UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES ONCOLÓGICOS EM
TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO ADJUVANTE.**

SHEILA MARA MACHADO PAIVA

Ribeirão Preto
2006

SHEILA MARA MACHADO PAIVA

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES ONCOLÓGICOS EM
TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO ADJUVANTE**

**Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Enfermagem Fundamental.
Linha de Pesquisa: Processo de cuidar do
adulto com doenças crônico-degenerativas.**

Orientadora: Profª Drª Namie Okino Sawada

Ribeirão Preto

2006

FICHA CATALOGRÁFICA

Paiva, Sheila Mara Machado

Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico adjuvante. Ribeirão Preto, 2006.
111 p.

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP – Área de concentração: Enfermagem Fundamental. Orientadora: Namie Okino Sawada.

1. Quimioterapia adjuvante. 2. Neoplasias intestinais. 3. Neoplasias mamárias. 4. Qualidade de vida.

Autora: Sheila Mara Machado Paiva

Avaliação da Qualidade de Vida de Pacientes Oncológicos em Tratamento Quimioterápico Adjuvante

Natureza da Pesquisa: Dissertação

Grau: Mestre

Instituição: Universidade de São Paulo – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.
Programa de Pós-graduação Enfermagem Fundamental

Área de concentração: Enfermagem Oncológica

Data da aprovação: ____/____/____

Banca Examinadora

Profa. Dra Namie Okino Sawada
Livre docência em Enfermagem Médico-Cirúrgico
Universidade de São Paulo – Brasil

Profa. Dra Márcia Maria Fontão Zago
Livre docência em Enfermagem Médico-Cirúrgico
Universidade de São Paulo – Brasil

Prof Dr Manoel Antonio dos Santos
Doutorado em Psicologia Clínica
Universidade de São Paulo - Brasil

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente a Deus pela minha existência, por ter guiado meus passos, iluminando meu caminho e ainda, por me intuir na realização deste trabalho.

Agradeço ao meu marido e ao meu filho pelo carinho, paciência e estímulo, e por estarem sempre presentes em minha vida.

À minha “mãe”, amiga, companheira nas horas difíceis, Prof^a Dr^a Irene Rosemír Pelá, por ser a responsável pela minha formação pessoal e profissional. Pelo seu carinho, preocupação, dedicação e, acima de tudo, pelas suas orações.

À Minha orientadora, Prof^a Dr^a Namie Okino Sawada pelo incentivo, dedicação, paciência e conhecimentos transmitidos. Às professoras Cristina Maria Galvão, Márcia Maria Fontão Zago, Rosana Aparecida Spadotti Dantas e Dr^a Myeko Hayashida pelos conhecimentos transmitidos que muito contribuíram para a realização deste trabalho.

Às instituições Fundação Sobeccan, Clínica de Tratamento Oncológico e ao Centro Especializado de Oncologia que me abriram as portas para a realização deste estudo, bem como para suas equipes, médica e de enfermagem pela atenção e contribuição profissional.

Um agradecimento especial aos pacientes que participaram desta pesquisa, tornando possível sua realização.

Aos meus amigos pelo apoio, carinho e amizade, tão importantes na vida de um ser humano.

Muito Obrigada.

PAIVA, S. M. M. Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico adjuvante. 2006. 111p. Dissertação de mestrado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

RESUMO

O objetivo deste estudo foi avaliar a qualidade de vida de pacientes oncológicos, diagnosticados com câncer de mama e câncer de intestino, no início do tratamento quimioterápico adjuvante e três meses após, de instituições ou clínicas da cidade de Ribeirão Preto/SP. Trata-se de estudo descritivo exploratório, longitudinal do tipo, estudo de acompanhamento, de abordagem quantitativa, tendo sido utilizado um instrumento contendo duas partes: dados sócio-demográficos e clínicos e, itens referentes ao instrumento que avalia QV em pacientes oncológicos, o EORTC QLQ-C-30. A amostra constou de 21 pacientes atendidos em três diferentes clínicas: Clínica de Tratamento Oncológico (CTO), Centro Especializado de Oncologia (CEON) e Fundação para Pesquisa, Prevenção e Tratamento do Câncer (Fundação Sobeccan), localizadas na cidade de Ribeirão Preto/ São Paulo, no período de outubro de 2005 a junho de 2006. O instrumento mostrou propriedades psicométricas satisfatórias quanto à consistência interna e validade do construto. Quanto às características sócio-demográficas e clínicas, verificou-se que 61,9% eram do sexo feminino e 38,1% do sexo masculino. A média de idade foi de 55,5 anos, com desvio padrão de 12 anos. Pacientes diagnosticados com câncer de mama correspondeu a 47,6% e com câncer de intestino, os restantes 52,4%. Foi ainda verificado que apenas 9,5% do total de 21 pacientes, apresentavam metástases. Nos pacientes com câncer de mama, os tratamentos utilizados foram: 70% tratados com Fluorouracil, Adriamicina, Ciclofosfamida (FAC), 20% com Ciclofosfamida, Metotrexate, Fluorouracil (CMF) e 10%

com Adriamicina, Ciclofosfamida (AC). Para os pacientes com câncer de intestino, o protocolo utilizado para tratamento adjuvante foi o Fluorouracil (5-FU)+leucovorin em 100% dos pacientes. Radioterapia concomitante à quimioterapia foi realizada em apenas 9,5% dos pacientes. A análise de QV da amostra estudada para o EORTC QLQ-C30 revelou que a média foi de 60,8 com desvio padrão (DP) igual a 28,9 no início e, 73,4 (DP=29,6) após três meses, referente ao estado geral de saúde para pacientes com câncer de mama. Foram estatisticamente significantes as escalas: função física, desempenho de papel, função emocional, função cognitiva, função social, fadiga, náuseas e vômitos, dor, insônia, perda de apetite, constipação e estado geral de saúde. Em relação aos pacientes com câncer de intestino, a média referente ao estado geral de saúde no início foi de 78,0 (DP=16,0) e três meses após foi de 78,2 (DP=19,5). Foram estatisticamente significativos os resultados obtidos nas escalas: função física, desempenho de papel, função emocional, função cognitiva, função social, fadiga, dificuldade financeira e estado geral de saúde. Concluindo, o conjunto de resultados apresentados permitiu visualizar o impacto positivo da QV em pacientes com câncer de mama e câncer de intestino tratados com quimioterapia adjuvante, ao final dos três meses.

Unitermos: Qualidade de vida, quimioterapia adjuvante, neoplasias mamárias e neoplasias intestinais.

PAIVA, S. M. M. Evaluation quality of life in oncology patients submitted to adjuvant chemotherapy treatment, 2006. 111 p. Dissertação de mestrado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

ABSTRACT

The objective of this study was to evaluate the quality of life of patients who had been breast and bowels cancer diagnosed, during initial disease adjuvant chemotherapy treatment and also after three months treatment in the city of Ribeirão Preto. This study is a longitudinal exploratory descriptive one, classified as following study, based on approaching quantity in which an instrument containing two parts was utilized: social and clinic demographic data and items referring to the instrument for evaluation of QV in oncologic patients – the EORTC QLQ-C 30. A sample of 21 patients medicated in three different clinics which were: Clínica de Tratamento Oncológico (CTO) Centro Especializado de Oncologia (CEON) and Fundação para Pesquisa, Prevenção e Tratamento do Câncer (Fundação Soberccan) all of them located in the city of Ribeirão Preto, from October 2005 to June 2006. Concerning internal consistency and also construct's validity, the instrument showed satisfactory psychometric properties. Concerning social demography and clinic characteristics, 61,9% were female and 38,1% male. Medium age was 55,5 years old, considering standard deviation of 12 years. Breast cancer diagnosed patients amounted 47,6% and bowels cancer patients the remaining 52,4%. The study also revealed that only 9,5% from the whole 21 patients presented metastasis. Treatments for breast cancer patients were: 70% - FAC treatment - 20% CMF treatment – 10% - AC treatment. or patients with bowels cancer the protocol utilized for adjuvant treatment was 5-FU+leucovorin in all 10% patients.

Radiotherapy concomitant to chemotherapy was applied in only 9,5% from the whole patients. QV analysis of the studied sample for EORTC QLQ-C30 has revealed that medium average was 60.8 with standard deviation (DP) equal to 28.9 at the beginning and 73.4 (DP=29.6) after three months treatment referring to general health for breast cancer patients. The following scales were statistically significant : physical function, role performance, emotional function, cognitive function, social function, fatigue, nausea and vomit, pain, sleeplessness, lack of hunger , constipation and general health. Concerning bowels cancer patients the medium average of general health at the beginning was 78.2 (DP=19.8). The results statistically obtained were significant in the following scales : physical function, role performance, emotional function, cognitive function, social function, fatigue, financial problems and general health. Conclusion the whole above presented results lead us to visualize the positive QV impact on breast and bowels cancer patients submitted to an adjuvant chemotherapy at the beginning and three months later.

Key words: Quality of life, adjuvant chemotherapy, breast neoplasia and bowels neoplasia.

PAIVA, S. M. M. Evaluación de la calidad de vida de pacientes oncológicos en tratamiento quimioterápico complementar. 2006. 111p. Dissertação de mestrado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue evaluar la calidad de vida de pacientes oncológicos, diagnosticados con cáncer de mama y cáncer de intestino, al comienzo del tratamiento quimioterápico complementar y luego de tres meses; en la ciudad de Ribeirão Preto/SP. Se trata de un estudio descriptivo exploratório, longitudinal de tipo, estudio de acompañamiento, de abordaje cuantitativo, habiendo sido utilizado un instrumento conteniendo dos partes: datos socio-demográficos y clínicos e items referentes al instrumento que evalúa CV (calidad de vida) en pacientes oncológicos, el EORTC QLQ-C-30. La muestra contó de 21 pacientes atendidos en tres clínicas diferentes: Clínica de Tratamiento Oncológico (CTO), Centro Especializado de Oncologia (CEON) y la Fundación para Pesquisa, Prevención y Tratamiento del Cáncer (Fundación Sobeccan) situadas en la ciudad de Ribeirão Preto/SP, en el período de Octubre del 2005 a Junio del 2006. El instrumento mostró propiedades sicométricas satisfactorias con relación a la consistencia interna y la validez del contrato. Sobre las características socio-demográficas y clínicas, se verificó que 61,9% eran del sexo femenino y 38,1% del sexo masculino. El promedio de edad fue 55,5 años, con desvío padrón de 12 años. Pacientes diagnosticados con cáncer de mama correspondieron a un 47,6% y con cáncer de intestino los restantes 54,4%. Fue verificado además que apenas 9,5% del total de 21 pacientes prestaban metástasis. En los pacientes con cáncer de mama, los tratamientos utilizados fueron: 70% tratados con FAC, 20% con CMF y 10% con AC.

Para los pacientes con cáncer de intestino, el protocolo utilizado para tratamiento complementar fue 5-FU+leucovorin en 100% de los pacientes. Radioterapia simultáneamente con quimioterapia fue realizada en apenas 9,5% de los pacientes. El análisis de CV de la muestra estudiada para EORTC QLQ-C-30 reveló que el promedio fue de 60,8 con desvío padrón (DP) igual a 28,9 al comienzo y 73,4 (DP=29,6) después de tres meses, referente al estado general de salud para pacientes con cáncer de mama. Fueron estadísticamente significativas las escalas: función física, desempeño de papel, función emocional, función cognitiva, función social, fatiga, náusea y vómitos, dolor, insomnia, pérdida del apetito, constipación y estado general de la salud. Con relación a los pacientes con cáncer de intestino, el promedio referente al estado general de salud al comienzo fue de 78,0(DP=16,0) y después de tres meses fue de 78,2 (DP=19,5). Fueron estadísticamente significativos los resultados obtenidos en las escalas: función física, desempeño de papel, función emocional, función cognitiva, función social, fatiga, dificultad económica y estado general de salud. Concluyendo, el conjunto de resultados presentados permitió visualizar el impacto positivo de la CV en pacientes con cáncer de mama e cáncer de intestino tratados con quimioterapia complementar, al comienzo y después de tres meses.

Unitérminos: Calidad de vida, quimioterapia complementar, neoplasias mamarias y neoplasias intestinales.

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS.....	04
RESUMO.....	05
ABSTRACT.....	07
RESUMEN.....	09
SUMÁRIO.....	11
LISTA DE TABELAS.....	13
APRESENTAÇÃO.....	14
1. INTRODUÇÃO.....	17
1.1 Aspectos Gerais da doença.....	18
1.2 Epidemiologia do câncer.....	22
1.2.1 Câncer de Mama.....	27
1.2.2 Câncer de intestino.....	32
1.3 Quimioterapia Adjuvante.....	37
1.3.1 Protocolos de Quimioterapia para câncer de mama.....	40
1.3.1 Protocolos de Quimioterapia para câncer de intestino.....	43
1.4 Qualidade de Vida.....	44
1.4.1 Instrumentos para avaliação de QV em câncer.....	47
1.4.2 QV e QT Adjuvante para câncer de mama e câncer de intestino.....	49
1.5 Referencial Teórico.....	52
2. Objetivos.....	56
2.1 Objetivo Geral.....	57
2.2 Objetivos Específicos.....	57
3. Metodologia.....	58
3.1 Tipo de estudo.....	59
3.2 Amostra.....	59
3.3 Local do estudo.....	60
3.4 Coleta de dados – Procedimentos.....	60
3.5 Instrumento para a Coleta de Dados.....	61
3.6 Análise Estatística dos dados.....	65

3.6.1	Métodos para validação do instrumento para Avaliação da Qualidade de Vida.....	65
3.6.2	Verificação da associação entre as escalas do instrumento para Avaliação da Qualidade de Vida e as variáveis sócio-demográficas, clínicas e terapêuticas.....	65
4.	Resultados e Discussão.....	66
4.1	Características sócio-demográficas.....	67
4.2	Características clínicas.....	71
4.3	Características terapêuticas.....	72
4.4	Resultados do instrumento de avaliação da qualidade de vida.....	75
5.	Conclusões.....	85
6.	Considerações Finais.....	87
7.	Referências Bibliográficas.....	89
8.	Anexos.....	102
8.1	Anexo I: Aprovação do Projeto de Pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EERP/USP.....	103
8.2	Anexo II: Instrumento de características sócio-demográficas, clínicas e terapêuticas.....	104
8.3	Anexo III: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	105
8.4	Anexo IV: Instrumento para coleta de dados sobre Qualidade de Vida – EORTC QLQ-C30.....	106
8.5	Anexo V: Dados separados por diagnóstico: neoplasia de mama.....	108
8.6	Anexo VI: Dados separados por diagnóstico: neoplasia de intestino.....	110

LISTA DE TABELAS

- TABELA 1** Características sócio-demográficas dos 21 pacientes tratados com quimioterapia adjuvante, em três diferentes clínicas de tratamento (Ribeirão Preto-SP), outubro de 2005 a junho de 2006. **68**
- TABELA 2** Características clínicas dos 21 pacientes tratados com quimioterapia adjuvante, em três diferentes clínicas de tratamento (Ribeirão Preto-SP), outubro de 2005 a junho de 2006. **71**
- TABELA 3** Características terapêuticas dos 21 pacientes tratados com quimioterapia adjuvante, em três diferentes clínicas de tratamento (Ribeirão Preto-SP), outubro de 2005 a junho de 2006. **73**
- TABELA 4** Estatística descritiva do cálculo da média e desvio-padrão das escalas do instrumento de qualidade de vida, EORTC QLQ C30, dos sujeitos tratados de câncer de mama e câncer de intestino, avaliados no início e três meses após tratamento com quimioterapia adjuvante. **78**
- TABELA 5** Estatística descritiva do cálculo da média e desvio-padrão das escalas do instrumento de qualidade de vida EORTC QLQ C30 dos sujeitos com câncer de mama, avaliados no início e três meses após tratamento com quimioterapia adjuvante. **80**
- TABELA 6** Estatística descritiva do cálculo da média e desvio-padrão das escalas do instrumento de qualidade de vida EORTC QLQ C30 dos sujeitos tratados de câncer de intestino, avaliados no início e três meses após tratamento com quimioterapia adjuvante. **82**
- TABELA 7** Correlação entre o tipo de câncer (mama e intestino), a idade e o tipo de tratamento com a QV dos sujeitos avaliados no início e três meses após tratamento com quimioterapia adjuvante. **83**

APRESENTAÇÃO

Um diagnóstico como o de câncer altera muitos aspectos na vida de um indivíduo. Um exemplo disso é que muitos até nem mencionam a palavra “câncer”, fazendo referências a ela como: “aquela doença” ou “coisa ruim”. O câncer leva a alterações que vão desde mudanças no hábito de vida, como o comprometimento da capacidade e da habilidade para executar tarefas de rotina, até as modificações de ordem social, perdas financeiras, integridade físico-emocional por desconforto, dor e perda da auto-estima [1].

Durante um período de cinco anos trabalhando junto aos Hospitais e Clínicas especializadas no diagnóstico e tratamento do câncer, pudemos constatar que, o câncer é a mais temida das doenças para o paciente, os seus familiares e os seus amigos mais próximos. Dificilmente existe uma enfermidade que induza tantos sentimentos negativos como: o medo do diagnóstico, da cirurgia, a incerteza do prognóstico e da recorrência, os efeitos da radioterapia e quimioterapia, o sofrer pela dor e o enfrentamento da possibilidade de morte [2].

A Oncologia, durante as quatro últimas décadas, vem apresentando intenso desenvolvimento, impulsionado pela incidência crescente de novos casos de câncer, perante não só a ampliação da vida média da população mundial, como também a ocorrência desta doença nas faixas etárias mais jovens [2].

O câncer é considerado hoje um problema de saúde pública e vários aspectos como o diagnóstico precoce e os meios de reabilitação, física, social e psicológica, são importantes aspectos no incentivo à luta contra esta doença.

