

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIOGRANDE DO SUL – UFRGS**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS – GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**PATRÍCIA LEMOS CHAVES**

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DO PACIENTE COM CÂNCER  
COLORRETAL EM QUIMIOTERAPIA AMBULATORIAL**

**Porto Alegre**

**2010**

**PATRÍCIA LEMOS CHAVES**

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DO PACIENTE COM CÂNCER  
COLORRETAL EM QUIMIOTERAPIA AMBULATORIAL**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós – Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito final para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Isabel Pinto Coelho Gorini

**Porto Alegre  
2010**

# DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO-NA-PUBLICAÇÃO-CIP

BIBLIOTECA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM, UFRGS, Porto Alegre, BR-RS

---

C512a Chaves, Patrícia Lemos

Avaliação da qualidade de vida do paciente com câncer colorretal em quimioterapia ambulatorial [manuscrito] /

Patrícia Lemos Chaves. – 2010.

70 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2010.

Orientação: Maria Isabel Pinto Coelho Gorini.

1. Qualidade de vida – Pacientes. 2. Câncer colorretal – Quimioterapia ambulatorial. 3. Neoplasias colorretais. I. Gorini, Maria Isabel Pinto Coelho. II. Título.

QZ267

---

Bibliotecária responsável: Jacira Gil Bernardes - CRB 10/463

**PATRÍCIA LEMOS CHAVES**

**Avaliação da qualidade de vida do paciente com câncer colorretal em quimioterapia ambulatorial.**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 29 de setembro de 2010.

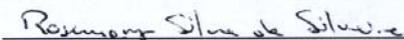
**BANCA EXAMINADORA**



Profa. Dra. Maria Isabel Pinto Coelho Gorini

Presidente da Banca – Orientadora

PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Rosemary Silva da Silveira

Membro da banca

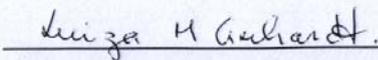
FURG



Profa. Dra. Liana Lautert

Membro da banca

PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Luiza Maria Gerhardt

Membro da banca

EENF/UFRGS

"Sem a curiosidade que  
me move,  
que me inquieta,  
que me insere na busca,  
não aprendo, nem ensino."

**Paulo Freire**

À minha família, pelo  
amor incondicional.  
Ao Guilherme, meu amor,  
amigo e companheiro que  
me apoiou em todos os  
momentos dessa jornada.

**Amo muito vocês!**

## AGRADECIMENTOS

A Deus, por estar presente em minha vida e por sempre iluminar o meu caminho.

Aos meus pais Alziro Leandro Chaves e Carmem Eneida Lemos Chaves, pelo amor, carinho, dedicação, por sempre me incentivarem aos estudos e por compreender os vários momentos de ausência. Sem vocês nada disso seria possível.

Ao meu irmão Felipe Lemos Chaves, por sempre me dar o apoio e o suporte necessário para seguir em frente. Exemplo de disciplina, dedicação, competência profissional e perseverança.

À Denise Soldati Chaves, colega de graduação, amiga e cunhada, por fazer meu irmão feliz e por sempre me apoiar nas decisões tomadas.

Ao meu querido Guilherme Costa Martinato, que esteve comigo em todos os momentos, não permitindo que eu desistisse, que me incentivou com muito amor, carinho dedicação e paciência; o mérito desta conquista também é tua! Fazes a diferença em minha vida!

Aos meus sogros José Aladino Martinato e Helenita Costa Martinato, e meus cunhados Gustavo Costa Martinato e Carolina Almeida Martinato por me incentivarem e compreenderem a nossa ausência.

Às minhas amigas Aline Veleda, Cátia Passos e Daniela Santarem pelo o aconchego dos momentos difíceis, pela tolerância em escutar meus desabafos e por estarem ao meu lado nas horas boas e ruins. Vocês são a família que “Porto Alegre” me deu de presente.

Às amigas que ganhei na turma de Mestrado Luciana Bjorklund de Lima e Maria de Lourdes Pedroso, por estarem junto comigo nesses dois anos do curso, vibrando com minhas conquistas, ouvindo minhas lamentações, me aconselhando e incentivando a continuar.

À Profª Drª Rosemary Silva da Silveira, por me acompanhar desde a graduação, por fazer parte da minha trajetória acadêmica, por contribuir tão ricamente com suas considerações sempre pertinentes e pela amizade.

À Profª Drª Valéria Lerch Lunardi, por me apresentar o mundo da pesquisa em Enfermagem, por ter sido minha orientadora em Iniciação Científica pela Fundação Universidade Federal de Rio Grande (FURG), por todos seus

ensinamentos. A base que me destes foi fundamental para concretização deste estudo.

À Profª Drª Maria Isabel Gorini por ter acreditado em mim e ter despertado o interesse pela oncologia.

Às Profª Drª Liana Lautert, Profª Drª Maria da Graça Crossetti e Profª Drª Luiza Maria Gerhardt, pelas contribuições na realização deste estudo e por compartilharem seus conhecimentos.

Aos colegas do Curso de Mestrado, pelas trocas de experiências, carinho e companheirismo.

A todos, que de alguma forma contribuíram para realização de mais uma etapa de meus estudos.

## RESUMO

O câncer de cólon e reto configura-se como a terceira causa mais comum de câncer no mundo, em ambos os sexos, e a segunda causa em países desenvolvidos. Estudar a qualidade de vida (QV) é fundamental para a presença de intervenções que promovam bem-estar e/ou o estar bem destes pacientes, cujo prognóstico nem sempre é o melhor. Esta dissertação tem como norte a seguinte questão: como é a qualidade de vida do paciente com câncer colorretal em quimioterapia ambulatorial? Trata-se de um estudo transversal com abordagem quantitativa descritiva, no qual buscou-se avaliar a qualidade de vida do paciente com câncer colorretal em quimioterapia ambulatorial. A pesquisa foi desenvolvida em uma Unidade de Quimioterapia Ambulatorial em um hospital do sul do Brasil, cujos pacientes eram portadores do diagnóstico de câncer colorretal e foram submetidos ao tratamento com o Protocolo 5FU. A amostra contou com 48 participantes que estavam em tratamento quimioterápico por um período de 6 meses. Utilizou-se como instrumento de levantamento de dados um questionário já validado e traduzido para o português, o *WHOQOL-Bref*. Nos resultados encontrados, prevaleceu a idade de 50 anos ou mais, todos os participantes estavam com estadiamento Dukes B e possuíam no mínimo um mês e no máximo 11 meses de tratamento. Os domínios do *WHOQOL-Bref* afetados mais significativamente foram os domínios II e III (psicológico e relações sociais), respectivamente, havendo diferença nas respostas quanto à QV geral naqueles que estavam no 1º ciclo de tratamento daqueles que já se encontravam no último ciclo (6º). A qualidade de vida é resultado da combinação de fatores subjetivos e de fatores objetivos, precisando suprir às necessidades humanas integrais, em seus aspectos físicos, psicológicos, sociais e espirituais.

Palavras-chave: Qualidade de vida. Câncer colorretal. Quimioterapia ambulatorial. *WHOQOL-Bref*.

## **RESUMEN**

El cáncer de colon y recto se configura como la tercera causa más frecuente de cáncer en el mundo, en ambos los sexos, y la segunda en los países desarrollados. Estudiar la calidad de vida (CV) es fundamental para la presencia de intervenciones que promueven bienestar y/o el estar bien de los pacientes cuyo pronóstico no siempre sea el mejor. Esta tesina se propone a la siguiente cuestión central: ¿cómo se presenta la calidad de vida de los pacientes con cáncer colorrectal sometidos a quimioterapia ambulatoria? Se trata de un estudio transversal con un abordaje cuantitativo descriptivo en el que se ha buscado evaluar la calidad de vida de pacientes con cáncer colorrectal sometidos a quimioterapia ambulatoria. Se ha desarrollado esta investigación en una Unidad de Quimioterapia Ambulatoria de un hospital ubicado al sur de Brasil, cuyos pacientes eran portadores de diagnóstico de cáncer colorrectal y fueran sometidos al tratamiento con el Protocolo 5-FU. La muestra dispuso de 48 pacientes en tratamiento quimioterápico por un periodo de 6 meses. Se ha utilizado como instrumento de recolección de datos un cuestionario validado y traducido al portugués, el *WHOQOL-Bref*. En los resultados obtenidos ha prevalecido la franja de edad de 50 años o más, todos los participantes se encontraban en el estadio Dukes B y poseían como mínimo un mes y como máximo 11 meses de tratamiento. Los dominios del *WHOQOL-Bref* afectados más significativamente han sido los II y III (psicológico y de relaciones sociales) respectivamente, presentando diferencias en las respuestas en cuanto a la CV general en aquellos que estaban en el 1º ciclo de tratamiento que de los que ya se encontraban en el último ciclo (6º). La calidad de vida es el resultado de la combinación de factores subjetivos y factores objetivos, necesitando suplir a las necesidades humanas integrales en cuanto a los aspectos físicos, psicológicos y espirituales.

Palabras clave: Calidad de vida. Cáncer colorrectal. Quimioterapia ambulatoria. *WHOQOL-Bref*

## **ABSTRACT**

Cancer of the colon and rectum appears as the third most common cancer worldwide in both sexes, and the second leading cause in developed countries. Studying the quality of life (QOL) is fundamental for the existence of interventions that promote wellness and/or well-being of these patients, whose prognosis is not always the best. This thesis is guided by the following question: how is the quality of life of patients with colorectal cancer in outpatient chemotherapy? It was a cross-sectional study with a descriptive quantitative approach, which aimed at assessing the quality of life of patients with colorectal cancer in outpatient chemotherapy. The research was conducted in an Outpatient Chemotherapy Unit at a hospital in Southern Brazil, whose patients were diagnosed with colorectal cancer and were treated with 5-FU protocol. The sample had 48 participants who were undergoing chemotherapy for a period of six months. It was used as an instrument of data collection a questionnaire, which has already been validated and translated into Portuguese, the WHOQOL-Bref. In the results found, prevailed the age of 50 years or more, all participants were in Dukes stage B, with at least a month and a maximum of 11 months of treatment. The domains of the WHOQOL-Bref affected more significantly were the domains II and III (psychological and social relations), respectively, with significant differences in responses regarding overall QOL in those who were in the first cycle of treatment from those already in the last cycle (6th). Quality of life is the result of a combination of subjective and objective factors, needing help meeting human needs in full, in terms of physical, psychological, social and spiritual.

Keywords: Quality of life. Colorectal cancer. Outpatient chemotherapy. WHOQOL-Bref

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Caracterização dos pacientes com câncer colorretal em tratamento quimioterápico com o protocolo 5FU. Porto Alegre, 2009.	42
Tabela 2	Distribuição do tempo de tratamento dos pacientes em quimioterapia com Protocolo 5FU. Porto Alegre, 2009.	44
Tabela 3	Medidas de tendência central nos quatro domínios e Qualidade de Vida (QV) geral do <i>WHOQOL – Bref.</i> Porto Alegre, 2009.	45
Tabela 4	Relação entre o sexo e os domínios do <i>WHOQOL – Bref.</i> Porto Alegre, 2009.	49
Tabela 5	Distribuição das medidas nos domínios do <i>WHOQOL – Bref</i> segundo a presença ou não de colostomia. Porto Alegre, 2009.	50
Tabela 6	Medida da idade, do tempo de tratamento segundo a presença ou não de colostomia. Porto Alegre, 2009.	51
Tabela 7	Média da QV geral em cada ciclo do tratamento com Protocolo 5FU. Porto Alegre, 2009.	52

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	15
<b>2 OBJETIVOS</b>	20
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA</b>	21
3.1 O paciente com câncer	21
3.2 Tratamento do câncer colorretal	25
3.2.1 Efeitos colaterais do Protocolo 5FU	28
3.3 Qualidade de Vida dos pacientes com câncer colorretal	29
<b>4 METODOLOGIA</b>	35
4.1 Tipo de Estudo	35
4.2 Campo de estudo	35
4.3 População	36
4.4 Amostra	36
4.5 Instrumento e coleta dos dados	37
4.6 Análise dos dados	39
4.7 Aspectos Éticos	40
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	41
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	54
<b>REFERÊNCIAS</b>	57
APENDICE A – Dados de Identificação	60
APENDICE B – Domínios: <i>WHOQOL-Bref</i>	61
APENDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	62
ANEXO A – Instrumento de coleta: <i>WHOQOL-Bref</i>	63
ANEXO B - Carta de aprovação do projeto de pesquisa no Comitê de Ética e Pesquisa do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação do HCPA	70

## 1 INTRODUÇÃO

O câncer de cólon e reto configura-se como a terceira causa mais comum de câncer no mundo em ambos os sexos e a segunda causa em países desenvolvidos<sup>(1)</sup>.

O câncer é a segunda causa de morte no Brasil, perdendo apenas para as doenças do sistema circulatório. No Rio Grande do Sul, o câncer de cólon e reto em homens é o terceiro mais freqüente (21/100.000) e para as mulheres, configura-se no segundo mais freqüente (22/100.000). Os padrões geográficos são bem similares entre homens e mulheres, porém, o câncer de reto é cerca de 20 a 50% maior em homens na maioria das populações<sup>(1)</sup>.

