

UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL

UFFS

Campus de Chapecó

Curso de Graduação em Medicina

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA AUTORREFERIDA PRÉVIA AO
TRATAMENTO EM PACIENTES COM ADENOCARCINOMA COLORRETAL EM
UM MUNICÍPIO DO OESTE CATARINENSE**

João Paulo Dal Magro Mocellin

Matheus Pelinski da Silveira

Chapecó-SC, 2019

JOÃO PAULO DAL MAGRO MOCELLIN
MATHEUS PELINSKI DA SILVEIRA

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA AUTORREFERIDA PRÉVIA AO
TRATAMENTO EM PACIENTES COM ADENOCARCINOMA COLORRETAL EM
UM MUNICÍPIO DO OESTE CATARINENSE**

Artigo resultante do Trabalho de Curso apresentado à Universidade Federal da Fronteira Sul como parte dos requisitos para obtenção do grau de Médico(a).

Professora Orientadora: Dra. Andréia Machado Cardoso

Professora Co-orientadora: Dra. Sarah Franco Vieira de Oliveira Maciel

Chapecó-SC, dezembro, 2019.

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA AUTORREFERIDA PRÉVIA AO
TRATAMENTO EM PACIENTES COM ADENOCARCINOMA COLORRETAL EM
UM MUNICÍPIO DO OESTE CATARINENSE**

João Paulo Dal Magro Mocellin
Matheus Pelinski da Silveira

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Andréia Machado Cardoso – UFFS – Orientadora

Profa. Dra. Sarah Franco Vieira de Oliveira Maciel – UFFS – Co-orientadora

Prof. Dr. Leonardo Barbosa Leiria – UFFS – Dr. em Ciências Médicas –
Endocrinologia

Prof. Dr. Marcelo Moreno – UFFS - Dr. em Medicina/Radiologia

Chapecó, 2019

João Paulo Dal Magro Mocellin
Matheus Pelinski da Silveira

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA AUTORREFERIDA PRÉVIA AO
TRATAMENTO EM PACIENTES COM ADENOCARCINOMA COLORRETAL EM
UM MUNICÍPIO DO OESTE CATARINENSE**

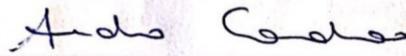
Título do trabalho

Trabalho de curso de graduação apresentado como requisito para obtenção de aprovação no respectivo componente da grade do curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul - *campus* Chapecó.

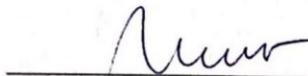
Orientador(a): **Prof. Dr. Andréia Machado Cardoso**

Este trabalho de curso foi defendido e aprovado pela banca em: 12/12/2019

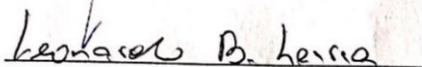
BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Andréia Machado Cardoso



Prof. Dr. Marcelo Moreno



Prof. Dr. Leonardo Barbosa Leiria

SUMÁRIO

RESUMO	4
INTRODUÇÃO	5
METODOLOGIA	6
RESULTADOS	10
DISCUSSÃO	15
CONCLUSÃO	19
ABSTRACT.....	19
REFERÊNCIAS	20
ANEXOS	24

RESUMO

O presente artigo tem por objetivo avaliar a qualidade de vida autorreferida prévia ao tratamento em pacientes com adenocarcinoma colorretal em Chapecó/SC. Para tanto, foram selecionados 14 pacientes, sendo 7 homens e 7 mulheres, com idades entre 37 e 74 anos, que não foram submetidos a nenhuma estratégia terapêutica até o momento da coleta de dados. Foram aplicados dois questionários de qualidade de vida, elaborados pela Organização Europeia para Pesquisa e Tratamento do Câncer (EORTC), sendo o módulo EORTC QLQ-C30 geral para todos os cânceres e o módulo EORTC QLQ-CR29 específico para o câncer colorretal. Os dois questionários são subdivididos em escala funcional e escala de sintomas, sendo que o módulo QLQ-C30 ainda possui uma escala adicional de saúde global. As respostas dos questionários foram pontuadas de acordo com manuais específicos para os questionários e posteriormente comparadas a outros estudos e aos valores de referência para o módulo QLQ-C30. Foi encontrada diferença na escala funcional geral, função cognitiva geral, função cognitiva em pacientes do sexo feminino, escala de sintomas geral, escala de sintomas em pacientes masculinos, e sintoma de constipação incluindo todos pacientes e nos pacientes masculinos. No questionário QLQ-CR29, homens apresentaram um aumento significativo para os sintomas urinários e intestinais em relação às mulheres. De modo geral, a população masculina relatou maior incidência de sintomas e também foi possível verificar a não correlação entre a incidência de sintomas e o estágio da doença, sugerindo uma subjetividade da autopercepção de qualidade de vida e as particularidades do câncer para cada indivíduo.