O impacto da hipótese diagnóstica, as confirmações da doença e do seu tratamento influem diretamente no estilo de vida do indivíduo. Sendo assim, a enfermagem exerce papel importante na monitorização dos efeitos adversos e nas

consequências do tratamento sobre o desempenho físico, psicológico e social do paciente.

Em nossa experiência com pacientes oncológicos, deparamos com diversas situações traumáticas e depressivas, com alterações dos estados funcionais, mudanças de comportamentos sociais e mutilações. É neste contexto que o termo qualidade de vida (QV) vem sendo objeto de estudo em muitos trabalhos, existindo ênfase crescente na avaliação da (QV) de indivíduos com câncer [3].

O enfermeiro oncológico deve atuar ativamente em todo o processo, desde a prevenção da doença, o diagnóstico, no decorrer do tratamento e na reabilitação do paciente. Para isto, é fundamental que esteja sempre atualizado e em constante aperfeiçoamento no sentido de acompanhar o desenvolvimento de sua área e promover treinamento e orientação da equipe de enfermagem, uma vez que o paciente permanece com esses profissionais, por vários e prolongados períodos de sua internação. Um profissional de enfermagem de bom nível técnico-científico, equilíbrio emocional e eficiente, é vital para o paciente, especialmente para os terminais. O profissional deve aprender a enxergá-los como ser humano, respeitando sua individualidade e sua identidade.

Conhecendo e avaliando as possíveis alterações nos domínios de QV dos pacientes oncológicos, poderemos trabalhar com intervenções que auxiliem o paciente a ter uma visão mais detalhada do seu tratamento, podendo decidir e opinar quanto a sua continuidade. Para os cuidadores, a avaliação da QV permite detectar e analisar os resultados do tratamento, necessidades de modificações, podendo ainda, auxiliar os programas de reabilitação.

1.INTRODUÇÃO

1.1. Aspectos gerais da doença

Nos países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, o quadro sanitário que se apresenta é o de doenças ligadas à pobreza e doenças crônico-degenerativas. Dentre estas doenças, está o câncer que assume diferentes posições quando se analisa a taxa de mortalidade das macroregiões do Brasil.

Estratégias modernas de prevenção de doenças crônicas exigem forte embasamento científico. As agências governamentais e não governamentais nos Estados Unidos e Canadá, desenvolveram critérios que permitem estabelecer qual o nível de efetividade nas estratégias específicas de prevenção, baseado na qualidade da evidência científica [4].

A partir da metade da década de 1960, houve um grande avanço nos estudos de efetividade de estratégias preventivas, fazendo com que evidências científicas do tipo observacional ou experimental passassem a ser usadas no processo de planejamento e implementação dos programas preventivos [4].

As doenças crônico-degenerativas, entre elas, o câncer, tem sua incidência aumentada por meio da urbanização, industrialização e a maior expectativa de vida da população, pois favorecem o aumento de agentes cancerígenos ambientais [5].

O Informe Mundial sobre o Câncer datado de 04.04.2003, publicado pela Organização Pan-Americana da Saúde, diz que a incidência desta doença poderá aumentar 50% até o ano de 2020, onde estão projetados 16 milhões de casos novos. Esse aumento é atribuído ao envelhecimento da população mundial e aos efeitos do tabagismo e de hábitos de vida inadequados. Neste mesmo informe, o Dr. Rafael Bengoa, diretor do departamento da OMS (Organização Mundial de Saúde), considera

que as atividades preventivas devem ser centradas no tabaco e na dieta, visto que foram os responsáveis por 43% de todas as mortes por câncer em 2000, representando 2,7 milhões de óbitos.

A área do câncer é, das doenças crônicas, a que possui maiores registros sobre aprimoramento e disseminação. Este constitui um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado das células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se para outras regiões do corpo [6].

Evidências indicam que os cânceres não são doenças novas, já existindo há milhares de anos. As obras de Hipócrates continham descrições e recomendações de procedimentos terapêuticos para cânceres [7].

Com o avanço da ciência e a disponibilidade dos recursos tecnológicos, grande melhoria nos meios de diagnóstico e tratamento do câncer está sendo alcançada. Neste contexto, a precocidade do diagnóstico propicia um tratamento adequado, menos traumático e com maiores possibilidades de cura [8].

Os tipos de cânceres correspondem aos tipos de células do corpo que são acometidas, como por exemplo: os carcinomas que acometem células de tecidos epiteliais, como pele e mucosas. Os sarcomas acometem células dos tecidos conjuntivos, como osso, músculo ou cartilagem. Além dos tipos de células que denominam os tipos de cânceres, outras características que os diferenciam são: a velocidade de multiplicação dessas células e, a capacidade de invasão nos tecidos e órgãos vizinhos ou distantes, que são as chamadas metástases [9].

O processo de formação do câncer se dá por alterações sofridas no DNA dos genes de uma célula normal e esse material genético alterado recebe instruções erradas para suas atividades. Quando essas alterações atingem genes responsáveis

pela regulação da proliferação e diferenciação celular, o organismo perde o controle sobre o crescimento dessas células, dando início ao processo de formação do câncer [9].

As células infiltradas nos tecidos ganham acesso aos vasos linfáticos e sanguíneos que as transportam para formar as metástases. Segundo Brunner e Suddarth [10], existem vários padrões de crescimento celular, designados pelos termos:

- Hiperplasia: aumento do número de células de determinado tecido e é um processo proliferativo comum durante períodos de crescimento rápido;
- Metaplasia: um tipo de célula madura é convertido em outro tipo, por meio de um estímulo externo que afeta a célula germinativa-mãe, como por exemplo, irritação ou inflamação crônica e deficiência de vitamina.
- Displasia: crescimento bizarro das células, resultando em células que se diferem em tamanho, forma ou disposição, em relação às outras células do mesmo tipo de tecido.
- Anaplasia: grau mais baixo de diferenciação das células displásicas. As células anaplásicas são destituídas das características celulares normais e são quase sempre malignas.
- Neoplasia: crescimento celular descontrolado, que não segue a nenhuma demanda fisiológica e pode ser benigna ou maligna.

Nas últimas décadas, um conhecimento rapidamente progressivo das histórias naturais dos cânceres e as características específicas de seus estágios têm se desenvolvido a partir das investigações nos âmbitos biológico, celular e molecular [7].

Portanto, na medida em que novos conhecimentos vão surgindo, conseqüentemente, novas estratégias são elaboradas, tanto para os aspectos preventivos, como para o tratamento e controle do câncer.

O trabalho de prevenção desta doença é de suma importância, visto que 60% dos tipos de cânceres são preveníveis e a intervenção do profissional da saúde, por meio de uma boa análise crítica e avaliação médica, constitui parte integrante do diagnóstico precoce, bem como o histórico de saúde do paciente, os sintomas atuais e passados, os antecedentes familiares, os hábitos de vida e os resultados do seu exame físico. Uma boa política social, com atuação comunitária, com trabalho psicológico de apoio, com aconselhamento e com reabilitação, oferece condições para transmitir o diagnóstico, a aceitação dos tratamentos, o alívio dos efeitos secundários e melhoria na QV [11].

1.2. Epidemiologia do câncer

As investigações estatísticas sobre as doenças neoplásicas são baseadas na incidência (frequência de novos casos de câncer em certa população), na prevalência (número estimado de pessoas com câncer que se encontram vivas em determinado período de tempo) e na mortalidade (dados obtidos por atestado de óbito). Todas estas taxas são expressas em número por 100.000 habitantes. Em relação às variações na incidência dos diferentes tipos de câncer em grupos populacionais, estas taxas, estão vinculadas a diversos fatores, tais como: etnia, religião, geografia, hábitos alimentares, ambiente, profissão, idade, sexo, genética e outros [12].

Sendo o câncer um processo comum a um grupo heterogêneo de doenças que diferem em sua etiologia, frequência e manifestações clínicas, é estabelecido critério de classificação para o seu estudo. Em Cancerologia, as classificações utilizadas estão de acordo com a localização primária, o tipo histopatológico e a extensão anatômica dos tumores [5].

Há alguns anos, o Instituto Nacional do Câncer – INCA, instância do Ministério da Saúde, responsável por desenvolver e coordenar ações integradas para a prevenção e controle do câncer no Brasil vem divulgando dados de estimativas da incidência e mortalidade por câncer. No Brasil, o INCA estimou para o ano de 2005, o registro de 467.440 casos novos de câncer, sendo (229.610 casos novos para o sexo masculino) e (237.830 casos novos para o sexo feminino). Os tipos mais incidentes seriam os de próstata e pulmão no sexo masculino e mama e colo do útero para o sexo feminino, acompanhando a mesma magnitude observada no mundo. Em relação aos diversos tipos de cânceres foi estimado: 49.470 casos novos para o câncer de mama, 17.110 entre homens para o câncer de pulmão e 8.680 nas mulheres, 15.170 entre

homens com câncer de estômago e 7.975 nas mulheres, 20.690 casos novos com câncer do colo do útero, 46.330 casos novos na próstata, cólon e reto, sendo 12.410 casos novos em homens e 13.640 casos novos em mulheres e câncer de pele 56.420 casos novos em homens e 56.600 casos novos em mulheres [6].

Para o ano 2006, no Brasil, as estimativas do INCA são: 48.930 casos novos de câncer de mama, onde sua incidência maior é na região Sudeste, com um risco estimado de 71 casos novos por 100 mil mulheres. Este tipo de câncer também é o mais freqüente nas mulheres da região Sul (69/100. 000), Centro-Oeste (38/100. 000) e Nordeste (27/100. 000). Já na região Norte, corresponde ao segundo tumor mais incidente (15/100. 000). Para o câncer de pulmão, as estimativas são de 17.850 casos novos entre homens e 9.320 casos novos nas mulheres; câncer de estômago: 14.970 entre homens e 8.230 casos nas mulheres; câncer do colo do útero: (19.260 casos novos); próstata: 47.280 casos novos; câncer de cólon e reto: 11.390 casos novos em homens e 13.970 casos em mulheres; câncer de pele: 55.480 casos em homens e 61.160 casos em mulheres. Os tumores infantis estão estimados em 472.050 casos novos no Brasil [13].

As causas para o aparecimento do câncer variam e, podem ser externas, relacionadas ao meio ambiente, hábitos ou costumes de uma sociedade e internas, relacionadas ao fator genético e capacidade de defesa do organismo às agressões externas. Acredita-se que até 80-90% de todos os cânceres podem ser causados por fatores ambientais ou por estilo de vida. O tabagismo é a principal causa isolada de câncer, responsável por 30-40% de todas as mortes provocadas por essa enfermidade [14].

Os fatores de risco responsáveis pelo aparecimento dos diversos tipos de câncer estão relacionados ao tabagismo, causa direta do câncer de pulmão; alteração ambiental pela destruição da camada de ozônio está relacionada ao surgimento do câncer de pele; os cânceres de esôfago, estômago, cólon e reto, mama e próstata têm o seu surgimento a partir de hábitos alimentares inadequados; consumo excessivo de álcool representa 2 a 4% de mortes por câncer, 50 a 70% de mortes por câncer de língua, faringe e esôfago; outros fatores estão relacionados à radiação ionizante, exposição ocupacional às substâncias químicas e comportamentos sexuais de risco, pois aumentam a chance de exposição aos vírus carcinogênicos, como o HPV (papilomavírus) e o herpesvírus relacionados ao câncer de colo uterino, vírus HIV, que associado aos outros tipos de vírus, podem desencadear o aparecimento de Sarcoma de Kaposi, câncer de língua e de reto; o vírus HTLV – I, que está associado às leucemias e ao linfoma de Linfócitos T, o vírus da Hepatite B, que se relaciona ao câncer de fígado [9].

O câncer não possui características clínicas específicas e os sinais e sintomas são muito variados, como a alteração dos hábitos alimentares, perda de apetite, problemas de deglutição, alteração dos hábitos intestinais, presença de uma tumoração em qualquer local, sangramento, dor recorrente inexplicada, febres recorrentes, emagrecimento inexplicado e infecções repetidas, que não se curam com o tratamento [14].

A dor no câncer pode ser causada pela doença, por procedimentos diagnósticos e de tratamento ou ainda por um transtorno concorrente. Por seu caráter subjetivo e reconhecendo a multiplicidade dos fatores bio-psico-sociais na etiologia e na

manutenção da dor, faz-se necessário tratar o paciente de maneira global e criteriosa e o quanto antes [15].

A avaliação diagnóstica do câncer baseia-se na detecção das alterações fisiológicas e funcionais e inclui a identificação do estágio e do grau de malignidade. Os pacientes são submetidos a extensos exames, quando existe uma suspeita deste diagnóstico, cujo objetivo é determinar a presença do tumor e a extensão da doença, identificar sua possível disseminação ou invasão de outros tecidos orgânicos, avaliar a função dos órgãos e sistemas e obter tecido e células para análise do câncer, incluindo seu estágio e gradação [10].

O diagnóstico precoce, quando possível de ser realizado, tem importância significativa na escolha da melhor terapêutica, garantindo o sucesso seguro de um bom prognóstico.

Após o diagnóstico, o estadiamento é o passo seguinte e é considerado de grande importância, pois serve para avaliar o prognóstico do paciente frente à patologia específica e definir o melhor tratamento [16].

Estadiamento é o sistema usado para classificar o câncer de acordo com regras estabelecidas e aceitas universalmente. Seu objetivo é tornar possível a previsão da evolução e prognóstico de cada tumor em cada paciente, influenciando decisivamente na adequação do tratamento para cada caso particular da doença [17].

Existem vários sistemas para classificação da extensão anatômica da doença. A União Internacional contra o Câncer (UICC) desenvolveu um sistema de estadiamento, aplicável à maioria dos tumores. O sistema TNM é uma Classificação dos Tumores malignos, adotada internacionalmente e foi desenvolvido por Pierre Denoix (França), entre 1943 e 1952. A classificação dos tumores é de 0 a IV, sendo que o estadiamento

“0” corresponde a tumores primários *in situ*, e o IV àqueles onde já se observa a presença de metástases à distância. Sendo aplicável à maioria dos tumores, tem como base, a avaliação da dimensão do tumor primário (T), a extensão da dimensão em linfonodos regionais (N) e a presença ou ausência de metástases à distância (M) [18].

Esse sistema divide os casos de câncer de acordo com os estádios, na ocasião do diagnóstico e pode ser reflexo não somente da taxa de crescimento e extensão da neoplasia, como também do tipo de tumor e da relação tumor-hospedeiro [19].

As opções terapêuticas para o tratamento do câncer oferecido aos pacientes devem basear-se em objetivos realistas e pertinentes a cada tipo de câncer. Devemos considerar que a assistência ao paciente com câncer é muito complexa e que o tratamento abrange múltiplos aspectos, não só o físico como também os aspectos psicológicos, sociais, culturais, espirituais e econômicos [20].

As formas de tratamento do câncer constituem-se de: cirurgia (para efeito diagnóstico - biópsia, estadiamento, curativa ou radical, paliativa ou preventiva), radioterapia, quimioterapia, hormonioterapia e imunoterapia [21].

O tratamento cirúrgico geralmente é reservado para pacientes operáveis com câncer mais localizado e sem doença co-morbida importante. Os pacientes inoperáveis, com doença metastática ou co-morbidade importante podem ser encaminhados à radioterapia ou quimioterapia [14].

A radioterapia é uma opção ao tratamento e baseia-se no emprego de feixe de radiações ionizante, podendo ser indicada de forma exclusiva ou associada aos outros métodos terapêuticos. Pode ainda, ser considerada como um tratamento abrangente, visto que mais de 70% de todos os tumores malignos terão, durante sua evolução, indicação de serem irradiados [20].

A hormonioterapia, inicialmente utilizada no câncer de mama, vem sendo aplicada a outros tumores hormoniossensíveis, como os carcinomas de endométrio e de próstata e os tumores tireoidianos captantes de iodo. Tem objetivo curativo e pode ser associada concomitantemente ou não, com a quimioterapia, com a cirurgia e a radioterapia. A imunoterapia, outro recurso que vem sendo usado no tratamento do câncer, tem o objetivo de estimular o sistema imunológico por meio de substâncias modificadoras da resposta biológica [20].

Outra forma de tratamento é a quimioterapia, que consiste na utilização de componentes químicos, os quimioterápicos. Por ser aplicada ao câncer, é chamada de quimioterapia antineoplásica ou antitumoral [5].

Trata-se de uma modalidade de tratamento sistêmico da doença e pode ser empregada com objetivos curativos ou paliativos, dependendo do tipo de tumor, da extensão da doença e da condição física do paciente. Quando realizada antes da cirurgia, com o objetivo de avaliação da resposta ao antineoplásico e a eventual redução do tumor, podendo resultar em cirurgias mais conservadoras, é chamada de *quimioterapia neo-adjuvante*. De outra forma, ou seja, utilizada após o ato cirúrgico para promover a erradicação de micrometástases, é chamada de *quimioterapia adjuvante* [22].

1.2.1. Câncer de Mama

O câncer de mama é a forma mais comum de câncer e a primeira causa de morte entre as mulheres, podendo também ocorrer em homens. É o segundo tipo mais freqüente no mundo e sua incidência teve um crescimento contínuo na última década, podendo ser resultado de mudanças sócio-demográficas e a acessibilidade aos

serviços de saúde pela população. Estima-se que a sobrevida média geral cumulativa após cinco anos, seja de 65% (variando de 53 e 74%) nos países desenvolvidos, e de 56% para os países em desenvolvimento [6].

Países desenvolvidos como Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, Holanda, Dinamarca e Noruega, foi observado um aumento da incidência do câncer de mama acompanhado de uma redução da mortalidade, podendo estar associada à detecção precoce por meio da mamografia para rastreamento e à oferta de tratamento adequado. Já em outros países, como o Brasil, o aumento na incidência tem sido acompanhado do aumento da mortalidade, possivelmente devido ao retardo no diagnóstico e na aplicação de terapêutica adequada [23].