Realizar exames periodicamente é fundamental para detectar o câncer colo-retal nas fases iniciais e poderia prevenir muitas mortes, afirmam os especialistas no assunto. Se todas as pessoas a partir dos 50 anos fizessem revisões periódicas, seria possível evitar cerca de 60% das mortes pela doença, constituindo-se num desafio para o Sistema e trabalhadores de Saúde, bem como para a sociedade, de um modo geral.

Este processo patológico pode comprometer a qualidade de vida das pessoas de ambos os sexos, atingindo todas as faixas etárias, e diversos órgãos e tecidos do corpo, com altas taxas de mortalidade. O impacto de uma doença como o câncer na vida do sujeito, estende-se a todo o universo familiar, muitas vezes, fazendo-se necessário, mudanças, reorganização na sua dinâmica para incorporar às atividades cotidianas, os cuidados que a doença e o tratamento do paciente exigem.

Neste estudo optou-se pela utilização do conceito proposto pelo Grupo *WHOQOL (World Health Organization Quality of Life)* da Organização Mundial de Saúde (OMS) para o qual, qualidade de vida é definida como: “a percepção que o indivíduo tem da sua vida, considerando seu contexto cultural, seus valores e seus sentimentos, expectativas e necessidades”<sup>(2)</sup>.

O câncer, mesmo sendo, uma das doenças crônicas prevalentes no Brasil e no mundo, ainda há muito que evoluir quanto ao tratamento utilizado e cuidados de enfermagem. Os tratamentos a base de quimioterápicos podem desenvolver inúmeros efeitos colaterais, entre eles: a fotossensibilidade, diarreia,

mielodepressão, mucosite, náuseas, anorexia, fadiga, e outros. Fazendo com que, dessa forma, o paciente venha enfrentar dificuldades para lidar com a doença.

O tratamento, algumas vezes longo, exaustivo e doloroso, pode acarretar em mudanças no estilo de vida, além de, num primeiro momento, desencadear sentimentos de tristeza, impotência em relação à doença e sofrimento. Estas alterações podem ser decorrentes do tumor, bem como, de outros sintomas relacionados à doença, do desgaste com o tratamento e da carga emocional que envolve o diagnóstico, e quanto mais avançada à doença se encontra, maior pode ser esse sofrimento, seu e de todos que o cercam.

Verifica-se, portanto, que além do tratamento do câncer, o cuidado com os efeitos colaterais, complicações orgânicas e emocionais constituem um grupo extenso para atenção do enfermeiro oncológico.

Escolheu-se estudar a qualidade de vida dos pacientes com câncer colorretal por ser um dos tipos de tumores que têm aumentado sua incidência em nosso meio e, principalmente, porque quando detectado precocemente, o prognóstico é favorável devido à possibilidade de prevenção das possíveis complicações, promovendo assim, a reabilitação dos pacientes. Este tipo de câncer afeta com mais freqüência pessoas com mais de 50 anos, e sua detecção precoce é essencial para um tratamento bem-sucedido.

Destaca-se, ainda, que o paciente com este tipo de tumor é o que tem maior prevalência na Unidade de Quimioterapia Ambulatorial (UQA) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), submetidos ao tratamento quimioterápico Protocolo Fluorouracil + ácido folínico (5FU). Outro indicativo que chama a atenção dos profissionais inseridos nessa realidade é o fato deste câncer apresentar componentes relacionados aos hábitos de vida e saúde e também a fatores hereditários.

A quimioterapia vem sendo a opção de escolha no tratamento em alguns casos de câncer de intestino, diminuindo a chance de recidiva e aumentando a sobrevida dos pacientes. Uma vez retirado o tumor, cirurgicamente, a recidiva da doença pode ocorrer através de possível micro-metástases. Portanto, a finalidade do tratamento através da quimioterapia adjuvante é justamente, erradicar as micro-metástases, diminuindo a chance de recidiva e aumentando a sobrevida <sup>(3)</sup>.

O protocolo 5FU é uma combinação de drogas utilizada para o tratamento do câncer colorretal<sup>(4)</sup>. Como essas drogas não possuem especificidade, agredem, além das células tumorais, os tecidos de proliferação, o que ocasiona vários efeitos colaterais, podendo ser relatados e diagnosticados nos pacientes com este tipo de tratamento.

Visando a diminuição do impacto das possíveis alterações físicas e emocionais provocadas pelo câncer colorretal e, também, dos efeitos colaterais adversos do tratamento quimioterápico e, numa tentativa de proporcionar uma maior qualidade de vida aos pacientes, a oncologia avulta como uma especialidade que, por excelência, se viu confrontada com a necessidade de avaliar as condições de vida dos pacientes que tinham sua sobrevida aumentada com os tratamentos propostos, já que muitas vezes na busca de acrescentar "anos à vida" era deixado de lado a necessidade de acrescentar "vida aos anos"<sup>(5)</sup>.

Nesta perspectiva, a mensuração da Qualidade de Vida (QV) é um importante recurso para avaliar os resultados do tratamento na perspectiva do paciente; sendo fundamental que os enfermeiros estejam instrumentalizados para realizar a avaliação dos pacientes, monitorando as manifestações clínicas, os efeitos colaterais adversos e as repercussões do tratamento quimioterápico, visando a diminuição do impacto das possíveis alterações.

Estudos recentes que também procuraram avaliar a qualidade de vida de pacientes com o diagnóstico de câncer, trouxeram uma escala europeia do grupo *European Organization for Research and Treatment of Câncer – Quality of Life Core-30 Questionnaire* (QLQ-C30), na qual são abordadas questões específicas ao paciente com câncer<sup>(6)</sup>.

No entanto, nesse trabalho optou-se por utilizar o *WHOQOL (World Health Organization Quality of Life)* porque é uma escala traduzida e validada para o português, reconhecida pela OMS e que avalia de uma forma geral a qualidade de vida dos indivíduos.

Alguns estudos abordam esta temática, tais como: "Monitoramento e avaliação dos efeitos colaterais da quimioterapia em pacientes com câncer de colon", apontaram que 82,4% dos pacientes apresentam pelo menos um dos efeitos colaterais; foi destacada a náusea como o sintoma prevalente (76,5%), seguido da diarreia (70,5%) e do vômito (53,0%). Este estudo tinha como objetivo

monitorar e avaliar a ocorrência e o grau de intensidade da náusea, vômito e diarreia em pacientes com neoplasia de cólon submetidos a quimioterapia ambulatorial, que receberam orientações de enfermagem para manejo desses sintomas<sup>(7)</sup>.

Em outra pesquisa, “Qualidade de vida de adultos com câncer colorretal com e sem ostomia”, com o objetivo de analisar e comparar a qualidade de vida (QV) dos doentes com câncer colorretal atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) na Divisão Regional da Secretaria de São Paulo (XIV DIR-SP), conforme ausência e presença de ostoma. Constataram o predomínio do sexo masculino (56,2%), entre os pacientes com ostomia, a média de idade foi de 60,9 anos, que viviam com companheiro (64,5%) e que 74,2% retornaram ao trabalho; já entre os pacientes sem ostomia a média de idade foi de 66,5 anos, sem companheiro (52,9%) e que 70,6% não retornaram ao trabalho após o tratamento. Houve o predomínio da religião católica (81,2%)<sup>(8)</sup>.

Ainda nesse estudo, evidenciou – se escores menores em todos os domínios para as pessoas ostomizadas, porém sem diferenças significativas na comparação com o grupo de pessoas sem ostomia. Foram constatadas diferenças, estatisticamente, significantes para as variáveis religião e retorno ao trabalho independente do grupo. O estudo contribuiu para o melhor delineamento acerca da QV entre pessoas operadas por câncer colorretal com e sem ostomia.

Sobre a temática Qualidade de vida, outros autores destacam que a qualidade de vida de pacientes submetidos à quimioterapia ambulatorial, depende de maior adesão ao tratamento e do enfrentamento de eventos estressantes<sup>(9)</sup>.

Estudar a qualidade de vida é fundamental para as propostas de intervenções que promovam bem – estar e/ou o estar – bem destes pacientes, cujo prognóstico nem sempre é o melhor.

A educação em saúde constitui uma atividade essencial para gerar mudanças de comportamento e amenizar ou erradicar os sinais e sintomas de uma doença<sup>(10)</sup>. É necessário que o enfermeiro tenha conhecimento e habilidade para ensinar e, assim, contribuir para a mudança de estilo de vida e a melhora do estado de saúde do paciente e, conseqüentemente, para a melhora da sua qualidade de vida.

Manter a Qualidade de vida é um aspecto importante em pessoas com doenças crônicas graves e limitantes que se submetem a tratamentos

prolongados e dolorosos e apresentam maior vulnerabilidade às comorbidades<sup>(12)</sup>.

Possibilitar uma qualidade de vida que proporcione esperanças, expectativa de maior tempo de vida no convívio com sua família e amigos, é essencial no caso de uma existência cuja finitude, as vezes precoce, parece ser a única certeza.

A partir da leitura dos estudos já realizados, percebe – se que esta pesquisa é de grande valia para a enfermagem, pois poderá servir como subsídio para novos estudos relacionadas a qualidade de vida do paciente com câncer colorretal em quimioterapia ambulatorial. Além disso, poderá servir de apoio na busca de atendimento as necessidades deste paciente visando uma assistência mais qualificada e preocupada, não só com o tratamento a ser executado, mas com qualidade de vida; já que ele é submetido a um protocolo quimioterápico (5FU) de seis ciclos, ou seja, de no mínimo seis meses de tratamento e que pode trazer consigo, ainda, inúmeros efeitos colaterais.

O impacto da hipótese diagnóstica, a confirmação da doença e do seu tratamento pode influenciar diretamente no estilo de vida do indivíduo. Sendo assim, a enfermagem exerce papel importante no controle dos efeitos adversos e nas conseqüências do tratamento sobre o desempenho físico, psicológico e social do paciente.

Dessa forma o presente estudo teve como questão norteadora: Como o paciente com câncer colorretal em quimioterapia ambulatorial avalia sua qualidade de vida?

## **2 OBJETIVOS**

Para realização desta pesquisa foram levantados os seguintes objetivos.

### **Objetivo Geral**

- Avaliar a qualidade de vida dos pacientes com câncer colorretal em quimioterapia ambulatorial.

### **Objetivo Específico**

- Descrever características como: sexo, idade, tempo de tratamento, presença de colostomia, ciclo do tratamento com o Protocolo 5FU, dos pacientes com câncer colorretal em quimioterapia ambulatorial.

## **3 REVISÃO DE LITERATURA**

### **3.1 O paciente com câncer colorretal**

Segundo Instituto Nacional do Câncer (INCA), Câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado (maligno) de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se (metástase) para outras regiões do corpo. Não é uma única doença, mas um conjunto de doenças que acometem diversos órgãos e causam uma variedade de transtornos funcionais que se não diagnosticadas precocemente podem levar a morte<sup>(1)</sup>.

Metástases são células que se movem desde o tumor primário, para outros locais mais remotos, dando origem a tumores adicionais. Embora o tumor esteja em outro órgão, ele ainda é um câncer original do local primário. A produção de células metastáticas é uma característica do câncer<sup>(12)</sup>.

Segundo dados do INCA os tumores malignos nos adultos estão, em geral, relacionados à exposição a vários fatores de risco como o tabagismo, estilos de vida, alimentação, ocupação e agentes carcinógenos específicos<sup>(1)</sup>.

O INCA apresenta uma síntese das estimativas de incidência de câncer no Brasil para o ano de 2010, assim como informações acerca dos tipos de câncer de maior magnitude que são passíveis de prevenção primária (prevenção da ocorrência) ou secundária (detecção precoce)<sup>(1)</sup>.

O número de casos novos de câncer de cólon e reto estimados para o Brasil no ano de 2010 é de 28.110, sendo 13.310 homens e 14.800 mulheres. Estes valores correspondem a um risco estimado de 14 casos novos a cada 100 mil homens e 15 para cada 100 mil mulheres<sup>(1)</sup>.

O câncer colorretal é hoje uma das neoplasias malignas mais freqüentes no ocidente, sendo que sua incidência aumenta após os 50 anos de idade e nas cidades industrializadas e, apresenta padrões bastante diferenciados entre as distintas regiões mundiais, o que sugere uma forte influência de fatores locais, bem como, relacionados a uma dieta rica em gordura e pobre em fibras. Essa distinção pode ser observada de forma semelhante no Brasil, onde as regiões Sul e Sudeste apresentam elevada incidência dessa neoplasia em relação às regiões

Norte e Nordeste, possivelmente em conseqüência de diferenças nos padrões dietéticos e no desenvolvimento socioeconômico<sup>(13)</sup>.

A maioria dos tumores colorretais evolui a partir de pólipos adenomatosos (pequenos tumores benignos derivados de glândulas intestinais, possuem aparência arredondada/cilíndrica) que se desenvolvem na membrana mucosa do intestino grosso. Pólipos do tipo viloso (achatados) têm um maior potencial para malignidade. Quanto maior o pólipo, mais perigoso (especialmente acima de 2,5 cm). A evolução do pólipo até o estágio de câncer leva em geral de 5 a 10 anos<sup>(14)</sup>.

