	Fez	52,36	35,26	0,007
		Não fez	12,21	26,32	
DP	Número sessões de radioterapia	até 30	80,29	28,11	0,011
		> 30	0,00	—	
INS	Número sessões de radioterapia	até 30	20,48	33,89	0,033
		> 30	100,00	—	
CON	Número sessões de radioterapia	até 30	9,43	21,24	0,000*
		> 30	100,00	—	
FC	Protocolo de QT	5-FU + LV	90,00	12,59	0,001*
		5-FU + Cisplatina	83,50	23,33	
		5-FU	79,25	24,94	
		5-FU+LV+Oxalip.	39,33	9,24	
Dor	Protocolo de QT	5-FU + LV	10,25	19,88	0,043
		5-FU + Cisplatina	41,60	35,36	
		5-FU	33,30	45,15	
		5-FU+LV+Oxalip.	66,63	44,13	
		5-FU + LV	2,54	9,15	0,017
PAP	Protocolo de QT	5-FU + Cisplatina	50,00	70,71	
		5-FU	8,25	16,50	
		5-FU+LV+Oxalip.	44,00	38,11	
		Assintomático	85,38	11,19	0,010
EGS/ QV	Efeitos colaterais da QT	Ef. Físico	68,70	22,95	
		Ef. Emocional	58,30	—	
		Ef. GI+ Fis + Emoc	41,60	—	
		Assintomático	3,12	9,05	0,014
		Ef. Físico	0,00	0,00	
NAV	Efeitos colaterais da QT	Ef. Emocional	0,00	—	
		Ef. GI+ Fis + Emoc	33,30	—	
		Assintomático	0,00	0,00	—*
		Ef. Físico	0,00	0,00	
DIS	Efeitos colaterais da QT	Ef. Emocional	33,00	—	
		Assintomático	0,00	0,00	
		Ef. GI+ Fis + Emoc	0,00	—	

5-FU =(fluorouracil); LV =(leucovorin); Oxalip.= (oxaliplatina); Ef.= (efeito colateral); GI= (gastro-intestinal); Fis= (físico); Emoc= (Emocional); QT= (Quimioterapia).

* Valor de p ≤ 0,001 é altamente significante.

que avaliou a QV através do QLQ-C30, de pacientes oncológicos diagnosticados com câncer de mama e de intestino, no início do tratamento quimioterápico adjuvante, e três meses após, em três diferentes clínicas.

Quanto a Qualidade de Vida, o estudo⁽³⁾ desenvolvido na Alemanha, que também utilizou o QLQ-C30 com pacientes com câncer colorretal um ano após o diagnóstico e submetidos a algum tipo de tratamento (cirurgia, QT e/ou radioterapia), encontraram escores melhores para as funções Física e Cognitiva e escores mais baixos para Função Emocional, com cerca de 80% dos pacientes relatando sentirem-se deprimidos, irritados, tensos ou preocupados.

Quanto aos sintomas, os pacientes desse estudo⁽³⁾ foram mais afetados por fadiga e insônia; resultados estes semelhantes aos nossos, porém, com os nossos pacientes a dor foi o sintoma predominante.

Ao compararmos a QV com os dados sócio-demográficos, notamos várias correlações significantes (Tabela 2), contudo a que mais se destaca é a diferença entre os sexos, pois esta variável se correlacionou com sete itens do QLQ-C30; notamos que os homens relataram melhores

escores nas escalas de Funções Emocional e Cognitiva em relação às mulheres, enquanto que estas tiveram os piores escores para os sintomas: dor, insônia, fadiga, constipação e perda de apetite, todos estatisticamente significantes.

Encontramos algumas diferenças em relação ao sexo no estudo⁽⁹⁾ realizado na Alemanha e que também utilizou o QLQ-C30, onde os homens relataram melhores escores na Função Física enquanto as mulheres tiveram maiores escores significando mais sintomas para insônia, fadiga e perda de apetite (estatisticamente significante) e constipação (sem significância estatística), um ano após cirurgia em pacientes com câncer retal.

Outro estudo⁽¹⁸⁾, realizado na Espanha, mostrou resultados estatisticamente significantes, cuja QV foi pior nas mulheres do que nos homens, medido pelo instrumento Nottingham Health Profile.

Os pacientes também relataram apresentar dificuldades financeiras (média = 24,14), principalmente nas profissões/ocupações de professor, comerciante e ourives. No nível de escolaridade, os pacientes de nível superior completo foram os que relataram mais dificuldades financeiras (média = 75,00).

Nas correlações, o estudo⁽³⁾ dividiu a amostra em grupos por idade (menores e maiores de 60 anos) e encontraram diferenças significantes, cujo grupo com menos de 60 anos relatou mais dificuldades financeiras do que os mais velhos e os que retornaram ao trabalho após o tratamento relataram maior desempenho de papel.

Acreditamos que os pacientes do nosso estudo, por estarem em tratamento e afastados do trabalho relataram maiores dificuldades financeiras, enquanto os pacientes de outras profissões, inclusive aposentados e donas de casa e com nível de escolaridade inferior (ensino fundamental e médio) foram pouco afetados.