Os fatores de risco estão relacionados à reposição hormonal, obesidade pós-menopausa e exposição à radiação ionizante. Outros fatores que impossibilitam a prevenção primária deste tipo de câncer e estão envolvidos em sua etiologia, dizem respeito à vida reprodutiva da mulher e características genéticas [13].

A maioria dos casos de neoplasia de mama é descoberta pela própria mulher ao realizar o auto-exame ou em outras oportunidades. Porém, essa descoberta nem sempre acontece no momento precoce da doença, podendo já estar disseminada. A precocidade do diagnóstico, o conhecimento sobre os agentes cancerígenos, fatores de risco e sinais de alteração patológica, são importantes para o tratamento adequado e, também, para evitar o surgimento de outras patologias [8].

Segundo a Sociedade Brasileira de Cancerologia, o sinal mais comum do câncer de mama, é o aparecimento de um nódulo ou endurecimento e, só o médico poderá identificá-lo corretamente. Outros sinais que devem ser identificados são: edema, ruga,

eritema, ulceração da pele e sangramento pelo mamilo, desvio do mesmo e alteração da aréola.

Por ser uma doença traumática, uma vez que carrega consigo o preconceito, a discriminação e a solidão, quando diagnosticada precocemente, o tratamento adequado tende a bons prognósticos [8].

O diagnóstico é feito através do exame clínico, sendo fundamental para a propedêutica do diagnóstico de câncer. Deve constar de inspeção estática e dinâmica, palpação das axilas e palpação da mama com a paciente em decúbito dorsal. As lesões palpáveis podem ser avaliadas pelo ultra-som em mulheres com menos de 35 anos de idade e, a mamografia está indicada em mulheres com igual idade ou superior a 35 anos, podendo ser também complementada pelo ultra-som em algumas situações [23].

A classificação TNM para o câncer de mama está relacionada à classificação clínica e a pTNM corresponde à classificação patológica. Os cânceres de mama bilaterais e simultâneos são classificados de forma independente para possibilitar a divisão dos casos por tipo histológico [18].

Para a classificação clínica dos cânceres de mama, tem-se:

T - Tumor

TX – O tumor primário não pode ser avaliado

T0 – Não há evidência de tumor primário

Tis – carcinoma in situ

T1 – Tumor com 2cm ou menos em sua maior dimensão

T2 – Tumor com mais de 2cm, porém não mais de 5cm em sua maior dimensão.

T3 – Tumor com mais de 5cm em sua maior dimensão.

T4 – Tumor de qualquer tamanho com extensão direta à parede torácica ou à pele.

N – Linfonodos Regionais

NX – Os linfonodos regionais não podem ser avaliados

N0 – Ausência de metástases em linfonodos regionais

N1 – Metástase em linfonodo(s) axilar(es), homolateral(is), móvel(eis).

N2 - Metástase em linfonodo(s) axilar(es), homolateral(is), fixo(s) ou metástase clinicamente aparente em linfonodo(s) mamário(s) interno(s) homolateral(is).

N3 - Metástase em linfonodo(s) infraclavicular(es) homolateral(is) com ou sem envolvimento de linfonodo(s) axilar(es).

M – Metástase à Distância

MX – A presença de metástase à distância não pode ser avaliada.

M0 – Ausência de metástase à distância.

M1 – Metástase à distância.

Grupamento por Estádios no Câncer de Mama

Estádio 0	Tis	N0	M0
Estádio I	T1	N0	M0
Estádio IIA	T0	N1	M0
	T1	N1	M0
	T2	N0	M0
Estádio IIB	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
Estádio IIIA	T0	N2	M0
	T1	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N1, N2	M0
Estádio IIIB	T4	N0, N1, N2	M0
Estádio IIIC	Qualquer T	N3	M0
Estádio IV	Qualquer T	Qualquer N	M1

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **TNM: classificação de tumores malignos**, 6ª ed, Rio de Janeiro: INCA, 2004.

Alguns serviços, atualmente, realizam o tratamento local com cirurgia ou radioterapia pós-operatória antes da quimioterapia, porém o problema do câncer de mama é controlar as metástases hematogênicas, que se manifestam meses ou anos após o tratamento local. Portanto o tratamento quimioterápico tem adquirido grande importância na diminuição destes riscos, sendo indicado com maior frequência [24].

A quimioterapia adjuvante foi estabelecida por um consenso mundial, como utilização e indicação de tratamento nos últimos anos [25].

Delgado e Pires [26] citam alguns benefícios da quimioterapia adjuvante, como: a redução efetiva do risco de recorrência e morte devido ao câncer de mama operado; é mais eficaz em mulheres com menos de 50 anos, beneficiando também, as de todas as

idades quando se avalia a quimioterapia adequadamente; a quimioterapia adjuvante por mais de seis meses não é melhor que o mesmo esquema por seis meses; as mulheres com risco elevado de recorrência neoplásica devem receber o tratamento quimioterápico adjuvante.

O consenso de mama [23], traz que a terapia adjuvante sistêmica é seguida ao tratamento cirúrgico instituído. Mulheres, com indicação de mastectomia como tratamento primário, podem ser submetidas à quimioterapia neo-adjuvante seguida de tratamento cirúrgico conservador, complementado por radioterapia. A hormonioterapia está indicada para aquelas que apresentarem receptores hormonais positivos. Sendo assim, o tratamento adjuvante consiste no uso de Tamoxifeno por 5 anos. Aquelas que possuem receptores hormonais negativos, casos de doença visceral sintomática ou extensa e quando há progressão após curto intervalo de manipulação hormonal prévia, está recomendado o emprego da quimioterapia em três linhas: 1ª linha: drogas recomendadas são: ciclofosfamida + metotrexato+ fluorouracil (CMF); 2ª linha: Taxanes, Capecitabina ou Vinorelbine e, 3ª linha: estas três últimas drogas, desde que não usadas como tratamento na 2ª linha.

1.2.2. Câncer de intestino

O intestino está dividido, anatomicamente, em intestino delgado e intestino grosso. A porção do delgado é responsável pela maior parte da digestão e absorção dos alimentos e ocupa o maior volume da cavidade abdominal estando presa ao mesentério. Está dividida em três segmentos: duodeno, jejuno e íleo. Este último termina no intestino grosso, formando uma estrutura chamada válvula íleo cecal. A segunda porção, o intestino grosso, compreende o cólon, reto e ânus. Sua principal

função é a absorção de água e eletrólitos, medindo cerca de 1,5cm de comprimento. O cólon, especificamente, é formado pelo ceco, que é a porção inicial mais dilatada, subindo pela parede abdominal direita, recebe o nome de cólon ascendente, este atravessa o abdome em direção à parede esquerda, constituindo o cólon transversos. Após a curvatura esplênica, desce até a parte inferior esquerda e é denominado cólon descendente. Partindo desse seguimento, o cólon assume uma forma em “S”, formando o cólon sigmóide. Os 15cm restantes são chamados de reto que contém uma porção distal afunilada denominada ânus [17].

Dados do Instituto Nacional do Câncer apontam que os tumores malignos que acometem o cólon e o reto a cada ano somam cerca de 945 mil casos novos. Os cânceres de cólon e reto são o segundo mais prevalente no mundo, com a estimativa de 2,4 milhões de pessoas vivas com diagnóstico nos últimos cinco anos [6].

Nos países ocidentais, os cânceres de cólon e reto são muito comuns. No entanto, regiões do sul e leste da Europa já são menos comuns e quase não ocorrem na Grécia, África, Ásia e algumas populações Latino-Americanas. Existe um predomínio de câncer retal no sexo masculino. Já o câncer de cólon, afeta ambos os sexos, igualmente [27].

O câncer de cólon e reto em homens é o quarto mais freqüente nas regiões Sul (22/100.000), Sudeste (17/100.000) e Centro-Oeste (10/100.000). Nas regiões Nordeste (4/100.000) e Norte (3/100.000), ocupa a quinta e sexta posição, respectivamente. Para as mulheres é o segundo mais freqüente (21/100.000) na região Sudeste, o terceiro nas regiões Sul (22/100.000), Centro-Oeste (10/100.000) e Nordeste (5/100.000) e, na região Norte (4/100.000), ocupa a quinta posição [13].

O prognóstico é considerado de moderado a bom, visto que é o segundo tipo de câncer mais prevalente no mundo (depois do câncer de mama), com uma estimativa de 2,4 milhões de pessoas vivas diagnosticadas nos últimos cinco anos. A sobrevida média mundial estimada é de 44% [13].

O intestino grosso é a sede mais freqüente de neoplasias primárias, podendo ser benigno, os adenomas ou, maligno, os carcinomas (adenocarcinomas). As alterações celulares que resultam da exposição da mucosa intestinal aos agentes cancerígenos se manifestam, no início, por lesões inflamatórias inespecíficas. Estas lesões tornando-se intensas e prolongadas podem dar origem às displasias evoluindo desde um grau leve a intenso até o carcinoma *in situ* [17].

Este tipo de câncer resulta de uma interação complexa entre suscetibilidade herdada e meio ambiente ou fatores relacionados ao estilo de vida. Uma dieta rica em fibra natural e rica em cálcio, produtos de laticínios com baixo teor de gordura e atividade física rigorosa, diminui o risco de câncer colo-retal [28].

Estima-se que em até 75% dos casos, o câncer de intestino é de caráter não familiar, dito como esporádico, e resultante da ação cumulativa de agentes cancerígenos. A maioria dos casos diagnosticada é após os 60 anos e com baixo consumo de dietas a base de frutas, verduras e legumes e rica em gordura animal. O baixo nível de atividade física também está associado ao incremento no risco de adquirir essa doença, como também, consumo de bebidas alcoólicas em excesso, cigarro e obesidade [17].

Cerca de 20% de todos os pacientes com câncer colo-retal são virtualmente assintomáticos ao diagnóstico. O restante, 80% dos pacientes, apresenta sintomas secundários como sangramento, obstrução e perfuração, sendo muito comum aos

pacientes diagnosticados tardiamente, sintomas como sangramento retal, dor abdominal e mudança no hábito intestinal (constipação e diarreia). Outros sintomas incluem presença de muco, anemia, perda de peso, fraqueza, fadiga ou icterícia [28].

Na suspeita de câncer colo-retal, o paciente passa por uma avaliação inicial, contendo a história clínica e exame físico. Após essa avaliação, outros exames diagnósticos e para estadiamento são solicitados, como: exame proctológico, exames bioquímicos, colonoscopia e enema opaco [29].

Dados recentes publicados pelos Registros Hospitalares de Câncer mostram que até 80% dos pacientes encontram-se em estádios avançados da doença no momento do diagnóstico (estádio III e IV). Para o câncer de intestino, o estadiamento é determinado pela avaliação de extensão da penetração na parede intestinal, presença ou ausência de tumor nos linfonodos ou pela propagação para outros órgãos, sendo os mais freqüentes o fígado, o pulmão e os ossos [17].

Para a classificação clínica TNM para tumores de cólon e reto, tem-se:

T – Tumor Primário

TX – O tumor primário não pode ser avaliado

T0 – Não há evidência de tumor primário.

Tis – Carcinoma in situ.

T1 – Tumor que invade a submucosa.

T2 – Tumor que invade a muscular própria.

T3 – Tumor que invade além da muscular própria, alcançando a subserosa ou os tecidos.

T4 – tumor que invade diretamente outros órgãos ou estruturas e/ou perfura o peritônio visceral.

N - Linfonodos Regionais

NX – Os linfonodos regionais não podem ser avaliados

N0 – Ausência de metástase em linfonodos regionais

N1 – Metástase em 1 a 3 linfonodos regionais

N2 – metástase em 4 ou mais linfonodos regionais.

M - metástase à distância

MX – A presença de metástase à distância não pode ser avaliada

M0 – Ausência de metástase à distância

M1 – metástase à distância.

Grupamento por Estádios no Câncer de intestino

Estádio 0	Tis	N0	M0
Estádio I	T1, T2	N0	M0
Estádio IIA	T3	N0	M0
IIB	T4	N0	M0
Estádio IIIA	T1, T2	N1	M0
IIIB	T3, T4	N1	M0
IIIC	Qualquer T	N2	M0
Estádio IV	Qualquer T	Qualquer N	M1

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **TNM: classificação de tumores malignos**, 6ª ed, Rio de Janeiro: INCA, 2004.

O prognóstico está relacionado ao grau de infiltração tumoral na parede intestinal (categoria T), à presença ou ausência de desenvolvimento linfonodal (categoria N), e à presença ou ausência de doença metastática (categoria M), ou seja, ao estadiamento clínico (pré-operatório) e anatomopatológico (pós-operatório) [17].

As bases do tratamento estão compostas pela cirurgia, a radioterapia e a quimioterapia. As diferentes formas de tratamento podem ser empregadas de maneira

combinada ou isolada. O tratamento cirúrgico é uma opção e tem a finalidade curativa, promovendo a remoção completa do tumor primário, órgãos ou estruturas adjacentes invadidos e de metástases localizadas. A finalidade paliativa do tratamento cirúrgico tem o objetivo de apenas reduzir ou controlar os sintomas relacionados ao tumor [29].

O cuidado no acompanhamento após o tratamento do câncer colo-retal é importante para assegurar que as alterações de saúde sejam relatadas e para o diagnóstico precoce e tratamento adequado de recidivas ou novos tumores. O suporte emocional é extremamente importante para promover a qualidade de vida dos doentes [17].

Em relação ao tratamento a base de quimioterapia adjuvante no estágio II da doença colo-retal, tem gerado muita controvérsia, devendo-se escolher entre os pacientes operados e com estágio II, quais são os de alto risco para receber tratamento adjuvante, uma vez que o ganho na sobrevida é baixo, beneficiando uma minoria de pacientes. Enquanto que, para os pacientes em estágio III, é a terapia padrão, com aumento na sobrevida e redução da recidiva nos pacientes tratados [30].

1.3. Quimioterapia Adjuvante

Cerca de 60-70% dos pacientes com câncer necessita de quimioterapia como parte do tratamento. Sendo assim, a quimioterapia antineoplásica, na qual são utilizados agentes químicos isolados ou em combinação, tem o objetivo de tratar os tumores malignos e é uma das mais importantes e promissoras maneiras de combater o câncer [31].

Grande parte dos agentes antineoplásicos não possui especificidade, agredindo somente as células tumorais. São tóxicos aos tecidos de rápida proliferação, uma vez

que são drogas que atuam em nível celular, interferindo no seu processo de crescimento e divisão [22].

Existem ainda, outros tipos de quimioterapias utilizadas como opção de tratamento de câncer, como: 1) a quimioterapia para controle temporário da doença, que é indicada em casos específicos, como o câncer de ovário, mieloma múltiplo e as leucemias crônicas; 2) a quimioterapia paliativa que visa o controle dos sintomas em casos de tumores sólidos avançados; 3) a curativa, indicada com a finalidade de cura em casos de câncer infantil, linfomas do adulto e tumores testiculares; 4) a regional, utilizada de modo regional, sendo instalada dentro de fluídos orgânicos (medula espinhal, peritônio, pleura) e 5) a quimioterapia de altas doses, que dependerá do número de células eliminadas e a dose administrada [20].

O objetivo do tratamento adjuvante é destruir todas as metástases ocultas. Foram observados aumentos significativos nas curas de muitos tipos de câncer com a administração por via sistêmica após tratamento locorregional ideal (cirurgia/radioterapia), mesmo não havendo evidências clínicas de metástases [14].

As vias de administração dos quimioterápicos são a oral, a intramuscular, a subcutânea, a intra-arterial, a intravesical, a intratecal, a intraperitoneal, a intrapleural e, a mais utilizada, a endovenosa. Para cada uma delas existem cuidados específicos e, o paciente deve ser informado sobre o procedimento a ser realizado, os possíveis efeitos colaterais e sintomas a serem relatados [32].

Os quimioterápicos podem ser administrados em hospitais, clínicas oncológicas, unidades ambulatoriais ou consultórios especializados. Aspectos como complexidade, duração e toxicidade aguda do protocolo; grau de adesão ao tratamento, tanto do

paciente como dos familiares, proximidade, facilidade de locomoção e aspectos econômicos, são considerados para definir o tratamento [22].

Quanto à responsabilidade de administração de quimioterápicos, a Resolução COFEN - 210, do Conselho Federal de Enfermagem, afirma: “é atribuição do enfermeiro e, os técnicos e auxiliares de enfermagem, não poderão assumir esse procedimento, ficando restrito a esses profissionais o controle de infusão dos quimioterápicos em apoio operacional ao enfermeiro” [33].

Como essas drogas não afetam exclusivamente as células tumorais, os efeitos colaterais ou as toxicidades decorrentes da quimioterapia são evidenciados. Os principais efeitos colaterais ou toxicidades são: toxicidades hematológicas, gastrintestinais, cardiotoxicidade, hepatotoxicidade, toxicidade pulmonar; neurotoxicidade, disfunção reprodutiva, toxicidade vesical e renal, alterações metabólicas, toxicidade dermatológica, reações alérgicas e anafiláticas e fadiga [22].

As estratégias para assegurar que o organismo do paciente se encontre em condições de superar esses efeitos, vão desde sua avaliação prévia, considerando idade, estado nutricional, função renal, hepática e pulmonar, presença de infecções, até o tipo e localização do tumor, existência e extensão de metástases, cálculo das dosagens, intervalos entre as mesmas e vias de administração [20].

A quimioterapia adjuvante vem sendo a opção de escolha no tratamento em alguns casos de câncer de mama e 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 possíveis micrometastases ocultas. Portanto, a finalidade do tratamento através da quimioterapia

adjuvante é justamente, erradicar essas micrometastases, diminuindo a chance de recidiva e aumentando a sobrevida [30].

Partindo desse pressuposto, nosso interesse é abordar a quimioterapia adjuvante em pacientes com diagnóstico de câncer de mama e câncer de intestino, separadamente.