Infelizmente, a maioria dos cânceres colorretais é detectada muito tarde e o percentual da sobrevida é de 50% - ou seja, apenas metade das pessoas com câncer colorretal estarão vivas 5 anos após o diagnóstico, independentemente do tratamento instituído. O prognóstico é tão mais favorável quanto mais precoce for a detecção do tumor<sup>(14)</sup>.

A idade não é um fator importante na chance de cura. A chance de sobreviver a um câncer colorretal é menor se houver obstrução ou perfuração do intestino, ou se o câncer se espalhou para além do intestino. O tratamento pode prolongar a vida mesmo quando o câncer já está disseminado<sup>(15)</sup>.

Estima-se que apenas o câncer de pulmão cause mais mortes que o câncer colorretal. Por outro lado, nos últimos 20 anos, a mortalidade deste câncer diminuiu em 25% entre as mulheres e 33% nos homens<sup>(1)</sup>.

Os sinais e sintomas mais comuns do câncer colorretal são: mudança nos hábitos intestinais; diarreia, constipação ou sensação de que o intestino não é esvaziado completamente; sangue vermelho vivo ou escuro nas fezes; fezes mais finas que o usual; gases, distensão ou cólicas abdominais; perda de peso sem motivo; cansaço constante e vômitos<sup>(7)</sup>.

Muitos pacientes não apresentam qualquer sintoma até que o tumor esteja bastante avançado. O sangue encontrado nas fezes é um sinal presente em quase todos os cânceres intestinais, mas também pode ser causado por hemorróidas, fissuras pequenas no reto ou no ânus, e diverticulose, entre outros<sup>(7)</sup>.

O diagnóstico das neoplasias colorretais baseia-se no quadro clínico e em exames complementares, sendo a queixa mais freqüente a alteração de

hábito intestinal, diarreia na maioria dos tumores de colon direito e obstipação nos de colon esquerdo<sup>(14)</sup>.

No câncer de reto, as queixas principais são: o afilamento das fezes, a eliminação de muco serossanguinolento e a dor para evacuar. Perda de peso e astenia leve também costumam ocorrer. Parada de eliminação de fezes e flatos há algumas horas, acompanhada de distensão abdominal e dor, caracterizando quadro de abdome agudo obstrutivo, podem ser os sintomas e sinais iniciais da doença em 10% dos doentes com câncer de colon esquerdo. Havendo predominância dos cânceres nos seguimentos do lado esquerdo (descendente, sigmóide e reto, em 70%), seguidos em menor frequência pelo ascendente e transversal<sup>(14)</sup>.

Alguns exames permitem a confirmação diagnóstica pelo aspecto da lesão e pelo estudo anatomopatológico das biopsias dirigidas como é o caso da colonoscopia e/ou a retossigmoidoscopia<sup>(14)</sup>.

No exame físico, o paciente poderá apresentar anemia e massa palpável na anatomia dos cólons, além de dor na fossa ilíaca ou no flanco direito em conjunto com diarreia constituem a tríade clássica do câncer de colon direito. Hepatomegalia com aumento da consistência por presença de metástases pode ocorrer. Ao toque retal, pode ser encontrada massa endurecida e/ou alteração da parede retal<sup>(14)</sup>.

A radiografia simples de tórax acompanhada de tomografia computadorizada abdomino – pélvica permitem o estágio clínico, além da avaliação da extensão do tumor, a presença de adenomegalias e de metástases, na maioria das vezes hepáticas<sup>(14)</sup>.

O câncer pode ser classificado segundo a *International Union Against Cancer* (UICC) – *tumor-node-metastasis*, TNM – ou pela classificação de Dukes ou Astler Coller, este último sendo muito usado<sup>(14)</sup>.

O estadiamento do câncer colorretal, de acordo com a classificação TNM, leva em consideração o tamanho do tumor (T), o envolvimento dos linfonodos (N) e a presença de metástases (M), e permitiu a classificação, realizada por Dukes, que serviu como padrão desde 1930. Esta classificação descreve três estádios: estágio A (tumor limitado á parede do intestino); estágio B (disseminação do tumor por continuidade direta) e estágio C (envolvimento de linfonodos). Esta classificação foi posteriormente modificada por Astler – Coller, que subdividiu os

estádios Dukes B e C, em três partes (ex.: B1, B2,...) <sup>(16)</sup>. Conforme demonstrado no quadro a seguir:

**Quadro I – Classificação do estadiamento do câncer colorretal**

<b>Tumor primário</b>	<b>Linfonodos regionais</b>	<b>Metástases a distância</b>	<b>Dukes</b>	<b>Astler-Coller</b>
T <sub>x</sub>				
T <sup>0</sup>	N <sub>x</sub>	M <sub>x</sub>		
T <sub>is</sub>	N <sup>0</sup>	M <sup>0</sup>		
T <sup>1</sup>	N <sup>0</sup>	M <sup>0</sup>	A	A
T <sup>2</sup>	N <sup>0</sup>	M <sup>0</sup>	A	B <sup>1</sup>
T <sup>3</sup>	N <sup>0</sup>	M <sup>0</sup>	B	B <sup>2</sup>
T <sup>4</sup>	N <sup>0</sup>	M <sup>0</sup>	B	B <sup>3</sup>
Qualquer T	N <sup>1</sup>	M <sup>0</sup>	C	C <sup>1</sup>
Qualquer T	N <sup>2</sup>	M <sup>0</sup>	C	C <sup>2</sup>
Qualquer T	N <sup>3</sup>	M <sup>0</sup>	C	C <sup>3</sup>
Qualquer T	Qualquer N	M <sup>1</sup>	C	D

Esclarecendo o quadro: Tumor primário inacessível (T<sub>x</sub>). Sem evidência do tumor primário (T<sub>0</sub>). Carcinoma in situ intraepitelial ou invasão da lâmina própria (T<sub>is</sub>). Tumor invadindo submucosa (T<sup>1</sup>). Tumor invadindo a muscular própria (T<sup>2</sup>). Tumor invadindo através da muscular própria até subserosa ou nos tecidos pericólicos não peritonizados ou perirretais (T<sup>3</sup>). Tumor invadindo diretamente outros órgãos ou estruturas e/ou perfurando vísceras peritoneais (T<sup>4</sup>). Sem evidência de linfonodos regionais (N<sub>0</sub>). Metástases em um até três linfonodos pericólicos ou perirretais (N<sup>1</sup>). Metástases em quatro ou mais linfonodos pericólicos ou perirretais (N<sup>2</sup>). Metástases em qualquer linfonodo ao longo da cadeia vascular principal e/ou metástase no linfonodo apical desta cadeia (N<sup>3</sup>). Linfonodos regionais inacessíveis (N<sub>x</sub>). Sem metástases a distância (M<sub>0</sub>). Metástases a distância (M<sup>1</sup>). Presença de metástases a distância não pode ser observada (M<sub>x</sub>). Dukes (A) envolvimento somente da mucosa. (B): invasão local

do tumor. (C): envolvimento dos gânglios linfáticos regionais. (D): metástases a distância do tumor<sup>(16)</sup>.

Na presença de um diagnóstico de câncer colorretal, o médico precisa determinar o estágio (extensão) da doença. O estadiamento é uma tentativa de descobrir se o câncer está disseminado e, se isto ocorreu, quais partes do corpo foram acometidas. O estadiamento ajuda a equipe de saúde a planejar o melhor tratamento<sup>(17)</sup>

- **Dukes A:** câncer inicial, limitado à camada mais interna do intestino (mucosa).
- **Dukes B:** câncer um pouco mais profundo, ultrapassando a mucosa e as paredes do intestino e disseminou para tecidos vizinhos, mas ainda não acometeu os gânglios da região.
- **Dukes C:** câncer invade gânglios vizinhos mais não outras partes do corpo.
- **Dukes D:** câncer já pode ser encontrado à distância do local original, como no fígado ou nos pulmões.

### 3.2 Tratamento do câncer colorretal

O tratamento depende do tamanho, da localização e da extensão do tumor, bem como das condições gerais de saúde do paciente. Podendo ser realizado com: Cirurgia (que é a remoção do tumor propriamente dito, sendo este o tratamento mais comum do câncer colorretal), Quimioterapia (que consiste no uso de medicamentos para combater as células cancerosas, seja eliminando-as por completo do corpo, ou para controlar o crescimento do tumor, ou, ainda, para aliviar os sintomas da doença) e Radioterapia (que consiste no uso de raios X e outros tipos de raio de alta energia para matar as células cancerosas). Ou mesmo combinando as três modalidades<sup>(4)</sup>.

A cirurgia é um tratamento eficaz para o câncer colorretal e, dependendo do estadiamento, segue – se o tratamento adjuvante (complementar)<sup>(17)</sup>:

- **Dukes A:** geralmente o tratamento consiste em remoção do trecho do intestino com o câncer e união das duas pontas (anastomose).
- **Dukes B1:** cirurgia (ressecção do intestino), que pode ser seguida de quimioterapia e radioterapia, especialmente nos casos em que o tumor já invadiu os tecidos vizinhos.
- **Dukes B2:** cirurgia com quimioterapia é o esquema mais praticado.
- **Dukes B3 e C:** a cirurgia com remoção do cólon ou desviando o trânsito intestinal do tumor pode funcionar. Em alguns casos, se possível, remove-se partes de órgãos acometidos por metástases. A radioterapia e a quimioterapia ajudam a aliviar os sintomas.

Na cirurgia geralmente é removido o tumor junto com uma parte de cólon ou reto saudável e os linfonodos vizinhos. Na maioria dos casos, o cirurgião pode reconectar as duas porções saudáveis do cólon e do reto. Quando isto não ocorre, pode ser feito uma colostomia temporária ou permanente (na colostomia, as fezes são eliminadas através de uma abertura no abdome e coletadas em bolsas apropriadas). Na colostomia temporária, o intestino é reconectado após um período de recuperação. Em cerca de 15% dos casos, a colostomia é permanente<sup>(18)</sup>.

A pessoa quando portadora de um câncer passa a viver em busca pela cura, para tanto pode passar por um tratamento exaustivo e muitas vezes extremamente doloroso. Ele se dá através de cirurgia, quimioterápicos e radioterapia. Em muitos casos, é necessário combinar essas modalidades<sup>(1)</sup>. O que pode transformar o corpo, auto-imagem, e também afetar auto-estima.

É difícil para o paciente enfrentar o câncer, por se tratar de uma doença que mexe muito com o imaginário das pessoas, fazendo com que o doente seja alvo de piedade de todos os que o cercam e por despertar em seus familiares sentimentos e reações estressantes como frustração, ansiedade, raiva, vergonha, pesar e incerteza<sup>(19)</sup>.

Tudo isso tende a ser mais evidente quando o tratamento quimioterápico é iniciado e a família passa a acompanhar de perto as repercussões e os efeitos dos agentes antineoplásicos em seu parente. Por se tratar de uma terapêutica sistêmica, a quimioterapia antineoplásica gera reações desagradáveis em várias partes do organismo do paciente, tais como: náuseas, vômitos, diarreia, fadiga,

queda de pelos ou não, escurecimento da pele em função da medicação utilizada e ulcerações na mucosa oral. Todos esses efeitos afetam a aparência física do paciente, levando-o, muitas vezes, a sentimentos de revolta frente a tal situação e à vergonha do próprio corpo<sup>(7)</sup>.

Diante dessa situação, ao vivenciar a experiência do câncer, a família enfrenta uma série de sentimentos angustiantes e dolorosos chamado, de experiência do adoecer em família, um momento difícil tanto para o paciente quanto para a família que passam juntos, pelos mesmos sentimentos e experienciam o medo e a expectativa da morte, pois cuidar de pessoas que fazem tratamento quimioterápico traz dor e sofrimento, principalmente quando se trata de alguém muito próximo<sup>(20)</sup>.

Cabe lembrar que a denominação câncer colorretal engloba o câncer de colon (intestino) e de reto (parte terminal do intestino) sem comprometimento da margem anal (esfíncter). Os estadiamentos são iguais para ambos, a diferença está no procedimento cirúrgico e nos tratamentos adjuvantes (complementares à cirurgia). No caso de pessoas portadoras de câncer de reto com comprometimento do esfíncter, a cirurgia realizada é a amputação (retirada) do reto e a abertura de um estoma no colon, a colostomia permanente (exteriorização do intestino para eliminação de fezes). Podem ser realizadas colostomias temporárias, que são fechadas cirurgicamente após a recuperação do intestino<sup>(18)</sup>.

Os tratamentos adjuvantes são a quimioterapia e a radioterapia de acordo com o estadiamento. Têm por objetivo evitar recidivas locais do câncer. Já o tratamento quimioterápico paliativo, tem como propósito melhorar a qualidade de vida das pessoas<sup>(21)</sup>.

Cerca de 50% a 60% das pessoas com diagnóstico de câncer colorretal, submetidas à cirurgia, podem desenvolver a mesma doença em locais de proximidade, o que justificaria os tratamentos adjuvantes para o controle da doença<sup>(16)</sup>.

Pacientes com Dukes B apresentam indicação de tratamento adjuvante com quimioterapia à base de 5FU. Os seguintes esquemas são recomendados: 5FU + ácido folínico durante 6 meses; 5FU + ácido folínico em altas doses semanais durante 6 meses; 5FU + ácido folínico em doses menores durante um ano. Para pacientes com Dukes A, o tratamento adjuvante ainda é controverso,

porém há indicativas de uma redução do risco de recidiva com uma vantagem de 2% em sobrevida livre em 5 anos para os pacientes tratados com terapia adjuvante com 5FU, quando comparados com grupos controle sem tratamento<sup>(16)</sup>.