Ao relacionarmos QV com o tipo de tratamento, encontramos que os pacientes que estavam em radioterapia relataram mais dor do que os que não realizaram, sendo que os que estavam realizando há mais de 30 sessões apresentaram pior escore na função Desempenho de Papel e mais sintomas de insônia e constipação.

Em um estudo⁽¹⁰⁾ da Suécia que comparou escores de QV medidos pelo QLQ-C30 entre pacientes com câncer retal que realizaram radioterapia e os que não realizaram no pré-operatório, mostrou que os pacientes irradiados tiveram escores significativamente menores para Função Social e escores mais altos para dor comparados com os não irradiados.

Quanto ao protocolo de quimioterapia, observamos que todos os pacientes receberam 5-FU isoladamente ou associado com outros medicamentos, os que receberam 5-FU + LV + Oxaliplatina relataram pior Função Cognitiva, mais sintomas de dor e considerável perda de apetite; os que receberam Cisplatina associado a 5-FU também referiram dor e mais perda de apetite em relação aos outros esquemas. Estas drogas possuem efeitos neurotóxicos e podem estar diretamente relacionadas ao aparecimento destes sintomas e com a piora da Função Cognitiva.

A Função Cognitiva é um conceito multidimensional que descreve os domínios resultantes da performance do cérebro saudável, explicitados em um estudo⁽¹⁹⁾ como a atenção e concentração, função executiva, velocidade de processamento de informação, linguagem, função motora, habilidade espaço-visual, aprendizagem e memória; com o QLQ-C30, medimos a Função Cognitiva com as questões 20 e 25 que avaliam a concentração e memória apenas.

O déficit cognitivo também pode ocorrer por fatores intrínsecos aos pacientes como nível educacional e QI (coeficiente de inteligência) elevados, redução dos níveis de estrogênios e testosterona⁽²⁰⁾, naqueles com história de depressão, co-morbidades, ferimentos traumáticos no cérebro, deficiência de aprendizagem e fatores genéticos⁽¹⁹⁻²⁰⁾.

Quanto à dor e à perda de apetite associadas, principalmente, aos protocolos com Oxaliplatina e Cisplatina, ambos são compostos de platina e causam neuropatia periférica. A Cisplatina causa parestesias (principalmente nas mãos e pés), mialgias, dor, inclusive

na mandíbula e garganta⁽²¹⁾.

Enquanto com a Oxaliplatina, a neuropatia periférica é sensível dose-cumulativa, principalmente nas mãos, pés e também nos lábios, desencadeada e agravada pelo frio (ar ou água); é caracterizada por disestesias, parestesias e câimbras, sendo importante orientar os pacientes para evitar ingestão de líquidos gelados, exposição ao ar frio e contato da pele com superfícies frias⁽²¹⁾.

Ao correlacionarmos as escalas do QLQ-C30 com os efeitos colaterais da QT, constatamos que os pacientes assintomáticos apresentaram melhores escores para EGS/ QV geral e os que relataram mais sintomas apresentaram os piores escores. Estes pacientes também apresentaram mais náuseas e vômitos.

Outra correlação foi entre os pacientes com sintomas emocionais resultantes da quimioterapia com dispnéia, eles relataram apresentar este sintoma enquanto que os outros não.

Com relação aos protocolos de QT, encontramos o estudo⁽¹¹⁾ que avaliou a QV através dos instrumentos Uniscale e QLQ-C30 nos Estados Unidos da América em pacientes recebendo 5-FU e eniluracil via oral. Os pacientes que concluíram o tratamento apresentaram melhora clinicamente significativa para QV geral, função emocional, perda de apetite e insônia quando comparados com os dados obtidos antes do tratamento (baseline), enquanto que a função física piorou.

No estudo⁽¹²⁾ desenvolvido na Itália, os pesquisadores aplicaram uma abordagem psicológica integrada durante o tratamento quimioterápico com 5-FU + Ácido Fólico + Oxaliplatina, utilizando os instrumentos Hospital Anxiety and Depression scale (HADS) e QLQ-C30. Encontraram uma diminuição significativa na ansiedade quando comparada ao pré-tratamento pelo HADS. Quanto ao QLQ, as escalas permaneceram imutáveis durante todo o tratamento, porém com escores mais baixos para função emocional e QV geral e mais alto para fadiga.

O estudo⁽¹³⁾ realizado no Reino Unido, com pacientes em pós-operatório recebendo QT adjuvante, avaliou a QV através dos instrumentos State-Trait Anxiety Inventory (STAI) e QLQ-C30, antes, durante e após o tratamento. Foram constatadas diferenças nos escores do STAI indicando uma redução geral na ansiedade no decorrer do tempo. Os resultados do QLQ mostram diferenças significantes entre os escores para todas as variáveis, exceto a função cognitiva, náuseas e vômitos, perda de apetite e dificuldades financeiras. As diferenças indicam melhora geral com o tempo para as funções física, emocional, social, desempenho de papel, QV geral e dor.