1.3.1. Protocolos de Quimioterapia Adjuvante para câncer de mama

Os protocolos nada mais são do que inúmeras combinações de diversas drogas quimioterápicas com o objetivo de agir seletivamente na célula maligna e preservação dos tecidos normais, promovendo a eficácia no tratamento, reduzindo sua toxicidade [34].

A enfermagem e outros profissionais que integram a equipe oncológica devem ter uma visão geral desta terapêutica usada no tratamento do câncer, bem como, informações precisas sobre as dosagens, esquemas de aplicação e toxicidades dessas combinações, garantindo a segurança e a qualidade do cuidado prestado ao paciente oncológico.

A cada ano, várias drogas são lançadas no mercado com o intuito de promover maior eficácia no tratamento e menos efeito colateral. Porém, algumas dessas drogas ainda não estão inteiramente disponíveis em boa parte dos serviços, ou devido ao seu alto custo, ou ainda, outro fator que dificulte o acesso às mesmas.

Várias combinações de drogas que compõem os protocolos para tratamento do câncer de mama são encontrados na literatura. Porém, em nosso estudo abordaremos os protocolos comumente usados no tratamento quimioterápico adjuvante do câncer de mama e câncer de intestino, de acordo com a coleta de dados realizada. Para tanto,

estaremos nos baseando na classificação de BONASSA [22], para descrevê-los. No câncer de mama identificamos os seguintes protocolos:

- 1) *FAC* – Este tipo de protocolo é composto pelas seguintes drogas:

Fluorouracil, Doxorrubicina (Adriblastina) e Ciclofosfamida. O Fluorouracil é um antimetabólito que bloqueia a síntese de timidina, componente essencial do DNA, o que impede sua síntese. É uma droga ciclocelular específica (fase S). É metabolizada principalmente no fígado e excretada pela via respiratória e, secundariamente, pela urina. Dentre os vários efeitos colaterais, os mais comuns são: mielodepressão (leucopenia, trombocitopenia e anemia); náuseas, anorexia, estomatite, diarreia, vômitos; fotossensibilidade, hiperpigmentação cutânea; conjuntivite, lacrimejamento, cefaléia, fadiga e tontura.

A Doxorrubicina (Adriblastina) é um antibiótico tumoral antracíclico. Liga-se ao DNA da célula impedindo a síntese de DNA, RNA e proteínas. É droga ciclocelular específica (fase S). É metabolizada no fígado e não é absorvida pelo trato gastrointestinal. É excretada principalmente pela via biliar (40 a 50% da droga). Os efeitos colaterais mais comuns estão relacionados a leucopenia, diarreia, trombocitopenia; náuseas e vômitos, mucosite, diarreia, ulceração e necrose do cólon, anorexia; cardiotoxicidade, alopecia; hepatotoxicidade, urina avermelhada, febre, calafrios, conjuntivite e urticária.

A ciclofosfamida (Genuxal) é um agente alquilante que interfere com o cruzamento das cadeias de DNA das células tumorais e, como a célula continua sua síntese de RNA e proteínas, ocorre um desequilíbrio levando à morte celular. Tem significativa ação celular e é droga ciclocelular não específica. É absorvida por via oral e parenteral e metabolizada pelas enzimas oxidases de função mista dos microsossomos

hepáticos, sendo excretada na urina. Os efeitos colaterais mais comuns e significativos são a leucopenia, trombocitopenia, anemia; náuseas e vômitos, anorexia, estomatite, diarreia; cistite hemorrágica ou não, supressão gonadal; alopecia, dermatite, urticária; hepatotoxicidade, nefrotoxicidade, cardiotoxicidade, coriza, congestão nasal, hipotensão e cefaléia.

As doses mais comuns são 500mg/m² de 5FU, 50mg/m² de doxorubicina e 500mg/m² de ciclofosfamida, EV, com ciclos a cada 21 dias [26].

- 2) *CMF* – As drogas que compõem este protocolo são: *Ciclofosfamida, Metotrexato e Fluorouracil*.

O Metotrexato (MTX) é um antimetabólito que atua na fase S do ciclo celular. A absorção pelo trato gastrointestinal está relacionada à dosagem administrada, sendo que por via intramuscular, as doses são completamente absorvidas. É metabolizado no fígado e excretado principalmente pela urina. Alguns efeitos colaterais mais comuns são leucopenia, trombocitopenia, anemia; náuseas e vômitos, diarreia, estomatite, anorexia; hepatotoxicidade, nefrotoxicidade e cistite.

As doses mais comuns são 600mg/m² de ciclofosfamida, 40mg/m² de metotrexato e 600mg/m² de 5FU, EV, com ciclos a cada 21 dias [26].

- 3) *AC* – *Doxorubicina(Adriblastina) e Ciclofosfamida*.

As doses mais comuns são 60m/m² de doxorubicina e 600mg/m² de ciclofosfamida, EV, com ciclos a cada 21 dias [26].

1.3.2. Protocolos de Quimioterapia Adjuvante para câncer de intestino

O 5-fluorouracil (5-FU) é a droga de escolha para o tratamento quimioterápico adjuvante do câncer colo-retal. Associado ao ácido folínico, mais conhecido como leucovorina/leucovorin (LV), tem seu efeito aumentado na concentração intracelular. Esta associação ficou estabelecida como tratamento padrão no câncer colo-retal metastático no período de 1980 a 2002. Hoje, outras drogas estão sendo associadas devido à baixa toxicidade, como o irinotecano e a oxaliplatina [30].

O ácido folínico é o sal cálcico que potencializa os efeitos citotóxicos do fluorouracil (5-FU), além de diminuir a toxicidade e neutralizar o efeito de superdosagens de seus antagonistas como o metotrexato. Os efeitos colaterais que podem estar associados são: trombocitose; náuseas; indisposição gástrica; diarreia; prurido; toxicidade hematológica e gastrintestinal [22].

Na literatura pesquisada, encontramos estudos que relatam o uso de 5 – Fluorouracil (5-FU) no tratamento quimioterápico adjuvante para câncer de intestino, como por exemplo, o trabalho de Cordeiro et al [35] que recomenda, para pacientes em estágio III os seguintes esquemas: 5-FU/Leucovorin por 6 meses; 5 –FU/Leucovorin em altas doses por 6 meses e 5-FU/Levamisole durante 1 ano. Para pacientes em estágio II, estes mesmos autores citam que ainda há controvérsias no tratamento adjuvante. Porém, é considerado padrão o uso de 5-FU combinado ou não com leucovorin, demonstrando aumento nas variáveis de sobrevida. Zaniboni e Labianca [36] consideram que esta associação do 5-FU e leucovorin é bem tolerada pelos pacientes, não havendo detrimento em sua qualidade de vida.

1.4. Qualidade de Vida (QV)

A Oncologia conta com o auxílio de outras especialidades, como a cirurgia, pediatria, patologia, radiologia, psiquiatria entre outras. Ela tem como fator facilitador do seu sucesso o uso das ações multidisciplinares, com os principais objetivos voltados para uma assistência adequada, a cura quando possível, a remissão da doença e a melhoria da QV do paciente.

A mensuração de QV do paciente oncológico, nos dias atuais, é um importante recurso para avaliar os resultados do tratamento na perspectiva do paciente. A enfermagem tem um importante papel na avaliação clínica do tratamento e, pela monitorização dos sintomas da doença e efeitos colaterais da terapêutica, é possível avaliar a QV dos sobreviventes do câncer [37].

A qualidade de vida tem se tornado nas últimas décadas, tema de grande interesse tanto entre o público em geral, como no âmbito acadêmico, constituindo-se em objeto de estudo de diversas disciplinas das ciências médicas, humanas e sociais [37].

Ao discutirmos qualidade de vida, deparamo-nos com uma abrangência de definições, que variam segundo o contexto em que se vive e nas áreas que a discutem. O termo, portanto, é amplo na literatura médica, não podendo ter um único e distintivo significado. Muitos autores avaliam estado de saúde chamando isso de QV com a intenção de descrever a saúde do paciente, como o estado de saúde ou estado funcional [38].

A QV sob uma dimensão qualitativa está relacionada direta e indissoluvelmente às condições ambientais, sociais e emocionais, com que se desenvolve a vida de cada um de nós [39].

O termo tem componente subjetivo e objetivo, sendo o aspecto subjetivo essencial, porque o senso de satisfação pessoal é intrínseco à qualidade de vida. O aspecto objetivo é necessário também, pois pessoas que vivem situações de pobreza e miséria podem sentir-se satisfeitas com sua vida, enquanto que outras, enfrentando condições adversas de risco à saúde podem avaliar sua qualidade de vida pior que a desejada [1].

Para Minayo et al [40] qualidade de vida é uma noção eminentemente humana que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Esses autores ainda consideram que o termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em diferentes épocas e espaços de histórias.

O termo também está ligado às prioridades de cada indivíduo e ao seu contexto de vida, existindo uma semelhança entre uma variedade de termos de QV, aos atributos como satisfação de vida, bem-estar, saúde, trabalho, felicidade, lazer, auto-estima e valores de vida. Porém, ainda hoje inexistente uma definição aceita universalmente [41].

Farquhar [42] considera que antes da QV ser avaliada, é necessário definir quais qualidades que tornam a vida e a sobrevivência valiosas. O autor enfatiza, ainda, o desenvolvimento de uma classificação ou taxonomia das definições de qualidade de vida que sirva para demonstrar não somente a falta de um consenso, mas também de definições existentes em uma estrutura, a fim de identificar elementos comuns e destacar os fatores que influenciam as definições.

A qualidade de vida, no campo da saúde, tem sido incorporada como um objetivo a ser alcançado. Na avaliação da qualidade de vida de pessoas saudáveis, a saúde pode não ser um fator determinante; porém em uma pessoa com a saúde ameaçada por uma doença aguda ou crônica, a avaliação de seu estado de saúde irá contribuir de forma decisiva para a análise da QV experimentada [43].

É na condição de recuperação da saúde após um evento de doença ou agravo que ocorre a experimentação de QV, ou seja, o quanto se pode extraí-la da vida, dado que circunstâncias adversas se manifestam [44].

Minayo; Hartz; Buss [40] consideram que a relação entre saúde e QV vem permeando a história da medicina social ocidental desde os seus primórdios, nos séculos XVIII e XIX. A idéia dessa relação foi sendo referenciada por investigações sistemáticas, tendo subsídios para políticas públicas e movimentos sociais.

Apesar de não haver uma definição consensual de QV, existe uma concordância razoável entre os pesquisadores acerca do construto QV, cujas características são a *subjetividade*, relacionada às respostas que devem ser do próprio indivíduo e dependem de sua experiência de vida, valores e cultura; a *multidimensionalidade*, que se caracteriza pelos vários domínios que envolvem a avaliação de QV e a *bipolaridade*, cuja avaliação de QV pode variar de Bom para Ruim. Portanto, a concepção de QV é diferente entre os indivíduos, locais e tempos diferentes.

Conceituar QV é tão difícil, quanto o é medi-la, pois pode haver influências de valores culturais, éticos e religiosos, como também, valores e percepções pessoais. Sendo assim, as doenças crônicas têm sido prioridade nos estudos de QV, uma vez que as condições objetivas e subjetivas de vida do indivíduo e família, podem alterar a

forma de como o indivíduo vivencia estas transformações, podendo levar a uma agudização da doença ou melhora do quadro [41].

Na área da oncologia, os primeiros trabalhos de Karnofsky (1948), deram início à avaliação de QV com o desenvolvimento de uma escala que avaliavam a função física e as condições de desempenho do paciente [45].

Com o crescimento do intercâmbio de informações, outras atividades internacionais surgiram, entre estas, o desenvolvimento de uma abordagem integrada e modular para a avaliação de QV em pacientes oncológicos.

1.4.1. Instrumentos para avaliação de QV em câncer

No Brasil e no mundo, é observado um crescimento acentuado no interesse em se estudar QV, estimulando, desta forma, o surgimento de pesquisas sobre o tema com a tradução e a validação dos questionários de QV para a língua portuguesa [46].

Vários instrumentos que avaliam QV em pacientes com câncer são encontrados na literatura internacional: Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) desenvolvido por Zigmond and Snaith em 1983; The McGill Pain Questionnaire (MPQ) por Melzack and Torgerson em 1971; Symptom Distress Scale por McCorkle and Young em 1978; McGill Náusea Questionnaire (MNQ) por Melzack et al em 1985; European Organization for Research on Treatment of Cancer (EORTC) desenvolvido por Aaronson et al em 1986; Rotterdam Symptom Checklist por Haes et al em 1986, 1990; Functional Living Index – Câncer (FLIC) por Schipper et al em 1984; Functional living Index Emesis (FLIE) desenvolvido por Lindley et al em 1992; Câncer Inventory of problem Situations (CIPS) and The Câncer Rehabilitation Evaluation System (CARES) por Schag et al em 1983, Heinrich et al em 1984); linear Analogue Self-Assessment Scale (LASA) por

Priestman and Baum em 1976; Ontário Câncer Institute/Royal Marsden Lasa Sacale por Selby et al em 1984; Padilla Quality of Life (QL) Scale and Variants, including the Multidimensional Quality of life Scale – câncer (MQOLS-CA) por Padilla et al em 1981, 1983,1990; Holes and Dickerson Scale por Holmes and Dickerson em 1987, Holmes em 1989; Global Quality of Life Scale (COATES) por Coates et al em 1990;Quality of Life Index por Ferrans and Powers em 1985; Vas for Bone Marrow Transplant Patients por Grant et al em 1992; Functional Assessment of Cancer Therapy – Lung Quality of Life Instrumente (FACT-L) por Cella et al em 1990, 1995; Brest cancer Chemotherapy Questionnaire (BCCQ) por Levine et al em 1988; European Neuroblastoma Study Group Quality of Life Assessmente Form – Children (QLAF-C) por Feeny et al em 1991; Cancer Leukaemia Group B Studies (CALGB) por Holland et al em 1986; Burge Quality of Life Severity Scale por Burge et al em 1975 e Time Without Symptoms and Toxicity (TWIST) por Gelber and Goldhirsh em 1986

No Brasil, o número de instrumentos para medir QV, confiáveis e válidos, ainda é pequeno. Para esta pesquisa, escolhemos o instrumento da European Organization for Research and Treatment of Câncer Quality of Life Questionnaire “Core” 30 Items (EORTC-QLQ-C30) versão 3.0 em português, por ser um instrumento específico que avalia a qualidade de vida em pacientes portadores de câncer.

1.4.2. Qualidade de Vida e Quimioterapia Adjuvante no câncer de mama e câncer de intestino

Há mais de três décadas, a quimioterapia sistêmica tem sido o tratamento de escolha para pacientes de câncer de mama, com doença avançada. Na década de 80 e início de 90, foi verificado que altas doses de quimioterapia gerou interesse devido a um possível benefício de sobrevida. No entanto, não existia um trabalho comparativo [47].

Broeckel et al [48] avaliaram a QV de pacientes com câncer de mama, tratadas previamente com quimioterapia adjuvante. Uma amostra dessas mulheres foi comparada à outra sem nenhuma história de câncer. Para tanto, eles utilizaram os instrumentos: Medical Outcomes Study Short Form 36 (SF-36) e o Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D). Estes autores verificaram que as pacientes com câncer de mama apresentaram problemas em vários domínios de QV após concluírem o tratamento e que, as características demográficas e clínicas poderiam explicar as diferenças individuais nos aspectos mentais, mas não nos físicos.

Para avaliar o impacto da presença, o momento certo e a duração da quimioterapia adjuvante nos pacientes com câncer de mama e a percepção de sua QV, um estudo de Hürny, et al [49] mostraram que os scores de QV diminuíram conforme o número de nódulos axilares envolvidos, aumentavam. Por exemplo, a média do score foi de 66,1 para mulheres com um nódulo positivo, 66,4 de dois a quatro nódulos, 61,3 de cinco a nove nódulos positivos e 59,1 de dez ou mais nódulos positivos. A QV dessas pacientes foi avaliada no começo do tratamento, dois meses após, a cada três meses e um e seis meses após a recorrência. Os autores utilizaram um questionário de QV praticável tendo incluído cinco indicadores de QV relacionada à saúde que são especialmente relevantes em pacientes com câncer de mama: bem estar físico, humor,

apetite e percepção de ajustamento e enfrentamento. Eles concluíram que a quimioterapia tinha um efeito adverso mensurável na QV, sendo transitório e menor comparado com pacientes adaptadas após diagnóstico e cirurgia.

A depressão, também é outro sintoma relatado na literatura e que, pode acometer pacientes com câncer de mama, porém no estudo de Silva et al (50), que avaliaram a QV e a depressão em pacientes com câncer de mama, utilizando o instrumento WHOQL-bref e o questionário Beck que avalia depressão, não encontraram um nível significativo de depressão nas pacientes com câncer de mama e, com exceção do domínio físico, o início da quimioterapia pareceu não implicar em piora da QV das mulheres com câncer de mama, quando comparadas às mulheres em seguimento ou mulheres sem doença.

Tchen et al (51) avaliaram 110 mulheres recebendo quimioterapia adjuvante, comparando com um grupo controle e utilizaram os instrumentos: the High-Sensitivity Cognitive Screen e o Functional Assessment of Câncer Therapy-General (FACT-G) escala de QV com subescalas para fadiga (FACT-F) e sintomas endócrinos (FACT-ES). Neste estudo, os autores concluíram que a quimioterapia adjuvante causa disfunção cognitiva, fadiga e sintomas menopausal em mulheres com câncer de mama.

Por outro lado, Ganz et al [52] em um estudo onde avaliaram 558 pacientes com câncer de mama de acordo com o tratamento recebido, utilizando medidas padronizadas de qualidade de vida, incluindo escalas padronizadas de função física e emocional, humor, sintomas e função sexual, concluíram que ao final do tratamento primário para câncer de mama, as mulheres de todos os grupos relataram boa função emocional, mas diminuição na função física, particularmente aquelas que tinham mastectomia ou recebido quimioterapia.