Os doentes com câncer de colon ressecado estágio III ou Dukes C devem ser submetidos à quimioterapia adjuvante. O esquema clássico consiste no uso de Fluorouracil (5FU) associado ao ácido folínico o que potencializa a ação do quimioterápico e para o câncer de reto é utilizado o 5FU com ou sem adição de radioterapia<sup>(14)</sup>. O 5FU pode ser administrado junto com o ácido folínico durante 5 dias consecutivos, com intervalos de 21 dias, durante 6 meses, totalizando 6 ciclos do tratamento<sup>(4)</sup>.

Algumas ações podem ser utilizadas de forma a detectar precocemente o câncer colorretal naqueles pacientes que não e também para os que apresentam fatores de risco, entre eles: o toque retal (a cada 5 anos para pacientes com mais de 50 anos de idade); exame de sangue oculto nas fezes (a cada 5 anos para pacientes com mais de 50 anos de idade); retossigmoidoscopia (indicada a cada 5 anos para pacientes com mais de 50 anos de idade); enema opaco com duplo contraste (a cada 10 anos a partir dos 60 anos de idade) e colonoscopia (a cada 10 anos a partir dos 60 anos de idade)<sup>(4)</sup>.

### **3.2.1 Efeitos colaterais do Protocolo 5FU**

Os efeitos colaterais do tratamento dependem do tipo de quimioterápico recebido, dosagem e/ou combinação de drogas envolvidas e podem ser diferentes de pessoa para pessoa. A maioria dos efeitos colaterais é temporária.

Na quimioterapia o tratamento afeta tanto as células cancerosas como as células normais. Os efeitos colaterais dependem do tipo de medicamento e da dose administrada. Incluem náuseas, vômitos, queda de cabelo, diarreia e fadiga, entre outros. Também podem ocorrer infecções ou sangramentos<sup>(15)</sup>.

No tratamento do câncer colorretal os efeitos mais comuns da quimioterapia são<sup>(4)</sup>:

- hematológicos: mielodepressão (leucopenia, trombocitopenia e anemia);
- gastrintestinais: náuseas, anorexia, estomatite, diarreia, vômitos, gastrite, esofagite, íleo paralítico, úlcera gastrintestinal, enterite e glossite;

- cutâneos: alopecia (rara, mais associada a infusão contínua de 5 dias), dermatite, eritema maculopapular, fotossensibilidade, hiperpigmentação cutânea (principalmente nas palmas das mãos, face e trajetos venosos; sendo mais comum em negros e pardos), flebite química, alterações nas unhas, descamação e fissuras nas palmas das mãos e planta dos pés e ressecamento da pele;
- neurológicos: neurotoxicidade (cefaléia, alterações oculares – fotofobia, conjuntivite, lacrimejamento, disfunção oculomotora, visão turva e dacrociste), ataxia, letargia, fadiga, desorientação, confusão, euforia, disfunção cerebelar aguda, tontura, sonolência;
- outros: cardiotoxicidade rara (isquemia do miocárdio, angina, alterações do ECG), febre rara, hepatite (associada a infusão intrarterial), teratogenicidade e carcinogenicidade.

A magnitude e os mecanismos desses efeitos colaterais, bem como dos sintomas comumente vivenciados pelos pacientes com doenças crônicas.

Fadiga, dor, dispnéia, alterações cognitivas, perda de apetite, caquexia, náusea e depressão são comuns e juntas, debilitam o paciente e seus familiares. Fatores estes que podem afetar diretamente na qualidade de vida das pessoas.

### **3.3 Qualidade de vida dos pacientes com câncer colorretal**

A qualidade de vida é um termo empregado para descrever a qualidade das condições de vida levando em consideração fatores como saúde, educação, bem-estar físico, psicológico, emocional e mental, expectativa de vida etc. A qualidade de vida envolve também elementos como: a família, amigos, emprego ou outras circunstâncias da vida. Podendo ser discutida sob vários pontos de vista, de forma individual ou coletiva, objetiva ou subjetiva, existindo ainda uma grande dúvida: quem melhor percebe a qualidade de vida? Cada indivíduo (de acordo com sua condição sócio-econômica, cultural, física e seus objetivos de vida) ou quem o observa<sup>(10)</sup>?

Segundo alguns autores<sup>(22)</sup>, por se tratar de algo complexo, que envolve conceitos multidimensionais, que relacionam aspectos físicos, psicológicos e

espirituais do indivíduo, não há definição consensual de Qualidade de Vida, podendo ser definida de duas maneiras - de forma genérica ou relacionada à saúde.

É um amplo conceito de classificação, afetado de modo complexo pela saúde física do indivíduo, pelo seu estado psicológico, por suas relações sociais, por seu nível de independência e pelas suas relações com as características mais relevantes do seu meio ambiente<sup>(22)</sup>.

Esse conceito engloba dimensões amplas, como o bem-estar físico, mental e social, e a relação desses aspectos com o ambiente em que vive. De acordo com esse conceito, ter qualidade de vida significa não apenas que o indivíduo tenha saúde física e mental, mas que esteja bem consigo mesmo, com a vida e com as pessoas com quem convive, capaz de reagir de forma satisfatória frente aos problemas e ter controle sobre os acontecimentos do cotidiano<sup>(23)</sup>.

A qualidade de vida pode ser avaliada de forma individual ou de forma coletiva. Deve-se considerar a relação da saúde física, mental e social com os seguintes fatores: riscos e condições de saúde, exposição à doença, predisposição genética, estado funcional, suporte social e condição socioeconômica. Já, ao avaliar a qualidade de vida de uma comunidade, deve – se considerar os recursos, as condições, as políticas e as práticas que podem influenciar a percepção de saúde e a capacidade funcional da população<sup>(2)</sup>.

Com base na produção de conhecimento sobre qualidade de vida, é possível concluir que a temática constitui uma variável importante na prática clínica. Observa-se que os estudos nessa área estão aumentando consideravelmente, com o objetivo de mensurar a qualidade de vida em pacientes portadores de diferentes doenças e submetidos a diversos tratamentos, contribuindo para o aprimoramento de sua definição e avaliação<sup>(23)</sup>.

Segundo a OMS, a expressão Qualidade de Vida foi empregada pela primeira vez pelo presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson em 1964 ao declarar que os objetivos não podem ser medidos através do balanço financeiro 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 sua 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<sup>(24)</sup>.

Assim, a avaliação da qualidade de vida foi acrescentada nos ensaios clínicos randomizados como a terceira dimensão a ser avaliada, além da eficácia (modificação da doença pelo efeito da droga) e da segurança (reação adversa a drogas)<sup>(25)</sup>.

O termo Qualidade de Vida vem sendo aplicado com vários significados: condições de saúde, funcionamento social e qualidade de vida, tem sido usado como sinônimos, e a própria definição de qualidade de vida não consta na maioria dos artigos que utilizam ou propõe instrumentos para sua avaliação<sup>(26)</sup>.

A qualidade de vida inclui uma variedade de condições que podem afetar a percepção do indivíduo, seus sentimentos e comportamentos relacionados com o seu funcionamento diário, incluindo, mas não se limitando, à sua condição de saúde e às intervenções<sup>(25)</sup>.

Vale ressaltar que o conceito de qualidade de vida não está limitado em si mesmo, ou seja, significa que pode ser uma medida. Indivíduos podem ter qualidade de vida boa ou ruim (escala qualitativa), ou mesmo, mensurada em escalas quantitativas; existindo, dessa forma, diversas maneiras de mensuração e avaliação<sup>(22)</sup>.

A OMS desenvolveu um questionário para aferir a qualidade de vida. Trata-se do *WHOQOL (World Health Organization Quality of Life)* que possui duas versões validadas para o português, o *WHOQOL - 100* (composto por 100 questões) e o *WHOQOL - Bref*, composto por 26 questões. O *WHOQOL - 100* é composto por seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e aspectos religiosos. O *WHOQOL - Bref* é composto por quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente, criado a partir do *WHOQOL-100*<sup>(2)</sup>.

A busca de um instrumento que avaliasse qualidade de vida dentro de uma perspectiva genuinamente internacional fez com que a OMS organizasse um projeto colaborativo multicêntrico. O resultado deste projeto foi a elaboração do

*WHOQOL-100*, um instrumento de avaliação de qualidade de vida composto por 100 itens. Este instrumento foi traduzido e validado para o português em 1998 sob a coordenação do Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck, projeto desenvolvido para a OMS no Brasil pelo Grupo de Estudos em Qualidade de Vida<sup>(24)</sup>.

Embora não haja um consenso a respeito do conceito de qualidade de vida, três aspectos fundamentais referentes ao construto qualidade de vida foram obtidos através de um grupo de *experts* de diferentes culturas: (1) subjetividade; (2) multidimensionalidade (3) presença de dimensões positivas (por exemplo: mobilidade) e negativas (por exemplo: dor)<sup>(24)</sup>.

O desenvolvimento destes elementos conduziu a definição de qualidade de vida 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<sup>(26)</sup>.

O reconhecimento da multidimensionalidade do construto refletiu-se na estrutura do instrumento baseada em 6 domínios: domínio físico, domínio psicológico, nível de independência, relações sociais, meio-ambiente e espiritualidade / religião / crenças pessoais<sup>(26)</sup>.

Qualidade de vida relacionada com a saúde (*health-related quality of life*) e estado subjetivo de saúde (*subjective health status*) são conceitos afins centrados na avaliação subjetiva do paciente, mas necessariamente ligados ao impacto do estado de saúde sobre a capacidade do indivíduo viver plenamente<sup>(2)</sup>.

A qualidade de vida passa ao âmbito da saúde quando se considera que a doença e as intervenções realizadas pelos profissionais influenciam tanto sobre a quantidade (anos de vida) como a qualidade da vida do indivíduo<sup>(27)</sup>.

No contexto da oncologia, a qualidade de vida é definida como a percepção subjetiva do indivíduo em relação à sua incapacidade e à satisfação com seu nível atual de funcionamento, fazendo com que a pessoa considere que esteja bem ou não, comparativamente ao que percebe como possível ou ideal<sup>(28)</sup>.

Com o aumento da expectativa de vida do povo brasileiro, as neoplasias vêm ganhando maior importância no perfil de mortalidade do país, ocupando o segundo lugar como causa de óbito e configurando-se como um problema de saúde pública<sup>(29)</sup>. Dessa forma, destaca-se o paciente com câncer colorretal em tratamento quimioterápico com o protocolo 5FU, comumente tem sua trajetória de vida alterada em decorrência do tratamento submetido. Náuseas, vômitos,

diarréia, fadiga, entre outros; são efeitos colaterais de um tratamento, muitas vezes longo, que passam a ser rotina, fazer parte do convívio diário desses pacientes<sup>(4)</sup>.

A presença do câncer altera, indubitavelmente, todos os aspectos da vida do indivíduo e pode acarretar profundas alterações no modo de viver habitual, conforme o comprometimento da capacidade e habilidade para execução de atividades de rotina<sup>(8)</sup>. As alterações da integridade físico-emocional por desconforto, dor, desfiguração, dependência e perda da auto-estima são geralmente relatadas por esses pacientes que percebem a qualidade de suas vidas profundamente alterada, num curto período de tempo.

Um plano individualizado de atenção fundamentado no respeito aos valores e crenças do indivíduo que corresponda, de forma mais abrangente, às expectativas e necessidades da pessoa com câncer, contribuindo para a necessária tomada de decisão em direção à melhoria da qualidade de vida, e não apenas ao prolongamento da sobrevida, por vezes se torna a melhor forma de cuidado a este paciente<sup>(30)</sup>.

Na promoção da autonomia do cliente, não cabe à equipe de saúde determinar o que é melhor para ele, o que seria considerado paternalismo, e sim, instrumentalizá-lo, através de um processo educativo, para que ele mesmo possa tomar decisões seguras, com base em seus próprios valores<sup>(31)</sup>.

Ao longo do tempo, o câncer ainda traz consigo o estigma social da doença incurável. Apesar dos avanços tecnológicos, atualmente, possibilitarem a cura de muitos tipos de neoplasias malignas, de acordo com seu grau de instalação, prevalece ainda, a idéia relacionada à dor, à mutilação, à deformidade e à morte.

Várias podem ser as vivências associadas a sentimentos de sofrimento, no cotidiano das pessoas, e entre elas está a doença, em especial se caracterizada como terminal, como as doenças crônicas e as neoplasias malignas, pois podem ser entendidas como intercorrências estressoras, cujo impacto surge a qualquer tempo e vem para permanecer, alterando o processo de ser saudável de indivíduos ou de grupos<sup>(32)</sup>.

Como alternativas de tratamento para o indivíduo acometido por um câncer intestinal, além da quimioterapia e radioterapia, a retirada de parte do cólon ou reto pode resultar em colostomias ou ileostomias. A maioria dos ostomizados foram acometidos pelo câncer intestinal e esta situação fragiliza ainda mais o

sujeito, pelo fato do medo da recidiva ou da morte que o estigma do câncer agrega<sup>(25)</sup>.