Nestes estudos, de corte longitudinal, observamos diferentes esquemas de quimioterapia e em diferentes situações de avaliação, utilizando o QLQ-C30 e outros instrumentos. Constatamos que, apesar destes estudos terem evidenciado que os pacientes apresentaram déficits em escalas funcionais e/ ou de sintomas, houve uma melhora na QV

geral e de outras escalas com o decorrer do tempo.

Nosso estudo, de corte transversal, não nos possibilitou avaliar as mudanças da QV com o tempo após o tratamento, nossa pequena amostra não nos permite generalizar os resultados encontrados, e nos protocolos deste estudo encontramos diferenças estatisticamente significantes para apenas três escalas (função cognitiva, dor e perda de apetite), porém a QV geral foi considerada satisfatória.

CONCLUSÃO

Este estudo proporcionou avaliar a qualidade de vida dos pacientes com câncer colorretal em tratamento adjuvante, seja quimioterápico, radioterápico e/ ou após procedimento cirúrgico. A média da QV medida pelo instrumento QLQ-C30 para nossa amostra foi de 79,13, sendo considerada satisfatória. Os principais domínios de QV afetados foram função emocional, dor, insônia e fadiga.

Os resultados evidenciaram que as mulheres obtiveram piores escores, relatando mais problemas emocionais e cognitivos e mais sintomas, principalmente de dor,

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. Estimativas 2008: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2007. 94p.
2. Michelone APC, Santos VLCG. Qualidade de vida de adultos com câncer colorretal com e sem ostomia. *Rev Latinoam Enferm*. 2004;12(6):875-83.
3. Arndt V, Merx H, Stegmaier C, Ziegler H, Brenner H. Quality of life in patients with colorectal cancer 1 year after diagnosis compared with the general population: a population-based study. *J Clin Oncol*. 2004;22(23):4829-36. Erratum in: *J Clin Oncol*. 2005;23(1):248.
4. Kopp I, Bauhofer A, Koller M. Understanding quality of life in patients with colorectal cancer: comparison of data from a randomised controlled trial, a population based cohort study and the norm reference population. *Inflamm Res*. 2004;53 Suppl 2:S130-5.
5. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995;41(10):1403-9.
6. Fleck MPA, Lousada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). *Rev Saúde Pública = J Public Health*. 1999;33(2):198-205.
7. Bowling A. Measuring disease: a review of disease-specific quality of life measurement scales. 2nd ed. Buckingham; Philadelphia: Open University Press; c2001.
8. Paiva SMM. Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico adjuvante. [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2006.
9. Schmidt CE, Bestmann B, Küchler T, Longo WE, Kremer B. Ten-year historic cohort of quality of life and sexuality in patients with rectal cancer. *Dis Colon Rectum*. 2005;48(3):483-92.
10. Pollack J, Holm T, Cedermark B, Altman D, Holmström B, Glimelius B, Mellgren A. Late adverse effects of short-course preoperative radiotherapy in rectal cancer. *Br J Surg*. 2006;93(12):1519-25.
11. Hobday TJ, Kugler JW, Mahoney MR, Sargent DJ, Sloan JA, Fitch TR, et al. Efficacy and quality-of-life data are related in a phase II trial of oral chemotherapy in previously untreated patients with metastatic colorectal carcinoma. *J Clin Oncol*. 2002;20(23):4574-80. Comment in: *J Clin Oncol*. 2003;21(16):3178-9; author reply 3179.
12. Pugliese P, Perrone M, Nisi E, Garufi C, Giannarelli D, Bottomley A, Terzoli E. An integrated psychological strategy for advanced colorectal cancer patients. *Health Qual Life Outcomes*. 2006;4:9.
13. Knowles G, Tierney A, Jodrell D, Cull A. The perceived information needs of patients receiving adjuvant chemotherapy for surgically resected colorectal cancer. *Eur J Oncol Nurs*. 1999;3(4):208-20.
14. Aaronson NK, Azmedzai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, Duez NJ, et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ C-30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *J Natl Cancer Inst*. 1993;85(5):365-76.
15. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5a. ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS 196/96. Diretrizes e normas regulamentadoras de Pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
17. Brabo EP. Validação para o Brasil do questionário de qualidade de vida para pacientes com câncer de pulmão (QLQ-LC13) da Organização Europeia para Pesquisa e Tratamento do Câncer. [Dissertação]. Rio de Janeiro: UERJ; 2006.
18. Pérez Lara FJ, Navarro Piñero A, de la Fuente Perucho A. Study of factors related to quality of life in patients with locally advanced rectal cancer. *Rev Esp Enferm Dig*. 2004;96(11):746-57. Comment in: *Rev Esp Enferm Dig*. 2004;96(11):739-42; 742-5.
19. Jansen C, Miskowski C, Dodd M, Dowling G, Kramer J. Potential mechanisms for chemotherapy-induced impairments in cognitive function. *Oncol Nurs Forum*. 2005; 32(6):1151-63. Comment in: *Oncol Nurs Forum*. 2006;33(2):194; author reply 194.
20. Adjuvant chemotherapy and cognitive dysfunction in breast cancer patients. *J Support Oncol*. 2006;4(2):66-7.
21. Bonassa EMA. Enfermagem em terapêutica oncológica. 2a ed. São Paulo: Atheneu; 2000.