Na busca da melhoria da qualidade da assistência a mulheres com câncer de mama, os indicadores de QV poderão auxiliar na prática clínica, nortear estratégias de intervenção terapêutica, avaliar sucesso de intervenção após cirurgia e tratamento oncológico, além de criar parâmetros para definição de ações no sentido de promoção de saúde individual ou coletiva [53].

No câncer colo-retal, o tratamento sistêmico dos doentes tem aumentado de maneira significativa suas sobrevidas, tornando-se um avanço no tratamento destes doentes, nos últimos anos [54].

Para Vironen et al [55] a avaliação da QV é um resultado importante que tem que ser considerado quando se decide uma estratégia de tratamento para o câncer retal. Um estudo desses mesmos autores objetivou encontrar o impacto de efeitos adversos da cirurgia relacionados a qualidade de vida. Para tanto, utilizaram questionários como o RAND-36 e questionários que avaliam disfunção urinária, sexual e intestinal que foram aplicados em 94 pacientes. Eles concluíram que a QV após a cirurgia de câncer retal não é pior que a da população geral, e que, o principal impacto adverso no intestino e na função urogenital está na função social, devendo ser discutido com o paciente durante o período pré-operatório.

A comunicação médico-paciente parece ser outro fator que pode interferir na QV de pacientes com câncer colo-retal. Em um estudo de Kerr et al [56] onde avaliaram, por um período de quatro anos, o efeito da comunicação na qualidade de vida de pacientes com câncer retal, utilizando os instrumentos EORTC QLQ C30 e o CR-38, estes autores concluíram que a comunicação não clara está associada à piora na qualidade de vida de pacientes com câncer retal.

Utilizando dois instrumentos que avaliam QV, o EORTC QLQ C30 e o Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS, Tsunoda et al [57], analisaram a associação entre a função emocional de 128 pacientes, nos escores dos respectivos questionários por regressão linear múltipla. Estes autores concluíram que a função emocional no EORTC QLQ-C30 foi predominantemente relacionada à ansiedade, no entanto, a depressão teve maior impacto na QV global dos pacientes do que a ansiedade.

Frente ao que foi exposto, justificamos nosso interesse em avaliar a qualidade de vida de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico adjuvante.

1.5 – Referencial Teórico

Para este trabalho, adotamos o modelo de Qualidade de Vida aplicado entre sobreviventes de câncer, proposto por FERREL e col. [58] Segundo este autor, os meios para se medir corretamente os domínios de QV entre os sobreviventes de câncer, vem ganhando popularidade e atenção especial, onde o foco dos cuidados durante o tratamento ativo está voltado para os seguintes domínios: o bem estar físico, o bem estar psicológico, aspectos de bem estar social e bem estar espiritual. Existe uma interação dinâmica entre esses domínios, sendo que distúrbios em qualquer um destes, conseqüentemente, poderá afetar a qualidade de vida como um todo.

As preocupações quanto aos efeitos tardios do tratamento do câncer no bem estar físico e psicológico, estão relacionadas aos sintomas, tais como: a fadiga, a dor, baixo desempenho físico, sexual e cognitivo. Tais sintomas físicos têm sido identificados e, quando não controlados, poderão afetar o funcionamento normal e o enfrentamento do dia-a-dia.

Psicologicamente, o medo associado à recorrência do câncer, a incerteza quanto ao futuro, a solidão, o isolamento, e a ansiedade, a depressão podem atormentar o paciente. Em relação ao bem estar social, o paciente com câncer pode ter esta dimensão ameaçada, pois, as limitações relacionadas ao bem estar físico, podem restringi-lo do convívio social além de requerer uma atenção maior da família e de amigos para o auxílio no desenvolvimento de atividades pelas quais ele se sente limitado a realizar. O bem estar físico influencia também a espiritualidade, surgindo preocupações existenciais e espirituais após o tratamento do câncer. Alguns estudos relatam o stress espiritual de solidão, o desespero, a mágoa e as incertezas sobre o futuro.

O bem estar físico é definido como o controle ou alívio dos sintomas e a manutenção da função e da independência [58]. Certamente os procedimentos terapêuticos do câncer têm impacto no bem estar físico do paciente devido às diversas respostas orgânicas, como as náuseas e vômitos, a mucosite, a perda de cabelo, a fadiga, as mudanças nas características da pele, relacionadas ao tratamento radioterápico e quimioterápico.

O bem estar social é definido como uma forma de visualizar não apenas o câncer ou os seus sintomas, mas, também o significado pelo o qual reconhecemos o impacto da doença e tratamento sobre a pessoa com câncer, a perda de seus papéis e relacionamentos.

O bem estar psicológico é definido como a procura por um sentido de controle diante das ameaças da vida pela doença caracterizada pelo estresse emocional que modifica as prioridades da vida, gera o medo do desconhecido, bem como as mudanças positivas na vida. Os aspectos psicológicos incluem a depressão, ansiedade,

incertezas, aparência, auto-estima, medo de recorrência da doença e estresse decorrente da cirurgia.

O bem estar espiritual é caracterizado pelas dimensões existenciais e religiosas. Os autores desse modelo caracterizam o bem estar espiritual como sentimentos rodeados de incertezas, as desesperanças, os objetivos de vida, as mudanças espirituais positivas, o aumento do significado de vida e a importância das atividades espirituais.

O modelo de qualidade de vida está representado na figura 1.

Figura 1. Modelo de Qualidade de Vida para sobreviventes do câncer.

Fonte: FERREL, B.R.; HASSEY DOW, K.; GRANT, M. (1995).

2.OBJETIVOS

2.1 – Objetivo Geral:

- Avaliar a qualidade de vida de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico adjuvante.

2.2 –Objetivos Específicos:

- Caracterizar a amostra quanto aos dados sócio-demográficos, clínicos e terapêuticos.
- Comparar os domínios de QV dos pacientes no início do tratamento quimioterápico adjuvante e três meses após.
- Identificar os domínios da qualidade de vida (QV) afetados nos pacientes com câncer de mama e câncer de intestino.
- Correlacionar as variáveis como: tipo de câncer, idade e tipo de tratamento, com o estado geral de saúde/QV.

3.METODOLOGIA

3.1 – Tipo de estudo

A avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico adjuvante requer a realização de um estudo descritivo - exploratório, com delineamento longitudinal, do tipo estudo de acompanhamento e, quantitativo.

A descrição quantitativa envolve atributos mensuráveis de um fenômeno, além da predominância, incidência e tamanho deste. Nesta investigação, o pesquisador observa, conta, descreve e classifica o fenômeno. Além de observar e descrevê-lo, o pesquisador pode aprofundar a investigação de sua natureza complexa, e os outros fatores com os quais o problema está relacionado, obtendo assim, a pesquisa exploratória [59].

Os estudos longitudinais do tipo acompanhamento referem-se ao status subsequente dos sujeitos com condições específicas ou dos que receberam uma intervenção específica, podendo ser acompanhados para que sejam estabelecidos os efeitos do tratamento em longo prazo [59].

3.2 - Amostra

Trata-se de uma amostragem por conveniência, uma vez que foi composta no período de outubro de 2005 a junho de 2006. Do total de 22 pacientes entrevistados, 1 foi excluído pois se recusou a responder à segunda entrevista. Portanto, a amostra constou de 21 pacientes.

Os critérios de inclusão foram: pacientes que concordaram em participar do estudo, com diagnóstico de câncer de intestino e pacientes com diagnóstico de câncer de mama e que estavam iniciando a terapêutica adjuvante.

Os critérios de exclusão foram: pacientes com outros diagnósticos e pacientes que se recusaram a participar do estudo.

3.3 - Local do estudo

A coleta de dados foi realizada em três locais diferentes de atendimento ao paciente com câncer na cidade de Ribeirão Preto – São Paulo: Centro Especializado de Oncologia – CEON; Fundação Sobeccan e Clínica de Tratamento Oncológico – CTO.

O CEON faz parte do Hospital Beneficência Portuguesa, desta mesma cidade, onde realizam atendimentos ambulatoriais, através de consultas, exames, tratamento e seguimento de pacientes adultos com câncer.

A Fundação para Pesquisa, Prevenção e Tratamento do Câncer – SOBECCAN – é uma fundação filantrópica, sem fins lucrativos e vive de doações da comunidade de Ribeirão Preto e região. Presta atendimento ambulatorial a pacientes adultos com câncer procedendo aos diagnósticos, tratamento e seguimento desses pacientes.

A Clínica de Tratamento Oncológico – CTO, é uma clínica particular que presta atendimento ambulatorial aos pacientes adultos com câncer desde o diagnóstico até o tratamento e seguimento dos mesmos.

3.4 – Coleta de Dados – Procedimentos

Após aprovação do Projeto de Pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EERP/USP (Anexo 1), foram selecionados os pacientes através de visitas diárias realizadas pela pesquisadora nos locais do estudo, onde foram abordados aqueles que se enquadravam nos critérios de inclusão e que estavam na primeira sessão de quimioterapia adjuvante. Após a coleta dos dados dos pacientes, através de seus

prontuários que foram registrados no instrumento de características sócio-demográficas, clínicas e terapêuticas (Anexo 2), cada paciente foi convidado a participar do estudo, sendo informado dos objetivos da pesquisa, da confiabilidade dos dados, como também do modo de aplicação e o destino dos dados obtidos e, em estando de acordo, procedeu-se à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 3).

Em seguida, a entrevista foi realizada primeiramente para complementar os dados sócio-demográfico e clínicos, como: religião, endereço, telefone de contato e uso atual de medicamentos. Após a complementação desses dados, foi aplicado o instrumento EORTC QLQ C30 (Anexo 4), para avaliação da Qualidade de Vida no início do tratamento. Três meses após a primeira sessão de quimioterapia, os pacientes foram entrevistados pela pesquisadora por meio de contato telefônico, utilizando-se o mesmo instrumento para avaliação da qualidade de vida, o EORTC QLQ C30.

3.5 – Instrumento para a Coleta de Dados

O instrumento da European Organization for Research and Treatment of Câncer Quality of Life Questionnaire “Core” 30 Items (EORTC-QLQ-C30) versão 3.0 em português, foi utilizado para avaliar a qualidade de vida no início do tratamento, ou seja, na primeira sessão de quimioterapia e três meses após.

Este instrumento foi criado pela Organização Européia de Pesquisa e Tratamento do Câncer (EORTC) em 1986 e foi denominado de QLQ-C30, sendo disponível em três versões. A primeira versão contendo 36 questões é de 1987, a segunda é de 1993 e a terceira, contendo 30 questões, é de 2000.

Este questionário, no Brasil, foi validado por Brabo [60]. Santos [43] aplicou este instrumento para avaliar a qualidade de vida de pacientes com câncer colo-retal tratados com intenção curativa. Neste estudo, foi encontrado um Coeficiente alfa de Cronbach acima de 0,70 em cinco escalas do total de nove e, a escala Função Social apresentou um coeficiente de 0,69. Nas escalas de sintomas, fadiga e náuseas e vômitos, o coeficiente alfa de Cronbach variou de 0,47 a 0,57.

O questionário contém 30 itens compostos por escalas com múltiplos itens e medidas de item único que visam refletir a multidimensionalidade do construto QV.

Estas escalas incluem cinco escalas funcionais (função física, função cognitiva, função emocional, função social e desempenho de papéis, três escalas de sintomas (fadiga, dor, náuseas e vômitos), uma escala de qualidade de vida e saúde global, seis outros itens que avaliam sintomas comumente relatados por doentes com câncer (dispnéia, falta de apetite-anorexia, insônia, constipação e diarreia), escala de avaliação do impacto financeiro do tratamento e da doença).

Os escores das escalas e das medidas variam de 0 a 100, sendo que um alto valor do escore representa um alto nível de resposta. Assim, se o escore apresentado na escala funcional for alto, isso representa um nível funcional saudável, enquanto que um escore alto na escala de sintomas, representa um nível alto de sintomatologia e efeitos colaterais.

É estabelecido um escore bruto (EB) de cada escala, formado pela somatória do valor das alternativas apontadas em cada questão/item que compõe a escala e divide-se pelo número de respostas. O valor das alternativas variam de 1 a 4, da questão 1 a 28. Desta forma tem-se:

$$EB = q1+q2+q3.....+qn/n$$

Onde n é o número total dos itens que compõem a escala ou item individual.

A partir de então, é realizada a transformação linear (escore entre 0 e 100), que deve seguir os seguintes passos:

*Cálculo para as Escalas Funcionais:

$$\text{Escore} = [(EB-1)/\text{variação}] \times 100$$

*Cálculo para a escala Global – EGS/QV:

$$\text{Escore} = [(EB-1)/\text{variação}] \times 100$$

*Cálculo para as escalas/itens sintomas:

$$\text{Escore} = [(EB-1)/\text{variação}] \times 100.$$

O quadro 1 apresenta a estrutura do instrumento EORTC QLQ-C30.

Número				Definição	
Escalas*	Questões	Item	Níveis**	Escore mínimo = 0 (floor)	Escore máximo = 100 (ceiling)
Medida Global de Saúde/QV					
EGS/QV	29 e 30	2	6	Condição física e qualidade de vida ruim.	Condição física e qualidade de vida excelente.
Escalas Funcionais					
FF	1 a 5	5	3	Confinado a cama, necessita de ajuda para tomar banho, vestir-se e comer.	Pode realizar atividades físicas pesadas sem dificuldades.
DP	6 e 7	2	3	Impedido de trabalhar ou realizar atividades de lazer.	Não apresenta limitações no trabalho ou lazer.
FE	21 a 24	4	3	Sente-se muito tenso, irritado, deprimido e preocupado.	Não se sente tenso, irritado, deprimido e preocupado.
FC	20 e 25	2	3	Apresenta muita dificuldade em concentrar-se e recordar informações.	Não apresenta dificuldades de concentração e memória.
FS	26 e 27	2	3	A condição física e o tratamento interferem muito na vida familiar e em atividades sociais.	A condição física e o tratamento não interferem na vida familiar e nas atividades sociais.
Escalas de Sintomas					
FAD	10,12 e 18	3	3	Não se sente cansado ou fraco e não necessita descansar.	Sente-se muito fraco cansado e necessita descansar a maior parte do tempo.
NAV	14 e 15	2	3	Não apresenta náuseas ou vômitos.	Sente-se muito nauseado e vomita muito.
Dor	9 e 19	2	3	Não sente dor.	Apresenta muita dor que interfere em todas as atividades.
Sintomas (Itens)					
DIS	8	1	3	Não apresenta dispnéia.	Apresenta dispnéia severa.
INS	11	1	3	Não tem dificuldades para dormir.	Não consegue dormir.
PAP	13	1	3	Apetite conservado.	Anorexia severa.
COM	16	1	3	Sem constipação.	Constipação severa.
DIA	17	1	3	Sem diarreia.	Diarreia severa.
Item					
DIF	28	1	3	A condição física e o tratamento não provocam dificuldades financeiras.	A condição financeira e o tratamento provocam muitas dificuldades financeiras.

* Siglas das Escalas: EGS/QV = Escala Geral de Saúde/QV; FF = Função Física; DP = Desempenho de Papel; FE = Função Emocional; FC = Função Cognitiva; FS = Função Social; FAD = Fadiga; NAV = Náuseas e Vômitos; DIS = Dispnéia; INS = Insônia; PAP = Perda de Apetite; COM = Constipação; DIA = Diarreia; DIF = Dificuldades Financeiras. **Diferença entre a maior e a menor resposta possível de cada item.

Quadro 1 – Escalas e itens do EORTC QLQ-C30, questões correspondentes, número de itens e variação de cada item.

3.6. Análise Estatística dos Dados

3.6.1 Métodos para validação do instrumento para Avaliação da Qualidade de Vida

Os métodos utilizados para verificar a adequação do instrumento em relação à amostra estudada foram parte dos métodos empregados para avaliar a confiabilidade do EORTC QLQ-C30. Foi verificada a consistência interna das escalas através do Coeficiente alfa de Cronbach.

3.6.2 Verificação da associação entre as escalas do instrumento para Avaliação da Qualidade de Vida e as variáveis sócio-demográficas, clínicas e terapêuticas

As variáveis sócio-demográficas, clínicas e terapêuticas são apresentadas sob a forma de tabelas, com as frequências absolutas e porcentagens correspondentes.

Os escores das escalas do questionário de qualidade de vida são apresentados utilizando a medida de tendência central (média) e medida de variabilidade (desvio-padrão).

O teste paramétrico utilizado foi o teste "t" para a comparação entre as médias de variáveis das escalas por meio do programa de computador, Prism 3.0, bem como o coeficiente de correlação linear de Pearson usado na avaliação das correlações de variáveis numéricas contínuas.

Para este estudo foi adotado o valor de $P \leq 0,05$ como estatisticamente significativo.

Para análise dos dados foi utilizado o software SPSS (Statistical Package for Social Science),

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 – Características sócio-demográficas

Os resultados descritos a seguir representam as características demográficas do grupo em estudo, quanto ao sexo, idade, estado civil, profissão, procedência e escolaridade (TABELA 1). Os dados foram coletados em três diferentes clínicas de tratamento oncológico (Centro Especializado de Oncologia – CEON; Fundação Sobeccan e Clínica de Tratamento Oncológico – CTO), da cidade de Ribeirão Preto-SP.

TABELA 1 - Características sócio-demográficas dos 21 sujeitos tratados com quimioterapia adjuvante, em três diferentes clínicas de tratamento (Ribeirão Preto-SP), outubro de 2005 a junho de 2006.

Características	f	%
Sexo		
Feminino	13	61,9
Masculino	08	38,1
Idade		
20 a 40 anos	03	14,3
41 a 60 anos	11	52,4
61 a 80 anos	07	33,3
Estado Civil		
Solteiro (a)	04	19,1
Casado (a)/Amasiado (a)	15	71,4
Viúvo (a)	02	9,5
Profissão		
Do lar	06	28,6
Aposentado/Pensionista	09	42,8
Outras	06	28,6
Procedência		
Ribeirão Preto	13	61,9
Região	08	38,1
Escolaridade		
Fundamental	14	66,6
Médio	04	19,1
Superior	03	14,3

f = frequência em números absolutos; % = frequência em porcentagem.