A literatura mostra que os indivíduos ostomizados enfrentam várias perdas que podem ser reais ou simbólicas. A perda do controle da eliminação de fezes e gases, pode acarretar o isolamento psicológico e social, baseado em sentimentos negativos que permeiam as relações interpessoais<sup>(33)</sup>.

Essas pessoas sentem – se mutiladas de sua imagem corporal e auto-estima, com sentimentos de repugnância de si mesmas, de desprestígio diante da sociedade e de não serem capazes de enfrentar tal situação<sup>(34)</sup>.

Logo, se qualquer doença pode causar certo grau de estresse, maiores são os riscos para o ser humano, portador de uma doença maligna, que passa a incorporá-la em seu processo de viver, requerendo, frequentemente, mudanças no seu estilo de vida, o que “pode representar para eles agressão, futuro incerto, uma barreira, um desafio, perda da liberdade, do autocontrole, da capacidade física, da beleza, de amizades e de atividades sociais”<sup>(35)</sup>.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Tipo de Estudo**

Trata-se de um estudo transversal com abordagem quantitativa descritiva em que o delineamento da pesquisa apresenta as estratégias que o pesquisador adotou para desenvolver informações precisas e interpretáveis e que as medições são feitas em uma única ocasião, buscando-se avaliar a qualidade de vida do paciente com câncer colorretal em quimioterapia ambulatorial.

Os estudos transversais envolvem coleta de dados em um ponto de tempo, são especialmente apropriados para descrever a situação, o *status* do fenômeno ou as relações entre os fenômenos em um ponto fixo<sup>(36)</sup>.

### **4.2 Campo de estudo**

O estudo foi desenvolvido no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), na Unidade de Quimioterapia Ambulatorial (UQA) com pacientes portadores do diagnóstico de câncer colorretal submetidos ao tratamento com o Protocolo 5FU.

Neste hospital trabalham 4321 funcionários, 282 professores da UFRGS e 338 médicos residentes. Na UQA atuam 4 enfermeiras, as quais prestam assistência direta aos pacientes. É uma unidade que contém 12 poltronas e 8 cabinas para atender 20 pacientes simultaneamente. Tendo um total de aproximadamente mais de 1000 consultas/atendimentos do Sistema Único de Saúde (SUS) ao mês.

São atendidos em média 50 pacientes sob o Protocolo 5FU ao mês em seus vários ciclos, destes, 8 são novas consultas; todos com o diagnóstico de câncer colorretal.

### **4.3 População**

Os sujeitos da pesquisa eram pacientes adultos de ambos os sexos, em acompanhamento ambulatorial portadores de câncer colorretal em tratamento com Protocolo 5FU.

#### Critérios de inclusão

- pacientes adultos, com idade superior a 18 anos;
- submetidos ao tratamento quimioterápico adjuvante com o protocolo 5FU;
- lúcidos, orientados e comunicativos;
- disponibilidade e interesse em participar da pesquisa;
- convênio: SUS;
- pacientes do 1º ciclo até o 6º ciclo (último) do Protocolo 5FU.

#### Critérios de exclusão

- pacientes portadores de patologias crônicas descompensadas que possam interferir na identificação de fatores da qualidade de vida;
- paciente com recidivada do tumor, porque já tem experiência prévia, dessa forma podendo ter respostas diferentes de um grupo que está indo ao ambulatório pela 1ª vez;
- pacientes em fase terminal;
- pacientes que interromperem o tratamento.

### **4.4 Amostra**

A amostra do estudo foi intencional e teve no total 48 participantes que, no período da coleta, estavam fazendo o tratamento com o Protocolo 5FU e atenderam aos critérios da pesquisa.

A amostra foi estabelecida considerando nível de significância de 0,05 (probabilidade de erro) e poder de 0,8 (80%), ou seja, o poder do teste – quanto de certeza dos dados. A estimativa do tamanho da amostra foi de 50 participantes, prevendo 5% de perdas por não atenderem aos critérios de inclusão da pesquisa.

O cálculo da amostra, bem como os testes que foram realizados, foram feitos a partir de consultorias com o serviço de Bioestatística oferecido pelo Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

#### **4.5 Instrumento e coleta dos dados**

A coleta de dados foi realizada no período de seis meses, a partir do dia 1º de julho de 2009 até dezembro do mesmo ano. Ocorreu a partir do 1º ciclo de tratamento, buscando-se avaliar a qualidade de vida dos pacientes com câncer colorretal em quimioterapia ambulatorial nos diferentes ciclos do tratamento, utilizando o *WHOQOL – Bref*.

Foi aplicado um questionário que avalia a qualidade de vida, sendo este, um instrumento já validado e traduzido para o português, o *WHOQOL – Bref* (ANEXO A).

O conceito de QV avaliado foi o da OMS, através do instrumento *WHOQOL – Bref* com versão traduzida e validada para o português desenvolvida por Fleck e colaboradores (2008), apresentada no Anexo A.

Ele consta de 26 questões, divididas em quatro domínios, com duas questões gerais sobre QV e mais 24 questões que correspondem as 24 facetas (subdomínios) que compõem o instrumento original. A QV geral é mensurada a partir da resposta que é dada a 1ª e a 2ª questão do questionário e versam sobre como o indivíduo avalia sua QV e sobre o quão satisfeito está com sua saúde.

As questões do *WHOQOL* foram formuladas para uma escala de respostas do tipo *Likert*, com uma escala de intensidade (nada - extremamente), capacidade (nada - completamente), frequência (nunca - sempre) e avaliação (muito insatisfeito - muito satisfeito; muito ruim - muito bom).

É importante ressaltar que cada um dos domínios avaliados forma um índice e que não há um ponto de corte. Desse modo, não há a síntese ou agregação dos valores em um único índice de QV, já que se parte do pressuposto de que a QV é multidimensional, respeitando as variações presentes em cada componente. Quanto maior o escore em cada domínio (de 0 a 100), melhor é a percepção da QV.

Também foram coletados dados que caracterizassem a amostra, tais como: idade, sexo, estadiamento do tumor, tempo de tratamento, ciclo do tratamento do Protocolo 5FU e a presença ou não de colostomia e se é transitória ou permanente (APENDICE A).

O *WHOQOL-Bref* é um instrumento de 26 questões sobre qualidade de vida, dividido em quatro domínios (APENDICE B): físico, psicológico, relações sociais e meio-ambiente, com duas questões gerais sobre QV. As duas questões gerais sobre QV versam sobre como o indivíduo avalia sua sua QV e sobre quão satisfeito está com sua saúde.

Trata – se de uma propriedade da Organização Mundial de Saúde (OMS) a qual desenvolveu este questionário para aferir a qualidade de vida, sendo este um instrumento que a avalia dentro de uma perspectiva genuinamente internacional.

O instrumento foi aplicado pela pesquisadora no terceiro dia de cada ciclo, isto é, toda quarta-feira, para que, aqueles que estavam, principalmente no início do tratamento, não fossem abordados já no primeiro dia. Os participantes foram abordados quando chegaram para fazer a aplicação do Protocolo 5FU, isto é, eles vieram na rotina deles, não sendo abordados em outro momento.

Cada participante foi abordado apenas uma vez, respondendo ao questionário e informando o ciclo de tratamento em que estava no período da coleta. Estes foram abordados durante a sua rotina, vinham para receber a quimioterapia e enquanto aguardavam sua chamada na sala de espera era aplicado o instrumento pela pesquisadora.

Buscou-se pacientes que estavam nos diferentes ciclos de tratamento do Protocolo 5FU para responder ao instrumento.

## 4.6 Análise dos dados

Os dados foram organizados em forma de planilha do Programa Excel for Windows e após foram analisados pelo software *Statistical Packagem for the Social Sciences* 18.0 (SPSS), e foi realizada junto ao serviço de Bioestatística oferecido pelo GPPG do HCPA.

Para dados referentes a caracterização dos pacientes com câncer colorretal, foi utilizada a estatística descritiva das variáveis em estudo (frequência absoluta e relativa, média e desvio padrão).

Os quatro domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio-ambiente) e QV geral do *WHOQOL-Bref* foram as variáveis dependentes. As variáveis independentes e de interesse (ou fatores de estudo) para a correlação foram: idade, sexo, estadiamento do tumor, tempo de tratamento, ciclo do tratamento do Protocolo 5FU e a presença ou não de colostomia e se é transitória ou permanente.

O teste *t de Student* foi utilizado para comparar duas médias entre as variáveis de interesse, como por exemplo: pacientes com ou sem colostomia, homens e mulheres. Nas comparações em que estavam envolvidos três ou mais grupos utilizou-se a análise de variância (ANOVA), bem como para comparar a QV nos diferentes ciclos do tratamento, domínios do *WHOQOL - Bref*, a fim de verificar se as médias diferem para cada domínio, seguida do teste de comparações múltiplas de *Tukey*.

Teste de comparações múltiplas de *Tukey* é uma análise que permite estabelecer se as médias das populações em estudo são, ou não, estatisticamente iguais. Além de permitir estabelecer a diferença mínima significativa, ou seja, a menor diferença entre as médias de amostras que deve ser tomada como estatisticamente significativa, em determinado nível <sup>(37)</sup>.

## 4.7 Aspectos Éticos

As pesquisas que envolvem seres humanos devem atender a aspectos éticos específicos, tais como estão especificados na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) <sup>(38)</sup>.

Desse modo, ao preparar um projeto de pesquisa envolvendo sujeitos humanos, o pesquisador deve pautar-se igualmente nas diretrizes e normas dessa Resolução que tem em vista defender os interesses dos sujeitos da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro dos padrões éticos <sup>(38)</sup>.

De acordo com os termos da Resolução 196/96, a eticidade da pesquisa implica os seguintes quesitos:

- 1) Autonomia: consentimento livre e esclarecido dos indivíduos-alvo;
- 2) Beneficência: ponderação entre riscos e benefícios, tanto atuais como potenciais, individuais ou coletivos, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos;
- 3) Não – maleficência: garantir que danos previsíveis serão evitados;
- 4) Justiça e equidade: fundar-se na relevância social da pesquisa.

Em atenção à Resolução 196/96 de 10 de outubro de 1996 (Diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos), foi solicitado o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) do paciente, informando o objetivo e metodologia do trabalho, assegurando o anonimato de suas repostas, assim como o seu direito de não participarem do estudo (APENDICE C). O TCLE foi assinado em duas vias, umas das quais permaneceu com a pesquisadora e a outra com o sujeito da pesquisa ou acompanhante.

O projeto foi submetido a Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS (COMPESQ) e ao Comitê de Ética em Pesquisa e Pós – graduação do HCPA aprovado sob o número 09 – 224 em 08 de julho de 2009 (ANEXO B).

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra constituiu-se de 48 pacientes submetidos ao tratamento quimioterápico adjuvante com o protocolo 5FU na unidade de Quimioterapia Ambulatorial, todos os pacientes encontravam com estadiamento Dukes B e possuíam no mínimo um mês de tratamento e no máximo 11 meses.

Avaliou – se neste estudo a qualidade de vida dos pacientes com câncer colorretal em quimioterapia ambulatorial e para isso, como forma de apresentação e posterior discussão dos dados, optou – se por iniciar pela análise descritiva seguida pelas correlações.

Os resultados foram obtidos através de quatro análises distintas: 1) estatística descritiva, mediante as médias das variáveis independentes (ou fatores do estudo), de modo a verificar as características dos pacientes com câncer colorretal em quimioterapia ambulatorial; 2) o teste *t de Student*, para comparar as variáveis de interesse; 3) análise de variância (ANOVA), para comparar as variáveis em que estavam envolvidos três ou mais grupos (variáveis de independentes e dependentes), ou seja, para comparar os domínios do instrumento com os fatores do estudo; e, 4) o teste de comparações múltiplas de *Tukey* que permitiu estabelecer a diferença mínima significante, entre as médias das variáveis dependentes.

A tabela 1 apresenta as características da amostra estudada.

**Tabela 1 – Caracterização dos pacientes com câncer colorretal em tratamento quimioterápico com o protocolo 5FU. Porto Alegre, 2009.**

<b>Características dos pacientes</b>	<b>n = 48</b>	<b>%</b>
<b>Idade</b>		
30-39	5	10,4
40-49	14	29,2
>=50	29	60,4
<b>Sexo</b>		
Feminino (F)	24	50,0
Masculino (M)	24	50,0
<b>Ciclo do tratamento do protocolo 5FU</b>		
1	4	8,3
2	11	22,9
3	9	18,8
4	8	16,7
5	8	16,7
6	8	16,7
<b>Presença de colostomia</b>		
N	40	83,3
S – T	8	16,7
S – P	0	0,0

Fonte: CHAVES, PL. Coleta direta de dados, 2009. Observação: N = não, S = sim, T = temporária, P = permanente.

Na amostra estudada, conforme a Tabela 1, não houve diferença quanto ao número de pacientes relacionado ao sexo. Não foi intencional, foi meramente ao acaso o número de pacientes para cada sexo, correspondendo 50% de cada um.

Quanto a idade 60,4% tem 50 anos ou mais, seguido de pacientes com idade entre 40 e 49 anos (29,2%) e uma pequena quantidade, mas não menos importante de pacientes com idade entre 30 e 39 anos (10, 4%), o que vai ao encontro dos dados da literatura.