A média de idade, no grupo em estudo, foi de $55,5 \pm 12,0$ anos, com idade mínima de 28 anos e máxima de 70 anos, com predominância do sexo feminino (68,9%), em relação ao masculino (38,1%). A literatura demonstra que houve uma

feminilização no envelhecimento brasileiro, fenômeno atribuído à menor exposição a determinados fatores de risco, notadamente no trabalho, menor prevalência de tabagismo e uso de álcool, diferenças quanto à atitude em relação às doenças e incapacidades, e, por último, maior cobertura da assistência gineco-obstétrica [61]. Nossos dados podem estar relacionados ao número de pacientes com câncer de mama que compõem este estudo e com os dados da literatura [6], que revelam alta incidência deste tipo de câncer em mulheres.

A TABELA 1 ainda mostra uma porcentagem maior de pessoas acometidas pela doença na faixa etária entre 41 a 60 anos (52,4%), o que vai de encontro aos dados da literatura que revelam incidências maiores de câncer colo-retal em pacientes acima de 50 anos, e, para o câncer de mama, uma incidência rara antes dos 35 anos, com crescimento rápido e progressivo acima desta faixa etária [62]; [13].

Em relação à situação conjugal dos pacientes entrevistados (71,4%) vivem em união consensual. Os dados também demonstraram que apenas 19,1% são solteiros e os demais (9,5%) são viúvos.

Do total dos 21 sujeitos entrevistados indicaram ser aposentados/pensionistas (42,8%), de donas de casa (28,6%) e indivíduos que trabalham (28,6%). Segundo Rosa et al. [63], os aposentados e donas de casa têm aproximadamente oito vezes mais chance de ter problemas com a capacidade funcional, à medida que envelhece. O mesmo estudo também ressaltou que os pensionistas têm essa chance dobrada. Os demais (28,6%) ainda estavam na ativa. De acordo com os dados do IBGE [64], cerca da metade dos homens com 60-69 anos, trabalham, enquanto que apenas 23% das mulheres, nessa faixa, exercem algum tipo de atividade fora do lar, o que compromete as condições de vida das mesmas.

Verificamos neste estudo que a procedência dos sujeitos entrevistados foi de 61,9% procedentes de Ribeirão Preto e 38,1% de outras regiões vizinhas, por serem desprovidas de centros de atendimento de alta complexidade.

A escolaridade dos sujeitos do presente estudo mostrou ser baixa, revelando que 66,6% possuíam o nível fundamental, enquanto que 19,1% possuíam nível médio e apenas 14,3%, o nível superior. Estudo de Rosa et al. [63] indicou que os idosos com nível mais baixo de escolarização (apenas lê e escreve/analfabeto) apresentam chance cerca de cinco vezes maior de ter problemas de saúde e em consequência, dependência moderada/grave de perda da capacidade funcional.

Estudando a relação do tratamento e dados sócio-demográficos na QV em pacientes com diagnóstico precoce de mama, utilizando os instrumentos que avaliam QV, o EORTC QLQ-C30 e o questionário específico para câncer de mama, o QLQ BR-23, Janz et al [65] verificaram que diferenças significativas na QV por tratamento cirúrgico estavam limitadas à imagem corporal em mulheres submetidas a mastectomia com reconstrução, referindo menores escores que aquelas submetidas à cirurgia conservadora da mama. Em relação à quimioterapia, os escores de QV estiveram baixos em todas as quatro dimensões de QV, com uma desproporcionalidade de grande impacto naquelas com baixo nível de educação. Mulheres jovens relataram baixos escores de QV em sete de nove dimensões de QV. Esses autores concluíram que os médicos devem reconhecer o impacto do tratamento na QV, podendo variar de acordo com a idade e o nível educacional das mulheres.

4.2 – Características clínicas

A TABELA 2 mostra os resultados que dos 21 sujeitos do estudo, 10 deles possuíam câncer de mama, correspondendo 47,6%, enquanto que os 11 restantes, apresentavam câncer de intestino, com 52,4%. Além do mais, somente 9,5% dos clientes apresentaram metástases.

TABELA 2 - Características clínicas dos 21 sujeitos tratados com quimioterapia adjuvante, em três diferentes clínicas de tratamento (Ribeirão Preto-SP), outubro de 2005 a junho de 2006.

Características	<i>f</i>	%
Tipo de câncer		
Mama	10	47,6
Intestino	11	52,4
Presença de metástase		
Sim	02	9,5
Não	19	90,5

f = frequência em números absolutos; % = frequência em porcentagem.

Dados da literatura [13] revelam que o câncer de mama, na região Sudeste, é o mais incidente entre as mulheres, com um risco estimado de 71 casos novos por 100 mil; é o segundo tipo de câncer mais freqüente no mundo e o primeiro entre as mulheres. Com relação ao câncer colo-retal, os registros do INCA [13] estimaram para 2006, a ocorrência de 11.390 casos em homens e de 13.970 em mulheres sendo o segundo tipo de câncer mais prevalente no mundo, depois do câncer de mama.

4.3 – Características terapêuticas

Com relação às características terapêuticas dos 21 sujeitos entrevistados no presente estudo, verificamos que apenas 9,5% recebiam radioterapia concomitante à quimioterapia adjuvante. Por outro lado, o intervalo para o início da quimioterapia após cirurgia, para o maior número deles foi de dois meses, ou seja, 47,6% dos clientes (TABELA 3). Trabalho publicado na Revista Brasileira de Mastologia [66] sugere que a administração mais precoce da quimioterapia possa ser útil, uma vez que com a remoção do tumor primário e o trauma cirúrgico, o número de células tumorais circulantes pode estar aumentado, como também o crescimento acelerado de micro-metástases.

TABELA 3 - Características terapêuticas dos 21 sujeitos tratados com quimioterapia adjuvante, em três diferentes clínicas de tratamento (Ribeirão Preto-SP), outubro de 2005 a junho de 2006.

Radioterapia	f	%
Sim	02	9,5
Não	19	90,5
Quimioterapia após cirurgia (tempo)		
Um mês	08	38,1
Dois meses	10	47,6
Três meses	02	9,5
Seis meses	01	4,8
Protocolo de quimioterapia		
Mama		
FAC	07	70,0
CMF	02	20,0
AC	01	10,0
Intestino		
5FU+leucovorin	11	100,0
Efeitos colaterais		
Náuseas/vômitos	13	61,9
Constipação/diarréia	03	14,3
Alopecia/dor	10	47,6
Mucosite	06	28,6
Fraqueza/febre	07	33,3

f = frequência em números absolutos; % = frequência em porcentagem.

Quanto aos protocolos terapêuticos utilizados como tratamento adjuvante para o câncer de mama, nos 10 sujeitos diagnosticadas verificamos que 7 deles, correspondendo a 70%, foram tratados com FAC (fluorouracil + adriplastina + ciclofosfamida); 2, ou seja 20%, tiveram como terapia adjuvante o CMF (ciclofosfamida

+ metotrexato + fluorouracil) e apenas 1, referente a 10%, recebeu o AC (adriblastina + ciclofosfamida). Estes dados corroboram os achados na literatura onde revelam que, tomando como base os consensos internacionais e a realidade nacional e latino americana, a recomendação de quimioterapia adjuvante em pacientes com câncer de mama com axila comprometida, é o esquema FAC e o FEC (5-Fluorouracil + Epirrubicina + Ciclofosfamida). Outros regimes como TAC (Doceraxel-Doxorrubicina-Ciclofosfamida) e o AC podem ser considerados em pacientes de muito alto risco, sabendo que estes esquemas têm uma maior complexidade, toxicidade e alto custo [67].

Para os 100%, ou seja, 11 sujeitos com câncer de intestino, o protocolo utilizado foi o fluorouracil (5-FU) + leucovorin (TABELA 3). Desde a intensificação de pesquisas visando como proposta auxiliar a quimioterapia para o tratamento do câncer avançado do trato gastrointestinal, vários tipos de combinações de drogas antineoplásicas foram testadas e, o 5-FU ficou firmado como medicação de escolha devido a sua resposta positiva de regressão de câncer colorretal avançado [68].

Triest, Groeningen e Pinedo [69] consideram que a melhor modalidade de tratamento para câncer colo-retal é a excisão cirúrgica do tumor primário e que a quimioterapia adjuvante pode ser adicionada ao tratamento cirúrgico, podendo consistir de quimioterapia adjuvante, imunoterapia ou radioterapia. Segundo estes autores ainda, a quimioterapia adjuvante com 5-fluorouracil (5FU) e levamisole, nos EUA, é o tratamento padrão em pacientes com pouco risco de câncer de cólon localizado, embora nem todos os clínicos estejam convencidos da utilidade da quimioterapia adjuvante

Em relação aos efeitos colaterais, dos 21 sujeitos entrevistados, o maior número deles, ou seja, 13, correspondendo a 61,9%, relataram náuseas e vômitos, 3 mencionaram constipação ou diarreia, constituindo 14,3%, outros 10 relataram alopecia e dor (47,6%), 6 com mucosite (28,6%) e 7 relataram fraqueza e febre (33,3%) (TABELA 3). O estudo de Roque e Forones [70] relacionando a qualidade de vida e toxicidades de pacientes com câncer colo-retal tratados com quimioterapia adjuvante (5-FU), 42% de um total de 45 pacientes, relatou náuseas e 38%, diarreia. Estas autoras concluíram que as toxicidades gastrointestinais foram mais frequentes que as hematológicas e que a qualidade de vida diminuiu após o início da quimioterapia em relação à atividade física e psicológica, com queda também nos escores dos domínios físico e social.

4.4 – Resultados do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida

Para verificarmos a confiabilidade do instrumento foi realizado o teste alfa de Cronbach com o resultado de 0,96, demonstrando que o instrumento é confiável e válido para a amostra aqui estudada.

A TABELA 4 mostra as médias e os seus respectivos desvios padrão, o teste (“t”) e o nível de significância de cada domínio do instrumento de qualidade de vida EORTC QLQ-C30, do total dos pacientes com câncer de mama e câncer de intestino, no início e três meses depois de tratados com quimioterapia adjuvante. Podemos verificar que após três meses de tratamento todos os domínios de QV mostraram diferença estatisticamente significativa para o total dos pacientes com câncer. Há que ser notado que apenas o item diarreia, da escala de sintomas, não apresentou diferença

significativa entre as médias antes e após três meses, muito embora possa ser observado que houve pequeno aumento. No requisito “estado geral de saúde/QV” houve melhora após três meses de tratamento, no entanto, alguns itens mostraram não acompanhar este aspecto, pois ao contrário, os sintomas fadiga, náuseas e vômitos, dor e insônia foram intensificados. Este fato parece ter refletido na diminuição da função física, da função cognitiva e da função social. A melhora apresentada no requisito “estado geral de saúde/QV”, visto acima, teve como suporte os itens desempenho de papel, função emocional, dispnéia, perda de apetite e constipação.

Arndt et al. [71] estudando a QV de pacientes com câncer colo-retal em comparação com a população geral e utilizando o mesmo instrumento do presente estudo, verificaram que após um ano de diagnóstico, os pacientes mostraram escores como função física, desempenho de papel, função cognitiva e saúde global, ligeiramente piores, enquanto que as limitações mais severas foram observadas nas escalas de função emocional e social e nas sub-escalas de sintomas, como fadiga, dispnéia, insônia, constipação, diarréia e dificuldade financeira. Estes autores concluíram que os “déficits” e as limitações acima mencionadas constituem os principais fatores dificultando a QV de pacientes com câncer colo retal.

Jong et al [72] afirmam que os pacientes com câncer, submetidos a tratamento quimioterápico, podem apresentar uma variedade de efeitos colaterais como dor, náusea, vômitos, queda de cabelo, alteração de peso, fadiga e ansiedade. No entanto, o efeito colateral mais comumente relatado é a fadiga. Nossos dados, portanto, corroboram com este achado na literatura, podendo ser notado que a maioria dos itens na escala de sintomas apresentaram índice de significância e tiveram suas médias e desvios padrão aumentados após três meses de tratamento.

Para avaliar a praticabilidade, capacidade física e benefícios à saúde de um programa multidimensional para pacientes com câncer submetidos à quimioterapia, Adamsen et al [73], utilizaram os instrumentos EORTC QLQ-C30, para avaliar qualidade de vida; o SF-36, para avaliar o bem estar geral e o HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale) para avaliar bem estar psicológico. Neste estudo, a qualidade de vida e as avaliações gerais do bem estar, indicaram melhorias em diversas medidas, mas sem alcance na significância. Os autores concluíram que um programa de exercício, que combine atividades físicas de intensidade elevada e baixa, pode ser usado para impedir e/ou minimizar a inatividade física, a fadiga e perda muscular e de energia nos pacientes do câncer submetidos à quimioterapia.

TABELA 4 - Estatística descritiva do cálculo da média e desvio-padrão das escalas do instrumento de qualidade de vida, EORTC QLQ C30, dos sujeitos tratados de câncer de mama e câncer de intestino, avaliados no início e três meses após tratamento com quimioterapia adjuvante.

Itens da Escala	Início ($\bar{x} \pm DP$)	Três meses após ($\bar{x} \pm DP$)	Teste "t"	Valor de P
Função Física	75,6 $\pm$ 21,6	61,5 $\pm$ 24,2	14,70	<0,0001*
Desempenho de Papel	66,0 $\pm$ 31,8	71,4 $\pm$ 37,7	10,06	<0,0001*
Função Emocional	55,5 $\pm$ 28,5	56,4 $\pm$ 28,8	10,13	<0,0001*
Função Cognitiva	81,1 $\pm$ 19,1	66,7 $\pm$ 29,3	15,58	<0,0001*
Função Social	79,3 $\pm$ 24,1	73,1 $\pm$ 27,6	14,67	<0,0001*
Fadiga	24,8 $\pm$ 26,4	31,1 $\pm$ 29,8	5,07	<0,0001*
Náuseas e Vômitos	5,6 $\pm$ 16,2	14,3 $\pm$ 19,2	3,17	0,0048*
Dor	28,5 $\pm$ 35,7	34,1 $\pm$ 42,3	4,07	0,0006*
Dispnéia	11,1 $\pm$ 22,0	9,5 $\pm$ 18,7	2,53	0,022*
Insônia	27,0 $\pm$ 41,7	36,5 $\pm$ 45,9	3,51	0,002*
Perda de Apetite	15,9 $\pm$ 35,9	14,2 $\pm$ 30,8	2,48	0,022*
Constipação	14,2 $\pm$ 30,8	6,3 $\pm$ 13,3	3,07	0,006*
Diarréia	6,3 $\pm$ 17,1	9,5 $\pm$ 26,2	1,74	0,096 ^{ns}
Dificuldade Financeira	9,5 $\pm$ 18,7	19,0 $\pm$ 24,9	3,69	0,002*
Estado geral de saúde/QV	69,8 $\pm$ 24,1	75,9 $\pm$ 24,3	14,77	<0,0001*

($\bar{x} \pm DP$)= Média $\pm$ Desvio Padrão; * = diferença estatisticamente significativa para $P \leq 0,05$; ns= diferença estatisticamente não-significante.

Os próximos resultados dizem respeito aos dados em separado por tipo de câncer, isto é, apresentaremos inicialmente os resultados daqueles pacientes com câncer de mama e em seguida aqueles com câncer de intestino.

Na TABELA 5 pode ser observado que todos os itens da escala mostraram diferenças estatisticamente significantes, com exceção dos itens dispnéia e dificuldade financeira, em relação aos pacientes portadores de câncer de mama. O requisito diarreia não apareceu em nenhum dos dois tempos de coleta dos dados. Estes resultados indicaram que os requisitos, fadiga, náuseas e vômitos, dor, insônia e dificuldade financeira foram aqueles que mostraram ter as suas médias aumentadas, significando piora dos sintomas e da dificuldade financeira, após três meses de tratamento quimioterápico. Por outro lado, o desempenho de papel e estado geral de saúde que também apresentaram suas médias aumentadas, agora nestes casos, significando melhora na QV. Os demais requisitos como função física, função emocional, função cognitiva, social, perda de apetite e constipação tiveram as suas médias diminuídas sendo estatisticamente significantes. No caso dos quatro primeiros itens esta diminuição indica piora da QV, aos três meses após o início do tratamento quimioterápico adjuvante. Nieboer et al. [74] e Ballatori e Roila [75] verificaram que os sintomas fadiga, náuseas e vômitos foram aqueles de maior impacto na QV dos pacientes com câncer de mama submetidos à quimioterapia, comparando altas dosagens com os padrões. Nos presentes resultados foi verificado que também estes sintomas foram afetados pelo tratamento.

A disfunção cognitiva, a fadiga e os sintomas menopausal foram identificados em 110 mulheres com câncer de mama submetidas à quimioterapia adjuvante, no estudo de Tchen et al [51]. A diminuição na função física foi particularmente identificada no final do tratamento primário em um estudo de Ganz et al [52] que avaliaram 558 pacientes com câncer de mama que tinham mastectomia ou recebido quimioterapia.

Em um estudo de Broeckel et al [76], onde foram examinadas as características e correlações da fadiga em mulheres que tinham completado a quimioterapia adjuvante para câncer de mama e, comparadas com um grupo de mulheres sem história de câncer, eles concluíram que muitas pacientes com câncer de mama relatam intensa fadiga após completar o tratamento com quimioterapia adjuvante e sugerem intervenções clínicas para prevenir ou reduzir a fadiga nesta população de pacientes.

TABELA 5 - Estatística descritiva do cálculo da média e desvio-padrão das escalas do instrumento de qualidade de vida EORTC QLQ C30 dos sujeitos com câncer de mama, avaliados no início e três meses após tratamento com quimioterapia adjuvante.

Itens da Escala	Início ($\bar{x} \pm DP$)	Três meses após ($\bar{x} \pm DP$)	Teste t	Valor de P
Função Física	78,0 $\pm$ 16,3	62,6 $\pm$ 23,6	12,73	<0,0001*
Desempenho de Papel	63,4 $\pm$ 30,3	70,0 $\pm$ 32,2	7,58	<0,0001*
Função Emocional	50,8 $\pm$ 25,2	46,0 $\pm$ 27,0	7,24	<0,0001*
Função Cognitiva	73,5 $\pm$ 21,1	58,4 $\pm$ 33,6	8,66	<0,0001*
Função Social	79,9 $\pm$ 27,1	71,70 $\pm$ 33,4	8,32	<0,0001*
Fadiga	26,6 $\pm$ 27,4	37,7 $\pm$ 32,9	3,94	0,003*
Náuseas e Vômitos	10,0 $\pm$ 22,6	28,4 $\pm$ 19,3	3,85	0,004*
Dor	43,2 $\pm$ 35,2	45,0 $\pm$ 36,1	3,94	0,003*
Dispneia	16,7 $\pm$ 28,4	16,6 $\pm$ 23,6	2,23	0,053 ^{ns}
Insônia	36,7 $\pm$ 48,3	50,0 $\pm$ 47,8	2,94	0,017*
Perda de Apetite	23,3 $\pm$ 41,7	16,6 $\pm$ 32,4	2,45	0,037*
Constipação	13,3 $\pm$ 32,2	9,9 $\pm$ 15,9	2,32	0,045*
Diarréia	0,0	0,0	---	----
Dificuldade Financeira	6,6 $\pm$ 13,9	13,3 $\pm$ 23,3	2,25	0,051 ^{ns}
Estado geral de saúde/QV	60,8 $\pm$ 28,9	73,4 $\pm$ 29,6	7,65	<0,0001*

($\bar{x} \pm DP$)= Média $\pm$ Desvio Padrão; * = diferença estatisticamente significativa para $P \leq 0,05$; ns= diferença estatisticamente não-significante.

A TABELA 6 indica os dados referentes aos sujeitos com câncer de intestino. Os resultados aqui apresentados mostram que os itens desempenho de papel, função emocional, fadiga e dificuldade financeira tiveram as suas médias aumentadas e estatisticamente significantes, indicando melhora na QV quanto aos dois primeiros itens, enquanto que os dois últimos indicaram piora na QV, após três meses de submissão ao tratamento quimioterápico adjuvante. Com relação aos itens função física, cognitiva e social pode ser verificado que suas médias diminuíram após três meses de tratamento, significando que houve também piora na QV dos pacientes. Os itens náuseas e vômitos, dor dispnéia, insônia, perda de apetite, constipação e diarreia não apresentaram diferença estatisticamente significativa, indicando que estes sintomas não foram modificados pela continuidade do tratamento. Quanto ao estado geral de saúde não mostrou alteração no início e três meses após tratamento, porém, segundo a análise estatística, estes dois grupos de dados mostraram ser diferentes. Examinado os aspectos gerais destes dados, pode ser verificado que a QV, destes pacientes não foi grandemente alterado no decorrer dos três meses de tratamento, pois a grande maioria dos sintomas questionados na mostrou diferenças significativas (TABELA 6). Esta conclusão foi também observada por Arraras et al [77] estudando a QV de grupos de pacientes com câncer retal durante três períodos de tratamento quimioradioterápico.

TABELA 6 - Estatística descritiva do cálculo da média e desvio-padrão das escalas do instrumento de qualidade de vida EORTC QLQ C30 dos sujeitos tratados de câncer de intestino, avaliados no início e três meses após tratamento com quimioterapia adjuvante.

Itens da Escala	Início ($\bar{x} \pm DP$)	Três meses após ($\bar{x} \pm DP$)	Teste t	Valor de P
Função Física	72,7 $\pm$ 26,0	60,6 $\pm$ 25,8	8,82	<0,0001*
Desempenho de Papel	68,3 $\pm$ 34,5	72,7 $\pm$ 43,6	6,61	<0,0001*
Função Emocional	57,6 $\pm$ 30,1	65,9 $\pm$ 28,3	7,56	<0,0001*
Função Cognitiva	84,9 $\pm$ 15,6	74,2 $\pm$ 24,0	15,4	<0,0001*
Função Social	78,8 $\pm$ 22,4	74,3 $\pm$ 22,8	12,9	<0,0001*
Fadiga	23,2 $\pm$ 26,6	25,2 $\pm$ 26,9	3,15	0,010*
Náuseas e Vômitos	1,55 $\pm$ 5,13	1,55 $\pm$ 5,13	1,00	0,341 ^{ns}
Dor	15,1 $\pm$ 28,2	25,7 $\pm$ 44,3	2,00	0,073 ^{ns}
Dispneia	6,0 $\pm$ 13,4	3,0 $\pm$ 9,95	1,40	0,192 ^{ns}
Insônia	18,2 $\pm$ 34,6	24,3 $\pm$ 42,4	2,01	0,073 ^{ns}
Perda de Apetite	9,1 $\pm$ 30,2	12,1 $\pm$ 30,8	1,17	0,270 ^{ns}
Constipação	15,1 $\pm$ 31,1	3,0 $\pm$ 10,0	1,93	0,083 ^{ns}
Diarréia	12,09 $\pm$ 22,49	18,18 $\pm$ 34,56	1,87	0,096 ^{ns}
Dificuldade Financeira	12,1 $\pm$ 22,5	24,2 $\pm$ 26,3	2,96	0,014*
Estado geral de saúde/QV	78,0 $\pm$ 16,0	78,2 $\pm$ 19,5	15,86	<0,0001*

($\bar{x} \pm DP$)= Média $\pm$ Desvio Padrão; * = diferença estatisticamente significativa para $P \leq 0,05$; ns= diferença estatisticamente não-significante

Estudando as possíveis correlações entre os dados sócio-demográficos, clínicos e terapêuticos desta pesquisa, foi possível verificar apenas as correlações entre idade e tratamento versus QV, em pacientes com câncer de mama e câncer de intestino. A variável, sexo, não foi incluída, pois existiram ambos os sexos no grupo de câncer de intestino e apenas o sexo feminino no grupo de câncer de mama.

A TABELA 7 indica que houve correlação significativa para tratamento versus QV em pacientes com câncer de mama, três meses após o início do tratamento, enquanto que as demais não mostraram correlação significativa. Este resultado mostra que o tratamento com quimioterapia adjuvante foi mais benéfico na QV do grupo que apresentava câncer de mama.

Kameo [78] em sua Dissertação de Mestrado encontrou correlação significativa entre: relações com outras pessoas versus sexo e estado de origem, e atividades sociais e desenvolvimento pessoal e realização versus tempo de estoma, em uma população com estoma intestinal secundário ao câncer colorretal.

TABELA 7 - Correlação entre o tipo de câncer (mama e intestino), a idade e o tipo de tratamento com a QV dos sujeitos avaliados no início e três meses após tratamento com quimioterapia adjuvante.

	Mama		Intestino	
	Início Person r ¹ (P)	Três meses após Person r (P)	Início Person r (P)	Três meses após Person r (P)
IdadexQV	0,51 (0,13 ^{ns})	0,54 (0,11 ^{ns})	0,03 (0,92 ^{ns})	-0,24 (0,5 ^{ns})
TratamentoxQV	-----	0,65 (0,042 [*])	-----	-0,04 (0,91 ^{ns})

1= Coeficiente de correlação; * = diferença estatisticamente significativa para $P \leq 0,05$; ns= diferença estatisticamente não-significante.

5. CONCLUSÕES

O conjunto de resultados apresentados permitiu visualizar o impacto positivo da QV em pacientes com câncer de mama e câncer de intestino tratados com quimioterapia adjuvante, ao final dos três meses.

Além disto, os resultados específicos, demonstraram que:

- O perfil sócio-demográfico e clínico da população estudada mostrou que a maioria pertenceu ao sexo feminino, no grupo com câncer de mama. Quanto à idade, a predominância foi de 41 a 60 anos. No aspecto conjugal, a maioria (71,4%) vive em união consensual, existindo uma minoria (9,5%) de viúvos. Quanto ao nível educacional, houve predomínio de indivíduos no nível fundamental (66,6%). Com relação ao aspecto clínico, 52,4 % apresentaram câncer de intestino.
- A análise estatística mostrou que, em relação ao estudo contando com todos os pacientes, foram significativas as médias em todos os domínios de QV, com exceção do item sintoma diarreia, devendo este resultado ao grupo com câncer de intestino, pois o grupo com câncer de mama, não indicou este sintoma em nenhum tempo da coleta dos dados.
- Com relação ao grupo com câncer de mama apenas os itens dispnéia e dificuldade financeira, não mostraram diferença significativa entre as médias no início e no final de três meses de tratamento quimioterápico adjuvante.
- O grupo com câncer de intestino apresentou 50% dos sintomas no final dos três meses de tratamento, isto significando que o tratamento quimioterápico adjuvante não modificou o aparecimento destes sintomas.
- A Correlação entre idade versus QV e tratamento versus QV indicou que apenas esta última foi significativa para o grupo com câncer de mama, reforçando a conclusão geral.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Qualidade de vida é uma importante medida de resultado em estudos clínicos, entretanto, há pouca experiência com a sua interpretação. No presente estudo, para guiar a interpretação da QV, foram comparados os resultados obtidos, utilizando um instrumento específico que mede a QV de pacientes oncológicos da European Organisation for the Research and Treatment of Câncer (EORTC QLQ C30), no início do tratamento quimioterápico adjuvante e três meses após.

Há que se considerar também, a importância na escolha do instrumento de QV, que deverá ser feita de maneira cuidadosa a fim de se detectar diferenças relevantes na vida de cada paciente em particular, tendo em vista que poderá afetar os resultados e conclusões do experimento.

Para o enfermeiro, atuando na área de oncologia, o conhecimento das drogas, o modo de administração e possíveis efeitos colaterais provocados, poderão auxiliá-lo no desenvolvimento de estratégias de intervenção, que possam garantir uma assistência qualificada. Entendemos que, o diagnóstico de câncer geralmente representa uma sobrecarga emocional para o paciente e familiares, podendo provocar vários transtornos como, depressão, ansiedade e outros. Em vista disso, à recorrência a métodos médicos não-convencionais, dentro da medicina alternativa, tem crescido muito, não só o interesse como também a aplicabilidade de vários métodos que podem auxiliar o paciente no enfrentamento do diagnóstico e tratamento, podendo desta forma, melhorar sua qualidade de vida. Associados a isto existem também os programas de reabilitação com o objetivo de promover um ajustamento físico global e psicossocial.

7.REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

- [1]. Michelone, A de P.C. Qualidade de Vida de adultos com câncer colorretal, com e sem ostomia. 2002. 116p. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de São Paulo, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.
- [2]. Franzi, S. A; Silva, P.G.; Avaliação da qualidade de vida em pacientes submetidos à quimioterapia ambulatorial no Hospital Heliópolis. Revista Brasileira de Cancerologia 2003; 49(3): p. 153-158.
- [3]. Sales, C.A.C.C.; Paiva, L.; Scandiuizzi, D.; Anjos, A.C.; Qualidade de vida de mulheres tratadas de câncer de mama: funcionamento social. Revista Brasileira de Cancerologia 2001; 47(3): p.263-72.
- [4]. Instituto Nacional de Câncer. Normas e Recomendações do INCA. Prevenção e Controle de Câncer. Revista Brasileira de Cancerologia 2002; 48(3): p. 363-373.
- [5]. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Controle do Câncer: uma proposta de integração ensino-serviço 1999; 3ª ed. Rio de Janeiro: INCA.
- [6]. Brasil. Instituto Nacional do Câncer. Epidemiologia: a epidemiologia do câncer 2005/separata; Rio de Janeiro.
- [7]. Bryan, G. T. Manual de Oncologia Clínica – Fundação Oncocentro de São Paulo. 6ª ed. 1999.

- [8]. Fialho, A. V. de M; Silva, R. M; Mastectomia e suas repercussões. Revista Brasileira de Enfermagem 1993 jul/dez..Brasília; vol. 46; n° ¾: p. 266-270.
- [9]. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Nacional de Controle de Tabagismo. Falando sobre câncer e seus fatores de risco. Rio de Janeiro: INCA, 1997.
- [10]. Brunner/Suddarth; Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. vol. 1, Editora Guanabara/Koogan, 7ª ed , 1993.
- [11]. Carvalho, M. M. Psico-Oncologia: História, Características e Desafios. Psicologia USP 2002; v. 13, n° 1: p. 151-166.
- [12]. Tosello, C; Winckler, P.R.. In: Guimarães, J.R.Q. Manual de Oncologia, São Paulo: BBS Editora; 2004.
- [13]. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativas da incidência e mortalidade por câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2006.
- [14]. Spence, R. A J.; Johnston, P. G. Oncologia. Rio de Janeiro – R.J. Editora Guanabara – Koogan, 2003.

- [15]. Miceli, A. V. P. Dor crônica e subjetividade em oncologia. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2002. 48(3): p. 363-373.
- [16]. Silva, V. C. E. O impacto da revelação do diagnóstico de câncer na percepção do paciente. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto; 2005.
- [17]. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Falando sobre câncer do intestino / Instituto Nacional de Câncer, Sociedade Brasileira de Coloproctologia, Colégio Brasileiro de Cirurgiões, Associação Brasileira de Colite Ulcerativa e Doença de Crohn, Colégio Brasileiro de Cirurgia Digestiva, Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva, Sociedade Brasileira de Cancerologia, Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica. - Rio de Janeiro: INCA, 2003.
- [18]. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. TNM: classificação de tumores malignos, 6ª ed, Rio de Janeiro: INCA, 2004.
- [19]. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Programas de Controle de Câncer. TNM: classificação de tumores malignos, 5ª ed, Rio de Janeiro: INCA, 1998.

[20]. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenadoria de Programas de Controle do Câncer – Pró-Onco. Ações de enfermagem para o controle do câncer, Rio de Janeiro: Pró-Onco: INCA, 1995.

21]. Nucci, N. A G. Qualidade de Vida e Câncer: um estudo compreensivo. 2003. 225 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto; 2003.

[22]. Bonassa, E. M. A. Enfermagem em Terapêutica Oncológica, São Paulo: Editora Atheneu, 3ª ed., 2005.

[23]. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Controle de Câncer de Mama – Documento de Consenso. Abril, 2004.

[24]. Faria, S.L.; Filho, J. a O.; Garcia, A R.; Amalfi, C.; Spirandeli, J.M.B.; Campos, E. C. Quimioterapia concomitante à radioterapia no tratamento adjuvante do câncer da mama localizado. Revista Brasileira de cancerologia 2001; 47(2): 153-58.

[25]. Martins, M.S. et al. Avaliação da resposta de câncer de mama à quimioterapia: papel da ultra-sonografia e da dopplerfluxometria. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia 2002; v.24, nº7.

- [26]. Delgado, G.L.; Pires, L. A Tratamento sistêmico do câncer de mama – hormonioterapia e quimioterapia. In: Guimarães, J.R.Q. manual de Oncologia. 2ª ed. São Paulo: BBS Editora, 2006.
- [27]. Fundação Oncocentro de São Paulo. Manual de Oncologia Clínica. 6ª edição. São Paulo: Springer – Verlag, 347-359, 1999.
- [28]. Slaterry, M.L. et al. Lifestyle and colon câncer: an assessment of factors associated with risk. Apud: Banchy, A; Smith, H.M.R.; Hadorn, D.C. Western Canada Waiting List Project – Literature Review – General Surgery: Colorrectal Cancer 2000 June; 16.
- [29]. Campos, F. G.C.M. Câncer colorretal – diagnóstico, estadiamento e tratamento. In: Guimarães, J.R.Q. Manual de Oncologia. 2ª ed. São Paulo: BBS Editora, 2006.
- [30]. Filho, J.A O de; Garcia, A H.R. Câncer colorretal: tratamento quimioterápico adjuvante e na doença metastática. In: Guimarães, J.R.Q. manual de Oncologia. 2ª ed. São Paulo: BBS Editora, 2006.
- [31]. Bonassa, E. M. A. Enfermagem em Terapêutica Oncológica, São Paulo: Editora Atheneu, 2ª ed., 2000.
- [32]. Lopes, P. C. Assistência de Enfermagem. In: Guimarães, J.R.Q. Manual de Oncologia, São Paulo: BBS Editora, 2004.

[33]. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN – 210/98: Dispõe sobre a atuação dos profissionais de Enfermagem que trabalham com quimioterápico. Rio de Janeiro, 1998.

(www.corensp.org.br/resoluções/Resolução210.htm). Acesso em 28 set. 2005.

[34]. Ferreira, C.G.; Dienstmann, R.; Rodrigues, A N. Drogas novas em oncologia. In: Guimarães, J.R.Q. Manual de Oncologia, São Paulo: BBS Editora, 2004.

[35]. Cordeiro et al. Diagnóstico, estadiamento, tratamento cirúrgico e multidisciplinar do câncer colorretal – Projeto Diretrizes – Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de medicina, 2001.

[36]. Zaniboni, A; Labianca, R. Adjuvant therapy for stage II colon cancer: an elephant in the living room? *Annals of Oncology*. 2004; 15: 1310-1318.

[37]. Sawada, N. O. Qualidade de Vida dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço. Tese (Livre-Docência) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

[38]. Machado, R.C.B.R. Validação do índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers para a população geral do Município de Londrina. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2000.

[39]. Gill, T. M; Feinstein, A. R. *Jama* 1994 August 24/31; vol. 272, nº8.