De acordo com dados do INCA, esses tumores são mais comuns em pessoas com mais de 50 anos, as quais devem se submeter anualmente a exames, já que entre os fatores que aumentam o risco de desenvolvimento da doença está a idade acima de 50 anos<sup>(1)</sup>.

No que diz respeito a presença ou não de colostomia, a maioria dos pacientes em tratamento quimioterápico ambulatorial não apresentava colostomia (83,3%), os demais apresentavam colostomia transitória (16,7%) e nenhum apresentava colostomia permanente.

A colostomia é a criação cirúrgica de uma abertura (ostoma) para dentro do cólon para eliminação de fezes. Pode ser utilizada quando o paciente apresenta qualquer problema que o impede de evacuar normalmente pelo ânus; podendo ser temporários ou permanentes<sup>(39)</sup>. No caso dos ostomas intestinais, geralmente, são realizados para evitar que as fezes passem pelo local operado antes da cicatrização completa; e são ditadas pela localização do tumor e extensão da invasão para dentro dos tecidos vizinhos.

Na cirurgia para tratamento do câncer de reto, os ostomas temporários são fechados depois da cicatrização cirúrgica, o que ocorre geralmente após um mês. Após o fechamento do ostoma, o paciente volta a evacuar pelo ânus.

Em relação ao ciclo de tratamento do Protocolo 5FU em que estavam a amostra foi bastante linear, demonstrando pouca diferença entre o de pacientes em cada ciclo: 1º ciclo (8,3%), 2º ciclo (22,9%), 3º ciclo (18,8%) e 4º, 5º e 6º ciclos (16,7%) cada um. Este dado sugere que a maioria dos pacientes que estão em acompanhamento ambulatorial para tratamento com o Protocolo 5FU conseguem dar uma continuidade ao mesmo até o fim do tratamento. Sugerindo um fluxo contínuo dos pacientes submetidos ao protocolo 5FU e demonstra também que 33,4% dos pacientes chegam aos ciclos finais do tratamento.

No que diz respeito ao estadiamento do tumor, não foi evidenciado na tabela, mas foi já comentado previamente, todos, ou seja 100% dos participantes desse estudo estavam com Dukes B.

O objetivo de um estadiamento no paciente com câncer é o de identificar não somente a extensão loco regional da lesão primária, mas também a sua extensão a distância. A mensuração do antígeno carcinoembrionário (CEA) tem grande importância para o prognóstico da doença, pois, como no caso desse estudo, pacientes com Dukes B geralmente evoluem para a cura.

A quimioterapia adjuvante em pacientes com Dukes B de câncer de cólon é eficaz, embora o efeito sobre a sobrevivência é pequena, no entanto, a quimioterapia adjuvante reduziu o risco relativo de recidiva do tumor<sup>(33)</sup>.

A tabela 2 apresenta a média e o desvio padrão do tempo de tratamento dos pacientes com Protocolo 5FU.

**Tabela 2 – Distribuição do tempo de tratamento dos pacientes em quimioterapia com Protocolo 5FU. Porto Alegre, 2009.**

<b>Tempo de tratamento</b>	<b>Mês</b>
Média	5,56
Desvio padrão	2,414
Mínimo	1
Máximo	11

Fonte: CHAVES, PL. Coleta direta de dados, 2009

No que se refere ao tempo de tratamento dos pacientes com Protocolo 5FU a média foi de 5,56 meses de tratamento. Sendo o mínimo de tempo encontrado de 1 mês o que configura que o paciente está no início do tratamento, e o máximo de 11 meses, demonstrando que nem sempre é possível concluir o tratamento no tempo previsto.

Pacientes com Dukes B apresentam indicação de tratamento adjuvante com quimioterapia à base de 5FU, cujo esquema recomendado é o 5FU + ácido folínico durante 6 meses; sendo administrado durante 5 dias consecutivos, com intervalos de 21 dias, totalizando 6 ciclos do tratamento<sup>(14)</sup>.

Entretanto, é comum durante o tratamento quimioterápico, o paciente vir a apresentar efeitos colaterais da droga recebida; com a qual a toxicidade gastrointestinal é a mais presente.

A quimioterapia é um tratamento sistêmico que tem um grande impacto sobre a divisão das células tumorais, provoca toxicidade pelo efeito deletério sobre a divisão das células normais do corpo tais como da medula óssea ou do trato gastrointestinal<sup>(4)</sup>.

Entre eles, os mais comuns associados à quimioterapia sistêmica, são as náuseas e vômitos, a mucosite e a diarreia, que podem afetar a condição nutricional, o equilíbrio hidroeletrolítico e a qualidade de vida do paciente.

Além disso, podem aparecer toxicidades hematológicas, como a anemia, leucopenia e neutropenia, fatores que podem vir a interromper por um período o tratamento com o Protocolo 5FU, fazendo com que este dure um pouco mais do que tempo previsto, que é de 6 meses.

A tabela 3 mostra os valores obtidos nos quatro domínios e Qualidade de Vida (QV) geral do *WHOQOL – Bref*.

**Tabela 3 – Medidas de tendência central nos quatro domínios e Qualidade de Vida (QV) geral do *WHOQOL – Bref*. Porto Alegre, 2009.**

<b>Domínios e QV geral</b>	<b>1 – Físico</b>	<b>2 – Psicológico</b>	<b>3 – Relações Sociais</b>	<b>4 – Meio Ambiente</b>	<b>Q 1</b>	<b>Q 2</b>
<b>Média</b>	13,25	12,44	13,72	13,32	14,58	11,45
<b>Mediana</b>	13,14	12,00	14,00	13,25	12,50	12,50
<b>Desvio padrão</b>	1,91	2,29	2,91	1,55	5,36	7,10

Fonte: CHAVES, PL. Coleta direta de dados, 2009. Observação: Questão 1 (Q1) e Questão 2 (Q2) do *WHOQOL – Bref* correspondem a QV geral, ou seja, como avaliam sua QV e quão satisfeitos estão com sua saúde.

A seguir são apresentados os quatro domínios, os respectivos subdomínios e o número da questão a que correspondem:

**Domínio 1 – Físico:** dor e desconforto (questão 3); energia e fadiga (questão 10); sono e repouso (questão 16); mobilidade (questão 15); atividades da vida cotidiana (questão 17); dependência de medicações ou tratamentos (questão 4); capacidade de trabalho (questão 18).

**Domínio 2 – Psicológico:** sentimentos positivos (questão 5); pensar, aprender, memória e concentração (questão 7); auto-estima (questão 19); imagem corporal a aparência (questão 11); sentimentos negativos (questão 26); espiritualidade / religião / crenças pessoais (questão 6).

**Domínio 3 – Relações sociais:** relações pessoais (questão 20); suporte social (questão 22); atividade sexual (questão 21).

**Domínio 4 – Meio ambiente:** segurança física e proteção (questão 8); ambiente no lar (questão 23); recursos financeiros (questão 12); cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade (questão 24); oportunidades de adquirir novas informações e habilidades (questão 13); participação e oportunidades de recreação / lazer (questão 14); ambiente físico: poluição, ruído, clima, trânsito (questão 9); transporte (questão 25).

Em relação a QV geral, Q1 e Q2 representam como o paciente avalia sua qualidade de vida e quão satisfeito está com sua saúde, respectivamente. Foi observado que os participantes avaliam sua qualidade de vida de forma positiva bem como, demonstraram também, estar satisfeitos quanto a sua saúde; percebido nos escores Q1 (14,58) e Q2 (11,45).

Observou-se que no *WHOQOL – Bref*, o domínio com escore mais alto foi o de Relações Sociais (domínio 3), com média de 13,72 e o desvio padrão de 2,91. Por outro lado o domínio com escore mais baixo foi o Psicológico (domínio 2) com média de 12,44 e desvio padrão de 2,29.

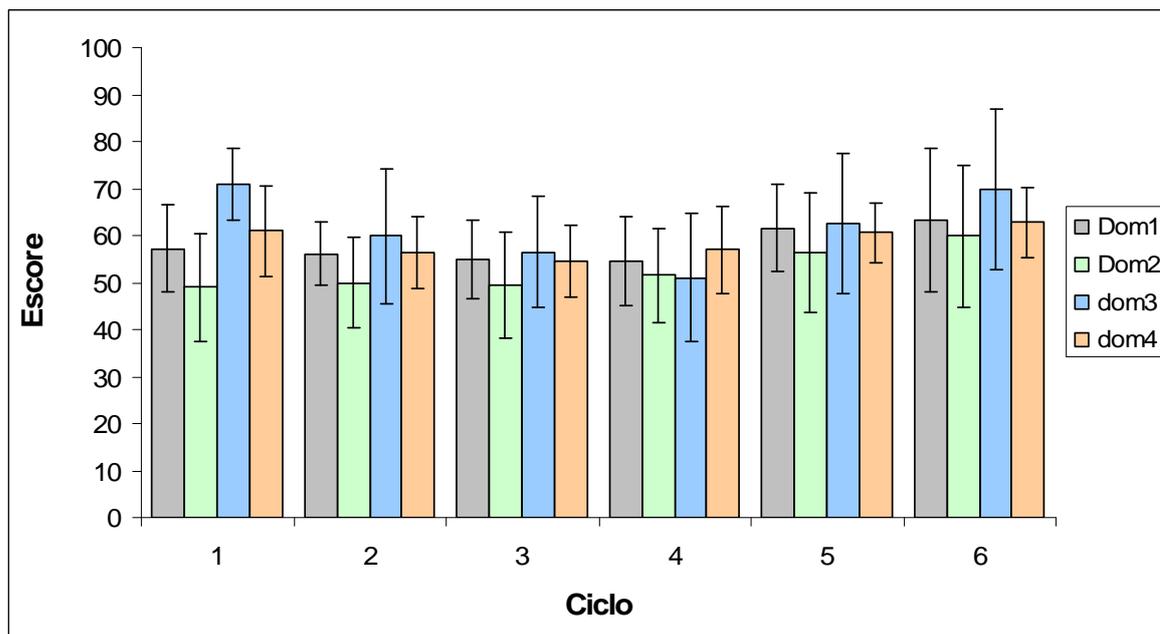
Foi utilizada a ANOVA para comparação entre os domínios do *WHOQOL – Bref*, bem como a sua QV geral, a fim de estabelecer uma correlação entre os participantes durante os ciclos do tratamento quimioterápico.

A tabela mostra que não houve diferença significativa nas respostas dos participantes entre os domínios, e tampouco quanto a suas percepções de qualidade de vida.

Para uma melhor ilustração da tabela acima foi utilizado este gráfico onde pode ser percebido o comportamento dos pacientes em cada domínio durante os ciclos do tratamento com o Protocolo 5FU, bem como a sua linearidade durante os seis ciclos dentre os participantes envolvidos na amostra.

O gráfico I apresenta a distribuição dos domínios do *WHOQOL – Bref* nos seis ciclos de tratamento do Protocolo 5FU.

**Gráfico I – Os domínios do WHOQOL – Bref em cada ciclo do tratamento com o Protocolo 5FU. Porto Alegre, 2009.**



Fonte: CHAVES, PL. Coleta direta de dados, 2009. Observação: Domínio 1 (Dom1) – Físico, Domínio 2 (Dom2) – Psicológico, Domínio 3 (Dom3) – Relações sociais e Domínio 4 (Dom4) – Meio ambiente. \*Escore: refere-se a média e desvio padrão.

O gráfico demonstra uma linearidade durante os seis ciclos de tratamento do Protocolo 5FU e os respectivos domínios do *WHOQOL – Bref*, o que sugere uma qualidade de vida boa, levando – se em consideração que todos eles se mantiveram num padrão de no mínimo 50%.

Pode-se inferir que o grau de satisfação de sua saúde é relativamente menor em relação a sua avaliação de qualidade de vida. Podendo ser atribuído a situação a qual estão vivenciando no momento.

Descobrir – se com câncer e/ou viver o tratamento de uma doença considerada, ainda por muitos, como incurável, pode acarretar em uma série de angústias, dúvidas, expectativas, crenças e fé abaladas. Evidenciado no gráfico acima, onde o domínio Psicológico foi o que apresentou porcentagens menores em relação aos outros domínios, o que justificaria nossa hipótese.

Um fator presente nesse domínio é a questão da espiritualidade (questão número 6) pontuada nesse estudo de forma negativa pela maioria dos sujeitos envolvidos. Para Fleck (1998) pode depender de três componentes: necessidade de encontrar significado, razão e preenchimento na vida; necessidade de

esperança/ vontade para viver; necessidade de ter fé em si mesmo, nos outros ou em Deus. A necessidade de significado é considerada uma condição essencial à vida e, quando um indivíduo se sente incapaz de encontrar um significado, sofre em função de sentimentos de vazio e desespero.

A religiosidade e a espiritualidade, incluídas nesse domínio, sempre foram consideradas importantes aliadas das pessoas que sofrem e/ou estão doentes. Para muitas pessoas, a religião e as crenças pessoais e espirituais são uma fonte de conforto, bem-estar, segurança, significado, ideal e força. Esta faceta examina as crenças da pessoa e como estas afetam a qualidade de vida.

Isto pode estar ajudando a pessoa a enfrentar as dificuldades da sua vida, dando estrutura para experimentar, atribuir um significado a questões pessoais e espirituais e, mais genericamente, fornecer à pessoa um senso de bem-estar. Dirige - se a pessoas com diferentes crenças religiosas (budistas, cristãos, hindus, muçulmanos etc.), bem como a pessoas com crenças espirituais e pessoais que não se encaixam em uma orientação religiosa em particular. É na religião que muitos pacientes se apegam para retirar forças de enfrentamento da doença durante o tratamento<sup>(26)</sup>.

Em contrapartida, o domínio das Relações sociais se mostrou com as médias mais elevadas, já constatado na tabela 3 e visualizado agora no gráfico. O que pode ser atribuído as questões de apoio da família e amigos no seu momento atual.

Quanto ao domínio do Meio Ambiente, embora tenha se mantido linear durante os seis ciclos do tratamento com o Protocolo 5FU, vale ser destacado que muitos pacientes dependiam de ônibus coletivo para o seu transporte e que suas condições de segurança física, proteção e oportunidades de adquirir novas informações e habilidades estavam bastante relacionadas a sua questão financeira que era relativamente baixa, informada pela maioria dos pacientes (questões 8, 12, 13 e 25 pontuadas como mais ou menos, médio ou nem boa, nem ruim pela maioria dos sujeitos envolvidos nessa pesquisa).

A tabela 4 apresenta média da relação entre o sexo em cada domínio do *WHOQOL – Bref*.

**Tabela 4 – Relação entre o sexo e os domínios do *WHOQOL – Bref*.  
Porto Alegre, 2009.**

	<b>Sexo</b>	<b>n = 48</b>	<b>Média</b>
<b>Domínio 1 Físico</b>	F	24	59,5238
	M	24	56,1012
<b>Domínio 2 Psicológico</b>	F	24	52,2569
	M	24	53,2986
<b>Domínio 3 Relações Sociais</b>	F	24	62,5000
	M	24	59,0278
<b>Domínio 4 Meio Ambiente</b>	F	24	57,9427
	M	24	58,5938

Fonte: CHAVES, PL. Coleta direta de dados, 2009. Observação:

F = feminino, M = masculino

Neste estudo, homens e mulheres tiveram uma percepção semelhante de qualidade de vida, ou seja, não houve diferença significativa quanto a sua avaliação de QV.

A média entre os sexos, relacionada a cada domínio do *WHOQOL – Bref*, não apresentou diferença estatística significativa entre as respostas no instrumento. O que também pode ser justificado em função da amostra total ter tido igual número de pacientes de cada sexo e/ou, independente do sexo perceberem sua qualidade de vida da mesma forma.

A tabela 5 apresenta a média segundo e a presença de colostomia em cada domínio do *WHOQOL – Bref*.

**Tabela 5 – Distribuição das medidas nos domínios do *WHOQOL – Bref* segundo a presença ou não de colostomia. Porto Alegre, 2009.**

<b>Domínios do <i>WHOQOL – Bref</i></b>	<b>Presença de colostomia</b>	<b>n = 48</b>	<b>Média</b>
<b>Domínio 1 Físico</b>	N	40	59,9107
	S - T	8	47,3214
<b>Domínio 2 Psicológico</b>	N	40	56,5625
	S - T	8	33,8542
<b>Domínio 3 Relações Sociais</b>	N	40	62,7083
	S - T	8	51,0417
<b>Domínio 4 Meio Ambiente</b>	N	40	59,2969
	S - T	8	53,1250

Fonte: CHAVES, PL. Coleta direta de dados, 2009. Observação: N = não, S = sim, T = temporária

A média no domínio 2 (psicológico) mostrou diferença significativa em relação as demais no que diz respeito a presença ou não de colostomia.

Aqueles que tinham colostomia, mesmo que transitória tiveram respostas diferenciadas, ou seja, respostas mais negativas que aqueles que não a tinham. Foi onde os sentimentos quanto a sua auto-estima associada a imagem corporal e aparência, sentimentos positivos e/ou negativos estiveram mais afetados.

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 alterada em curto espaço de tempo<sup>(8)</sup>.

A auto-estima é um outro fator bastante importante, no câncer colorretal. Além do estigma do câncer e de sua localização corporal, o indivíduo tem suas preocupações agravadas pelas possibilidades terapêuticas, dentre as quais o desvio do trânsito intestinal mediante a realização de um estoma. A pessoa ostomizada, além de sobreviver ao câncer, passa a assumir outras incumbências em presença de tal derivação<sup>(6)</sup>.

Em contrapartida, no domínio 3 (relações sociais), aqueles que não têm presença de colostomia se mostraram mais positivos em suas respostas do que o que tinham a colostomia. O que demonstra, claramente, a influência de sua

condição física e psicológica nas suas relações pessoais, bem como na sua percepção de qualidade de vida.

A tabela 6 apresenta a média da idade, do tempo de tratamento dos pacientes segundo a presença ou não de colostomia.

**Tabela 6 – Medida da idade, do tempo de tratamento segundo a presença ou não de colostomia. Porto Alegre, 2009.**

	<b>Presença de colostomia</b>	<b>n = 48</b>	<b>Média</b>
<b>Idade</b>	N	40	52,65
	S - T	8	50,75
<b>Tempo de tratamento</b>	N	40	5,72
	S - T	8	4,75

Fonte: CHAVES, PL. Coleta direta de dados, 2009

Foi traçada uma correlação entre a idade, o tempo de tratamento e a presença de colostomia a fim de estabelecer a relação existente entre os fatores, com o propósito de evidenciar o quanto esses fatores poderiam interferir na avaliação da qualidade de vida. No entanto, não houve diferença significativa entre as médias destas variáveis.

Constatou-se que não houve influência da presença ou não de colostomia relacionada a idade, ou ao tempo de tratamento. Os pacientes tinham em média 4 a 5 meses de tratamento, o que é aceitável, já que o tempo de tratamento previsto, sem intercorrências é de 6 meses, e os pacientes estavam na faixa etária de 50 anos ou mais, o que é uma característica bastante comum quando tratamos de câncer colorretal.

A tabela 7 apresenta a média em cada ciclo em relação as duas questões gerais sobre QV, ou seja, aquelas que versam sobre como o indivíduo avalia sua QV e sobre o quão satisfeito está com sua saúde.

**Tabela 7 – Média da QV geral em cada ciclo do tratamento com Protocolo 5FU. Porto Alegre, 2009.**

Ciclo	n = 48	Média	
		Q 1	Q 2
1	4	9,5000	
2	11	10,7273	10,7273
4	8	11,7500	11,7500
3	9	11,7778	11,7778
5	8	14,2500	14,2500
6	8		15,2500
p*		,111	,145

Fonte: CHAVES, PL. Coleta direta de dados, 2009 \*(p > = 0.05)

Nesta tabela foi utilizado o teste de comparações múltiplas de *Tukey* para que fosse observado a diferença mínima significativa, ou seja, a menor diferença entre as médias da amostra.

A tabela 7 mostra que, de uma maneira geral, os pacientes consideram que tem boa qualidade de vida. No entanto, houve diferença significativa (valor de p) entre o 1º e o 6º ciclo de tratamento com o Protocolo 5FU, demonstrando divergência na percepção daqueles que estão iniciando o tratamento com aqueles que estão na sua última etapa.

Evidencia-se também que houve uma crescente no que diz respeito a sua satisfação e avaliação de sua QV, percebe-se que à medida que vão evoluindo nos ciclos de tratamento com o protocolo 5FU, ou seja, na medida em que se aproxima o término do tratamento, vão relatando de forma mais positiva sua QV.

Nesse contexto a enfermagem tem um importante papel, quando o paciente descobre uma doença como câncer, cujo tratamento por vezes é longo, doloroso e incerto, cabe ao enfermeiro o cuidado com sua saúde, sua integridade física e emocional. É o enfermeiro quem educa, dá um suporte psicológico (muitas vezes fazendo papel de psicólogo, ouvinte e amigo), orienta quanto a doença, possíveis complicações, tratamento e efeitos colaterais, é ele quem dá todo um suporte para aceitação e enfrentamento da doença, ou seja é um dos principais responsáveis pela promoção da saúde.

O enfermeiro é o profissional que mais fica com os pacientes, seja no âmbito hospitalar (24hs) quanto no ambulatorial, como é o caso dessa pesquisa. No ambulatório de quimioterapia é o enfermeiro quem recebe esse paciente, quem faz o acolhimento e orienta quando as drogas a serem recebidas, bem como as suas aplicações. É ele o profissional de referência que o paciente tem durante todo seu tratamento.

Viver com uma doença como o câncer colorretal é um desafio. Além de enfrentar a própria doença, o paciente enfrenta uma série de preocupações, sentimentos e expectativas que podem tornar a sua vida ainda mais difícil. O paciente com câncer colorretal, assim como qualquer outro paciente com câncer, pode precisar de ajuda tanto nos aspectos emocionais quanto práticos de sua doença.

Isto é visualizado na tabela 7, na qual aqueles pacientes que recém se descobriram com câncer e/ou iniciaram o tratamento com câncer se mostraram mais negativos quanto a sua qualidade de vida, do que aqueles que já estão no final do tratamento.

Vale ressaltar que a sobrevida para esse tipo de neoplasia é considerada boa, se a doença for diagnosticada em estágio inicial (Dukes A ou Dukes B) <sup>(1)</sup>; como foi o caso dos pacientes investigados nesta pesquisa.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A qualidade de vida é uma importante medida de resultados, pois permite uma maior atenção a percepção dos indivíduos sobre seu modo de conduzir sua vida. Por essa razão que as avaliações foram feitas a partir do 1º ciclo de tratamento com o protocolo 5FU e que foram excluídos aqueles que já tinham experiência prévia com o tratamento, para que não houvesse nenhum viés de resposta nesse sentido.

A amostra contou com 48 pacientes que se submeteram ao tratamento quimioterápico adjuvante com o protocolo 5FU na unidade de Quimioterapia Ambulatorial num período de 6 meses.

Quanto a idade prevaleceu 50 anos ou mais, o sexo foi 50% mulheres e 50% homens. O estadiamento da doença, também foi ao acaso, 100% dos pacientes estudados estavam com estadiamento Dukes B e possuíam no mínimo um mês de tratamento e no máximo 11 meses.

O tempo máximo do tratamento foi justificado em função dos efeitos colaterais que o quimioterápico pode trazer consigo, muita vezes fazendo com que este seja interrompido por um período de tempo.

No que diz respeito aos fatores que interferem na qualidade de vida do paciente com câncer colorretal em quimioterapia ambulatorial, os domínios do *WHOQOL – Bref* afetados mais significativamente foram os domínio 2 e 3 (Psicológico e Relações sociais) respectivamente.

A correlação dos escores do *WHOQOL – bref*, no que diz respeito a sua QV geral, mais significativa foi em relação aos ciclos de tratamento com o Protocolo 5FU, tendo havido diferença nas respostas apresentadas por aqueles que estavam no 1º ciclo de tratamento e daqueles que já se encontravam no último ciclo (6º). Evidenciou-se que, à medida que se aproxima o término do tratamento, os pacientes vão relatando de forma mais positiva sua QV.

O conjunto dos resultados apresentados permitiu visualizar que os pacientes com câncer colorretal em quimioterapia ambulatorial avaliam de forma positiva sua qualidade de vida.

Analisar a QV dos pacientes com câncer colorretal é um importante caminho para se conhecer melhor aqueles a quem se presta cuidado, permitindo

assim, que sejam criadas ou mesmo, proporcionadas medidas mais adequadas no cuidado a esse tipo de paciente.

Avaliar qualidade de vida é complexo pelas suas características de subjetividade e multidimensionalidade, além de não existir um padrão ouro. Por essa razão, faz-se necessário o uso de instrumentos válidos e confiáveis<sup>(40)</sup>.

Esta pesquisa permitiu avaliar a qualidade de vida de pacientes com câncer colorretal quimioterapia ambulatorial, além disso, vimos que a qualidade de vida é resultado da combinação de fatores subjetivos (como o grau de satisfação geral de um indivíduo com a própria vida) e de fatores objetivos, como o bem-estar material, boas relações familiares, disposição para tratamento do câncer, entre outros fatores, enfim, vários itens que somados proporcionam tranquilidade, confiança, segurança, bem-estar. A qualidade de vida é a satisfação das suas necessidades humanas integrais, em seus aspectos físicos, psicológicos, sociais e espirituais.

Os estudos de qualidade de vida na área da oncologia têm aumentado nas últimas décadas e hoje, tornou-se imprescindível, uma vez que não se pode pensar em aumentar a sobrevida do paciente, sem que o mesmo tenha um mínimo de qualidade de vida.

O enfoque a ser dado não deve ser baseado no medo, e nem somente nas possíveis alterações físicas e emocionais, bem como no impacto dos efeitos colaterais adversos do tratamento quimioterápico, mas na expectativa de obter resultados positivos (promoção da saúde e da qualidade de vida). Há alguns anos, a preocupação da equipe de saúde em relação ao câncer era a sobrevivência dos pacientes. Hoje, o foco do tratamento mudou, isto é, a preocupação inclui a qualidade de vida que o paciente com câncer vai ter durante e após o tratamento oncológico.