- [40]. Minayo, M. C. S; Hartz, Z.M. A; Buss, P.M. Qualidade de Vida e Saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva* 2000; v. 5; n.1: p.7-18.
- [41]. Gaíva, M. A M. Qualidade de Vida e Saúde. *Revista de Enfermagem – UERJ*. Rio de Janeiro. 1998 dez; vol. 6 (2), 107: p.377-382.
- [42]. Farquhar, M. ; Definitions of quality of life: a taxonomy. *Journal of Advanced nursing*, London 1995; v.22: p.502-508.
- [43]. Santos, E. M. M. Câncer Colorretal: Qualidade de Vida em pacientes tratados com intenção curativa. Dissertação (Mestrado) – Fundação Antônio Prudente São Paulo, 2003.
- [44]. Bottomley, A. et al. Health-related quality of life in survivors of locally advanced breast cancer: an international randomised controlled phase III trial. *Lancet Oncology* 2005 May; vol. 6: p. 287-94.
- [45]. Slevin, M. L. Quality of Life: philosophical question of clinical reality? *BMJ* 1992; v. 305: p. 466-469.
- [46]. Conde, D.M.; Neto, A M.P.; Junior, R. F. de; Aldrigui, J.M. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2006; vol. 28, nº 3; Rio de Janeiro.

- [47]. Giordano, S.H. Update on locally advanced breast câncer. In: Bottomley, A. et al. Health-related quality of life in survivors of locally advanced breast câncer: na international randomised controlled phase III trial. *Lancet Oncology* 2005 May; vol. 6: p. 287-94.
- [48]. Broeckel, A. Et al. Quality of life after adjuvant chemotherapy for breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment* 2000; 62: p. 141-150.
- [49]. Hürny et al. Impact of adjuvant therapy on quality of life in women with node-positive operable breast cancer. *Lancet* 1996; 347:1279-84.
- [50]. Silva et al. Qualidade de vida, depressão e câncer de mama: um estudo piloto da Faculdade de Medicina do ABC. *Revista Brasileira de Mastologia* 2002; vol.12; nº 4.
- [51]. Tchen, N. et al. Cognitive Function, Fatigue, and Menopausal Symptoms in Women Receiving Adjuvant Chemotherapy for Breast cancer. *Journal of Clinical oncology* 2003 (November 15); vol. 21; nº 22: p. 4175-4183.
- [52]. Ganz P.A et al. Quality of life at the end of primary treatment of breast cancer: first results from the moving beyond cancer randomized trial. *Journal of the National Cancer Institute* 2004 march; vol. 96; nº5.
- [53]. Makluf, A S.D; Dias, R.C; Barra, A A; Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer de mama. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2006; 52 (10): 49-58.

- [54]. Forones, N.M; Tanaka, M; Giovanoni,M; Gil, J.Z; Matos, D; Kobata, M.P; Saad, S.S; Segreto, R; Lanzoni, V. Tratamento adjuvante no câncer colo-retal. Revista Brasileira de Coloproctologia 2000; 20(3):162 – 167.
- [55]. Vironen, J.H; Kairaluoma, M; Aalto, A.M; Kellokumpu, I.H. Impact of functional results on quality of life after rectal cancer surgery. Dis Colon Rectum 2006 may; 49(5): 568-78.
- [56]. Kerr, J; Engel, J; Schlesinger-Raab, A; sauer, H; Hölzel, D. Doctor-patient communication: results of a four-year prospective study in rectal cancer patients. Dis Colon Rectum 2003; 46:1038-1046.
- [57]. Tsunoda, A; Nakao, K; Hiratsuka, K; Yasuda, N; Shibusawa, M; Kusano, M. Anxiety, depression and quality of life in colorectal cancer patients. J.Clin. Oncology 2005; 10:411-417.
- [58]. Ferrell, B.R; Hassey Dow; Grant, M. Measurement of the quality of life in cancer survivors. Quality of Life Research 1995; vol.4:523-531.
- [59]. Polit, D. F; Beck, C. T; Hungler, B. P. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem – Métodos, avaliação e utilização. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- [60]. Brabo E. Validação do EORTC QLQ-C30. {mensagem pessoal}. Mensagem recebida por emonteiro@hcancer.org.br em 24 jun.2001.

- [61]. Coelho F, J.M.; Ramos, L.R. Epidemiologia do envelhecimento no nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar> Revista de Saúde Pública 1999 out; v.33; n.5: p.445-53; São Paulo.
- [62]. Drumond, C.A et al. Câncer colorretal em pacientes com idade inferior a 30 anos. Revista Brasileira de Coloproctologia 2003; 23(3): 147-154.
- [63]. Rosa, T.E.C. et al. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. Revista de Saúde Pública 2003 fev.; n.37: p.40-4. São Paulo.
- [64]. IBGE, Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico: Brasil, 2000. Rio de Janeiro: IBGE, 2000. 230p.
- [65]. Janz et al. Population-based study of the relationship of treatment and sociodemographics on quality of life for early stage breast cancer. Quality of Life Research 2005; 14:1467-1479.
- [66]. Costa, M. A. O início precoce da quimioterapia adjuvante no câncer de mama pode ser importante. Revista Brasileira de Mastologia 2002; vol. 12, n.3.
- [67]. Aranibar, H.G; Ramírez, A L.; Alvarez, M. Quimioterapia adjuvante em axila comprometida. Es necesario planificar esquemas distintos según cantidad de nódulos metastásicos?. Revista Chilena de Cirugía. 2005 Febrero; vol. 57; n.1: p 81-88.

- [68]. Santos, Jr; Monteiro, J.C. dos. Tratamento coadjuvante do câncer do reto. Revista Brasileira de Coloproctologia 1997 Abr/jun; 17(2): 143-9. tab.
- [69]. Triest, B. van; Groeninger, van; Pinedo, H.M. Current chemotherapeutic possibilities in the treatment of colorectal cancer. European Journal of Cancer 1995; vol. 31A: 1193-1197.
- [70]. Roque, V.M.N; Forones, N.M. Avaliação da qualidade de vida e toxicidades em pacientes com câncer colorretal tratados com quimioterapia adjuvante baseada em fluoropirimidinas. Arq. Gastroenterologia 2006 Jan/mar; vol.43, n.1.
- [71]. Arndt, V; Merx, H; Stegmaier, C; Ziegler, H; Brenner, H. Quality of life in patients with colorectal cancer 1 year after diagnosis compared with the general population: a population-based study. J. Clin. Oncology 2004 Dec 1; 22(23):4829-36.
- [72]. Jong, N. de; Candel, M.J.J.M.; Schouten, H. C.; Abu-Saad, H.H.; Courtens, A M. Prevalence and course of fatigue in breast cancer patients receiving adjuvant chemotherapy. Annals of Oncology 2004; 15: 896-905.
- [73]. Adamsen, Lis et al. Feasibility, physical capacity, and health benefits of a multidimensional exercise program for cancer patients undergoing chemotherapy. Support Care Cancer 2003; 11:707-716.

[74]. Nieboer, P. et al. Fatigue and relating factors in high-risk breast cancer patients treated with adjuvant standard or high-dose chemotherapy: a longitudinal study. *J. Clin. Oncology* 2005; 35(6): 302-309.

[75]. Ballatori, E.; Roila, F. Impact of nausea and vomiting on quality of life in cancer patients during chemotherapy, health and quality of life outcomes. In: Cantinelli, F.S.; Camacho, R.S.; Smaletz, O; Gonsales, B.K.; Braguittoni, E.; Rennó Jr. J. Revisão de literatura. *Rev. Psiquiatria. Clínica* 2006; 33(3); 124-133.

[76]. Broeckel, A; Jacobsen, P. B.; Horton, J.; Balducci, L.; Lyman, G. H. Characteristics and Correlates of Fatigue After Adjuvant Chemotherapy for Breast Cancer. *Journal of Clinical Oncology* 1998 May; vol.16; n°5: p.1689-96.

[77]. Arraras U.JI. et al. Quality of Life assessment through the EORTC questionnaires of locally advanced rectal cancer patients treated with preoperative chemo-radiotherapy. *Clin. Transl. Oncol* 2006 Jun; 8(6):423-9.

[78]. Kameo, S.Y. Qualidade de vida do paciente com ostomia intestinal secundária ao câncer colo-retal. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2006.

8.1 Anexo I: Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA
O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM ENFERMAGEM

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: 55 - 16 - 633-3271 / 55 - 16 - 630-2561 - TELEFONES: 55 - 16 - 633 0379 / 602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of. CEP-EERP/USP – 0132/2005

Ribeirão Preto, 6 de outubro de 2005

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua **79ª Reunião Ordinária**, realizada em 28 de setembro de 2005.

Protocolo: nº 0583/2005

Projeto: Avaliação da Qualidade de Vida de Pacientes Oncológicos no Início e no Final do Tratamento Quimioterápico Adjuvante.

Pesquisadores: Namie Okino Sawada (Orientadora)
Sheila Mara Machado Paiva (Mestranda)

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof.ª Dr.ª Cláudia Benedita dos Santos
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilm.ª, Sr.ª,

Profa. Dra. Namie Okino Sawada (Orientadora)

Departamento de Enfermagem Geral e Especializada
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP

8.2 Anexo II: Coleta de Dados Sócio-demográficos e clínicos**ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
GRUPO DE APOIO E REABILITAÇÃO AO PACIENTE ONCOLÓGICO****IDENTIFICAÇÃO:**

1-NOME DO PACIENTE:

1.2-SEXO () FEM () MASC 1.3-IDADE: _____

1.4-ESTADO CIVIL () SOLTEIRO () CASADO () OUTROS: _____

1.5-PROFISSÃO:

1.6-ENDEREÇO:

1.7-TELEFONE: _____

1.8.-CIDADE/ESTADO:

1.9.NÍVEL DE ESCOLARIDADE: () FUNDAMENTAL () MÉDIO () SUPERIOR

1.10-RELIGIÃO:

2- NÚMERO DO REGISTRO: _____

3- DIAGNÓSTICO: _____ Estadiamento _____

4-FEZ CIRURGIA () SIM () NÃO

5-QUAL CIRURGIA: _____ 6-DATA DA CIRURGIA: _____

7-FEZ RADIOTERAPIA () SIM () NÃO QUANTAS SESSÕES: _____

8-INÍCIO DO TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO: _____

9-FINAL DO TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO: _____

10-PROTOCOLO DA QUIMIOTERAPIA:

11-EFEITOS COLATERAIS DA QUIMIOTERAPIA:

8.3 Anexo III: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCLARECIMENTOS AOS SUJEITOS DA PESQUISA

1. NOME DA PESQUISA: Avaliação da Qualidade de Vida de Pacientes Oncológicos em tratamento Quimioterápico Adjuvante

2. PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Enfª Sheila Mara Machado Paiva – coren nº 42900

3. PROMOTOR DA PESQUISA: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP

4. PATROCINADOR QUE APÓIA FINANCEIRAMENTE A PESQUISA:- não há

Estamos convidando você, que irá iniciar um tratamento quimioterápico, para participar de uma pesquisa na qual pretendemos avaliar sua qualidade de vida, no início e no final do tratamento.

Caso você concorde em participar você terá que responder a um questionário que avalia qualidade de vida e, este será fornecido pela pesquisadora no início e no final do seu tratamento. Esclarecemos que esse procedimento não irá interferir no tratamento recebido no Hospital, trata-se de uma avaliação sobre sua qualidade de vida e o que poderia prejudica-la com o tratamento. Você levará aproximadamente 15 minutos para responder as perguntas, que será feita em duas etapas, na primeira e última sessão de quimioterapia. Você não será identificado e as informações que você nos der serão confidenciais.

Os resultados deste estudo poderão nos ajudar a entender as reações causadas pela quimioterapia e avaliar os fatores que interferem na sua qualidade de vida. A recusa em participar não trará nenhuma mudança no seu tratamento.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Telefone para contato (19)(32530298)

EU _____ R.G. _____

_____, abaixo assinado, tendo recebido as informações acima, e ciente dos meus direitos abaixo relacionados, concordo em participar.

1. A garantia de receber a resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados com a pesquisa e o tratamento a que serei submetido;

2. A liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar no estudo sem que isso traga prejuízo à continuação do meu cuidado e tratamento.

3. A segurança de que não serei identificado e que será mantido o caráter confidencial da informação relacionada com a minha privacidade;

4. O compromisso de me proporcionar informação atualizada durante o estudo, ainda que esta possa afetar minha vontade de continuar participando;

5. Que se existirem gastos adicionais estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

Tenho ciência do exposto acima e desejo utilizar o produto como método terapêutico recomendado pelo médico que subscreve este documento.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de _____.

ASSINATURA

8.5 Anexo V: Dados separados por DIAG: Neoplasia de Mama

<i>Sujeito</i>	SEXO	IDADE	ESTCIV	PROFIS	CIDADE	UF	NIVESC	RELIG	DIAG	ESTAD_Novo	FEZCIR	QUALCIR	FEZRTX
3	1	65	2	2	1	1	1	1	1	3	1	1	2
4	1	59	2	1	2	1	1	1	1	2	1	1	2
7	1	60	1	3	1	1	3	1	1	2	1	1	2
8	1	49	2	1	1	1	2	1	1	2	1	1	2
9	1	48	2	4	1	1	2	1	1	3	1	1	2
11	1	37	2	5	4	1	1	1	1	2	1	1	2
17	1	28	3	4	1	1	2	1	1	3	1	1	1
18	1	47	2	1	3	1	1	1	1	2	1	1	2
19	1	57	2	2	7	1	3	1	1	1	1	1	2
21	1	53	2	1	9	1	1	1	1	2	1	1	2

<i>Sujeito</i>	TEMQUI	PROTQUI	COMOR1-5	MEDICA	FF_Ant	FF_Dep	DP_Ant	DP_Dep	FE_Ant	FE_Dep	FC_Ant	FC_Dep	FS_Ant
3	1	2	0	0	80	53	67	83	92	75	100	83	83
4	1	2	2	1	40	20	33	0	50	0	33	0	33
7	2	3	0	5	67	40	17	33	83	67	100	100	83
8	2	2	2	3	73	87	50	100	42	83	100	100	100
9	1	2	0	0	100	53	100	67	83	25	100	17	100
11	1	2	0	4	87	53	67	67	50	42	67	50	33
17	4	2	0	0	87	60	67	67	0	17	67	33	100
18	2	4	0	0	87	80	100	100	58	67	67	67	67
19	2	3	2	1	80	93	33	83	25	42	67	67	100
21	3	2	0	0	87	87	100	100	50	42	67	67	100

8.6 Anexo VI: Dados separados por DIAG: Intestino

<i>Sujeito</i>	SEXO	IDADE	ESTCIV	PROFIS	CIDADE	UF	NIVESC	RELIG	DIAG	ESTAD_Novo	FEZCIR	QUALCIR	FEZRTX
1	1	58	1	1	1	1	1	1	2	5	1	2	2
2	2	70	3	2	1	1	1	1	2	2	1	1	2
5	2	59	2	2	1	1	1	1	2	1	1	2	1
6	1	70	2	1	3	1	1	1	2	2	1	2	2
10	2	76	2	2	1	1	1	4	2	6	1	2	2
12	2	34	2	7	5	1	2	1	2	5	1	2	2
13	2	70	2	2	1	1	1	1	2	5	1	2	2
14	2	66	1	2	1	1	1	1	2	2	1	2	2
15	2	65	2	2	1	1	1	2	2	5	1	2	2
16	2	42	2	6	1	1	1	1	2	3	1	2	2
20	1	53	1	2	8	1	3	2	2	3	1	2	2

<i>Sujeito</i>	TEMQUI	PROTQUI	COMOR1-5	MEDICA	FF_Ant	FF_Dep	DP_Ant	DP_Dep	FE_Ant	FE_Dep	FC_Ant	FC_Dep	FS_Ant
1	1	1	0	0	87	80	100	100	33	50	67	67	50
2	2	1	2	1	20	27	17	0	42	42	83	83	100
5	2	1	0	0	100	87	67	100	100	100	100	100	100
6	3	1	1	2	73	73	67	100	75	92	67	67	50
10	2	1	0	3	47	33	50	17	75	58	67	67	67
12	1	1	0	0	80	60	17	100	50	83	100	83	50
13	1	1	1	2	80	73	100	100	83	75	67	33	100
14	1	1	2	1	40	13	33	0	17	8	100	33	100
15	2	1	1	0	100	87	100	100	25	83	100	100	67
16	2	1	3	2	80	80	100	100	100	92	100	100	100
20	2	1	2	1	93	53	100	83	33	42	83	83	83

8.6 Anexo VI: Dados separados por DIAG: Intestino

<i>Sujeito</i>	FS_Dep	FAD_Ant	FAD_Dep	NAV_Ant	NAV_Dep	DOR_Ant	DOR_Dep	DIS_Ant	DIS_Dep	INS_Ant	INS_Dep	PAP_Ant	PAP_Dep
1	50	22	22	0	0	0	0	33	33	67	67	0	33
2	67	11	22	0	0	0	83	0	0	0	100	0	0
5	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6	50	11	22	0	0	33	0	33	0	0	0	0	0
10	50	22	33	0	0	50	100	0	0	0	0	0	0
12	67	56	22	17	17	0	0	0	0	33	0	0	0
13	100	11	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
14	50	89	89	0	0	83	100	0	0	100	100	100	100
15	100	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
16	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20	83	22	56	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

<i>Sujeito</i>	CON_Ant	CON_Dep	DIA_Ant	DIA_Dep	DIF_Ant	DIF_Dep	EGS_QV_Ant	EGS_QV_Dep
1	33	0	0	0	0	33	58	92
2	0	0	0	0	33	33	83	75
5	0	0	0	0	0	33	83	100
6	0	0	0	0	0	0	75	67
10	33	0	0	0	0	0	67	50
12	0	0	67	67	67	33	75	75
13	0	33	33	33	33	67	100	92
14	100	0	0	0	0	67	50	42
15	0	0	0	0	0	0	100	100
16	0	0	0	0	0	0	92	92
20	0	0	33	100	0	0	75	75