O sucesso dessa busca depende, antes de tudo, da vontade e do comprometimento com a ação por parte de cada um. A qualidade de vida está presente quando cada um se volta para a busca de novos caminhos para uma vida mais saudável em todos os aspectos e assume, com responsabilidade, que o momento atual é o mais importante porque irá delinear nossas condições futuras de vida.

Uma sugestão refere – se a possibilidade de um estudo comparativo entre a avaliação da qualidade de vida feita pelo paciente e outra, de como é a percepção dos enfermeiros da qualidade de vida desse paciente. É importante considerar a percepção dos pacientes com câncer em quimioterapia ambulatorial frente à sua qualidade de vida, para então, elaborar a assistência de enfermagem em situações que requerem o controle dos efeitos adversos e das conseqüências do tratamento.

Outra questão relevante refere-se a um estudo qualitativo, ou qualitativo e quantitativo sobre essa temática, para que sejam levadas em consideração as queixas desses pacientes, angústias, expectativas, crenças, ou seja, fatores subjetivos que não puderam ser quantificados nessa pesquisa, dessa forma podendo reforçar os achados desse estudo, estimulando ações de promoção a saúde e qualidade de vida dos pacientes com câncer.

A condução de mais estudos nesta área e/ou com esta temática, a fim de buscar alternativas que subsidiem novas práticas de cuidado a esse paciente, oportunizando-os uma melhor qualidade de vida, bem como o de fornecer dados que ampliem o conhecimento dos profissionais atuantes nessa área.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. Estimativas 2010: Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2010.
2. Fleck MPA. A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais de saúde. Porto Alegre: Artmed, 2008.
3. Oliveira Filho JA, Garcia AHR Câncer colorretal: tratamento quimioterápico adjuvante e na doença metastática. In: Guimarães J.R.Q. Manual de Oncologia. 2.ed. São Paulo: BBS Editora; 2006.
4. Bonassa EM, Santana TR. Enfermagem em terapêutica oncológica. 3.ed. São Paulo: Atheneu, 2006.
5. Katscnig M. Instrumentos de avaliação de qualidade de vida. Organização Mundial de Saúde/World health Organization Quality of Life Assessment, 1998. [Internet] Disponível em: [www.hcpa.ufrgs.br/psiq](http://www.hcpa.ufrgs.br/psiq)
6. Nicolussi AC, Sawada NO. Qualidade de vida de pacientes com câncer colorretal em terapia adjuvante. Acta Paul Enfer, 2009; 22(2): 312 – 17.
7. Almeida EPM, Gutierrez MGR, Adami NP. Monitoramento e avaliação dos efeitos colaterais da quimioterapia em pacientes com câncer de cólon. Ver Latino-am Enfermagem, 2004 set-out; 12(5): 760-6.
8. Michelone APG, Santos VLCG. Qualidade de vida de adultos com câncer colorretal com e sem ostomia. Revista Latino-am Enfermagem, 2004 nov-dez; 12(6): 875-83.
9. Franzi SA, Silva PG. Avaliação da qualidade de vida em pacientes submetidos a quimioterapia ambulatorial no Hospital Heliópolis. Rev Brasileira Cancerologia. 2003 mar; 43(3): 423-23.
10. Higa K. Qualidade de vida de pacientes portadores de insuficiência renal crônica em tratamento de hemodiálise. Acta Paul Enfer, 2008; 21(n.spe) 306-14.
11. Kusumoto L, Marques S, Haas VJ, Rodrigues RAP. Adultos e idosos em hemodiálise: avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde. Acta Paul Enfer, 2008; 21(n.spe) 306-14.
12. Visovsky C, Workman ML. In: NEDVIDJON, B.M; SOWERS, K. A Nurse's Guide to Cancer Care. Philadelphia: Lippincott, 2000.
13. Pinho MSL. Incidência do câncer colorretal na região de saúde de Joinville (SC). Rev Brasileira Coloproctologia, 2003 nov; 23(2): 273 – 16.

14. Forones NM. Guia de medicina ambulatorial e hospitalar de oncologia. Barueri, SP: Manole, 2005.
15. Cordeiro F. Diagnóstico, Estadiamento e Tratamento Cirúrgico e Multidisciplinar do Câncer Colorretal. [Projeto Diretrizes] Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, 2001.
16. Harms BA. Colon and Rectum. In: ABELOFF, M. D. et al. Clinical Oncology. 2.ed. New York: Churchill Livingstone, 2000.
17. Ganzl RC. Câncer Colorretal. In: MURAD, A. M., KATZ, A. (Org) Oncologia – Bases Clínicas do Tratamento. Guanabara Koogan, 1996.
18. Gorini MIPC. Vivências de adultos com câncer colorretal em quimioterapia ambulatorial: implicações educacionais. [Tese] Porto Alegre (RS): Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS); 2001.
19. Gonzalez JF, Gorini MIPC. Fatigue of Oncology Patient: a systematic review. OBJN, 2008
20. Bielemann VLM. A família cuidando do ser humano como câncer e sentindo a experiência. Rev Brasileira Enfermagem. 2003 mar; 56(2): 137 – 13.
21. Machado SM, Sawada NO. Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico adjuvante. Texto Contexto Enferm, 2008 out-dez; 17(4): 486-94.
22. Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. Cad. Saúde Pública, 2004 jun; 20(2): 580 – 8.
23. Dantas RAS, Sawada NO, Malerbo MB. Pesquisas sobre qualidade de vida: revisão da produção científica das universidades públicas do Estado de São Paulo. Revista Latino-am Enfermagem, 2003 abr; 11 (4): 532 – 8.
24. Fleck MPA. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-BREF”. Rev Saúde Pública, 1998 set; 34: 178 – 83.
25. Bellato RA. convergência cuidado – educação e politicidade: um desafio a ser focado pelos profissionais na garantia aos direitos à saúde das pessoas portadoras de estomas. Texto Contexto Enferm, 2006; 15(2): 334-45.
26. Fleck MPA. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. Cad. Saúde Coletiva, 2000 dez; 5: 133 – 8.
27. Lara-Muñoz MC, León SP, Fuente JR. Conceptualización y medición de la calidad de vida de pacientes con cáncer. Rev Investigación Clínica, 1995 abr; 47: 315 -27.

28. Cella DF, Tulsky DS. Measuring the quality of life today: methodological aspects. *Oncology*, 2001 out; 4(5): 129 – 38.
29. Programa nacional de prevenção ao câncer. Falando sobre câncer do intestino: orientações úteis ao usuário, fatores de risco e proteção. Ministério da Saúde; 2003.
30. Boccardo LM. Aspectos da reinserção social do ostomizado. *Rev Escola Enferm USP*, 1995 jun; 29: 171-29.
31. Soares DA. Qualidade de vida de portadores de insuficiência cardíaca. *Acta Paul Enfer*, 2008; 21(2): 108-12.
32. Costa VT, Lunardi VL, Lunardi FW D. Autonomia Versus Cronicidade: Uma questão ética no processo de cuidar em enfermagem. *Rev Enferm UERJ*, 2007 jan-mar; 15(1): 148-24.
33. Wolmark N, Rockette H, Mamounas E. Um ensaio clínico para avaliar a eficácia relativa do Leucovorin + 5-FU, Levamisol 5-FU +, e 5-FU + + Leucovorin Levamisole nos pacientes com Dukes B e C Carcinoma do Cólon. *British Journal of Cancer*, 2007; 97: 1027-117.
34. Oliveira DVD, Nakano TTY. Reinserção social do ostomizado. In: Santos VLCG, Cesaretti IUR. *Assistência em estomaterapia: cuidando do ostomizado*. São Paulo: Atheneu; 2001.
35. Chaves PL, Costa VT, Lunardi VL. Vivendo uma Doença crônica e Falando sobre Ser Cuidado. *Rev Enferm UERJ*, 2006; 14(1) 127-31.
36. Polit DF. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
37. Katz, M. *Multivariable analysis: a primer for readers of medical research*. American College of Physicians, 2003; 138(8): 644-50.
38. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96. Brasília: Diário Oficial da União, 1996 out 10.
39. Smeltzer SE, Bare B. *Brunner e Suddart: tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. 9.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
40. Sawada NO, Nicolussi AC, Okino L, Cardozo FMC, Zago MF. Avaliação da qualidade de vida de pacientes com câncer submetidos à quimioterapia *Rev Escola Enfer USP*, 2009; 43(3): 109 – 12.

## APÊNDICE A – Dados de identificação

Identificação do paciente:

Idade:

Sexo:

Estadiamento do tumor:

Tempo de tratamento:

Ciclo do tratamento Protocolo 5FU:

Presença de colostomia:

SIM ou  NÃO Se sim:  Transitória  Permanente

## APÊNDICE B – Domínios do *WHOQOL-Bref*

- **Domínio I - Domínio físico**

Dor e desconforto

Energia e fadiga

Sono e repouso

Capacidade para o trabalho

Dependência de medicações e tratamentos

Mobilidade

Atividades da vida cotidiana

- **Domínio II - Domínio psicológico**

Sentimentos positivos

Pensar, aprender, memória e concentração

Auto-estima

Imagem corporal e aparência

Sentimentos negativos

Espiritualidade/religião/crenças pessoais

- **Domínio III - Relações sociais**

Relações pessoais

Suporte (Apoio) social

Atividade sexual

- **Domínio IV- Meio ambiente**

Segurança física e proteção

Ambiente no lar

Recursos financeiros

Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade

Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades

Participação em, e oportunidades de recreação/lazer

Ambiente físico (poluição/ruído/trânsito/clima)

Transporte

## APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Sr. (a) está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa que tem por objetivo Analisar a qualidade de vida dos pacientes com câncer colorretal em quimioterapia ambulatorial. Nesta pesquisa procuramos Identificar os fatores que interferem na qualidade de vida do paciente com câncer colorretal em quimioterapia ambulatorial.

Com estes resultados provavelmente, poderemos desenvolver e implementar estratégias na busca de melhores atendimentos, visando uma assistência mais qualificada e preocupada, não só com o tratamento a ser executado, mas com uma melhor qualidade de vida para este paciente; além disso, a Enfermagem pode contribuir no controle dos efeitos adversos e nas conseqüências do tratamento sobre o desempenho físico, psicológico e social do paciente.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que autorizo minha participação neste projeto de pesquisa respondendo a um questionário sobre Qualidade de Vida - WHOQOL – bref e que realizar – se – á na Unidade de Quimioterapia Ambulatorial (UQA) deste hospital. Fui informado de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento sobre os objetivos deste estudo, bem como de que após 5 anos da divulgação dos dados em meio científico o material será totalmente destruído.

Fui, igualmente, informado:

- da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida a cerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a presente pesquisa;
- da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isso traga prejuízo à continuidade do meu cuidado e tratamento;
- da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa.

A pesquisadora responsável por este projeto de pesquisa é a Profª Drª. Maria Isabel Pinto Coelho Gorini, a qual orienta a Enfª Patricia Lemos Chaves para a obtenção do título de mestre. Tendo este documento sido revisado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa desta instituição. Telefone da pesquisadora: 33313790; (51) 99860044. Telefone da mestranda: 33720307; (51) 81117815.

\_\_\_\_\_  
Nome e assinatura do paciente

\_\_\_\_\_  
Nome da Pesquisadora

HCPA / GPPG  
VERSÃO APROVADA

20.07.2009 15

## ANEXO A – Instrumento de coleta

### *WHOQOL-Bref*

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satis- feito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se	1	2	3	4	5

	concentrar?					
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão	1	2	3	4	5

	disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?					
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		muito insatis- feito	Insatis- feito	nem satisfeito nem insatis- feito	Satis- feito	Muito satis- feito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão	1	2	3	4	5

	satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a- dia?					
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com	1	2	3	4	5

	sua vida sexual?					
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que freqüência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	Algu- mas vezes	Freqüente- mente	muito freqüente- mente	Sem- pre
26	Com que freqüência você tem sentimen- tos negativos tais como mau humor, deses- pero, ansieda- de, depres- são?	1	2	3	4	5

**ANEXO B – Carta de aprovação do projeto de pesquisa no Comitê de Ética e Pesquisa do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação do HCPA**



**HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE**  
**Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação**  
**COMISSÃO CIENTÍFICA E COMISSÃO DE PESQUISA E ÉTICA EM SAÚDE**

A Comissão Científica e a Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde, que é reconhecida pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS como Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB00000921) analisaram o projeto:

**Projeto:** 09-224

**Versão do Projeto:** 08/07/2009

**Versão do TCLE:** 20/07/2009

**Pesquisadores:**

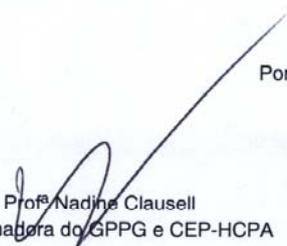
MARIA ISABEL PINTO COELHO GORINI

PATRICIA LEMOS CHAVES

**Título:** QUALIDADE DE VIDA DO PACIENTE COM CÂNCER COLORRETAL EM QUIMIOTERAPIA AMBULATORIAL

Este projeto foi Aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, inclusive quanto ao seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Os membros do CEP/HCPA não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente ao CEP/HCPA. Somente poderão ser utilizados os Termos de Consentimento onde conste a aprovação do GPPG/HCPA.

Porto Alegre, 20 de julho de 2009.

  
Prof. Nadine Clausell  
Coordenadora do GPPG e CEP-HCPA