Palavras-chave: neoplasia colorretal; qualidade de vida; autopercepção.

INTRODUÇÃO

O câncer é uma doença complexa e heterogênea quanto à etiologia. Representa um conjunto de mais de cem tipos diferentes de doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células anormais com origem multifatorial⁽¹⁾. De acordo com estimativas mundiais do projeto GLOBOCAN, da Agência Internacional para Pesquisa em Câncer da Organização Mundial da Saúde (OMS), mundialmente no ano de 2018 foram esperados 18,1 milhões de novos casos de câncer e 9,6 milhões de mortes relacionadas ao câncer⁽²⁾.

No Brasil, dentre os cânceres, o câncer colorretal (CCR) foi apontado como o terceiro mais comum em homens e o segundo em mulheres⁽³⁾. Estima-se que em 80% dos casos, o CCR seja esporádico, de caráter não familiar, onde a ação de agentes cancerígenos atua cronicamente sobre a mucosa intestinal aumenta o risco da doença^(1,3).

O CCR desenvolve-se após a transformação maligna de um pólipó adenomatoso, num processo que leva de 7 a 10 anos para se concretizar, desde o surgimento de uma hiperproliferação celular, caracterizada por níveis mais leves de displasia, passando pela evolução ao estágio de pólipó, com níveis mais severos de displasia, até a transformação em adenocarcinoma. Na maioria dos casos, o paciente apenas refere sintomas quando o câncer atingiu estádios mais avançados, em que ocorre comprometimento da luz do órgão, ulceração (resultando em sangramento) ou pela extensão a estruturas anatômicas adjacentes. Nesses casos, as manifestações clínicas da doença podem gerar grandes prejuízos para a qualidade de vida dos pacientes⁽⁴⁾.

Qualidade de vida é um termo amplo, não havendo um conceito único. A Organização Mundial da Saúde, através de seu grupo *World Health Organization Quality of Life Group (WHOQOL Group)* define qualidade de vida como a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações⁽⁵⁾. Dessa forma, a percepção da qualidade de vida se torna muito pessoal, sendo a avaliação da qualidade de vida dos pacientes com CCR é fundamental para mensurar o impacto da doença no cotidiano, além de estar relacionada ao prognóstico⁽⁶⁾.

Para pacientes oncológicos, qualidade de vida define-se como a percepção subjetiva deste em relação à sua incapacidade e satisfação com seu nível de funcionamento atual, considerando assim que esteja bem ou não em comparação com o que seria possível ou ideal⁽⁷⁾.

A avaliação de parâmetros de qualidade de vida pode ser realizada por meio de questionários mundialmente utilizados e validados, tais como os módulos QLQ-C30 e QLQ-CR29, desenvolvidos pela Organização Europeia para Pesquisa e Tratamento do Câncer (EORTC - *European Organization for Research and Treatment of Cancer*) e objetos da pesquisa descrita neste artigo. O desenvolvimento dos módulos teve início no ano de 1986, numa estratégia para padronizar a mensuração da qualidade de vida de pacientes com câncer, que deu origem ao módulo QLQ-C30. A partir de então, foram criados módulos específicos que levam em conta particularidades de diversos tipos de cânceres, entre eles o CCR. Inicialmente, o módulo específico para CCR possuía 38 questões. Com o passar dos anos e o surgimento de novos esquemas de tratamento, o módulo foi sendo aperfeiçoado, culminando no QLQ-CR29.

Considerando a importância da avaliação da autopercepção do paciente com CCR, esse estudo tem por objetivo a avaliação da qualidade de vida de pacientes com CCR esporádico, atendidos no município de Chapecó, no oeste do estado de Santa Catarina, após aplicação dos módulos QLQ-C30 e QLQ-CR29.

METODOLOGIA

Seleção de participantes

Para o estudo, foram selecionados 14 participantes com diagnóstico de CCR subtipo adenocarcinoma, sem história familiar da doença ou hipertensão, diabetes e doença inflamatória intestinal, os quais não tivessem tratamento prévio da neoplasia, com idades entre 37 e 74 anos. Os pacientes foram selecionados a partir de contato prévio dos pesquisadores com o serviço de quimioterapia da Associação Hospitalar Lenoir Vargas Ferreira - Hospital Regional do Oeste (HRO), no município de Chapecó (SC). Antes do início do tratamento quimioterápico ou cirúrgico, os pacientes realizaram consulta com o cirurgião oncológico responsável pelo serviço, e nesse momento foram convidados pelos pesquisadores à participar da pesquisa.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFFS, sob parecer número 2.856.625. No momento do convite aos participantes, estes foram informados sobre os objetivos, riscos e benefícios da pesquisa, sendo que aqueles pacientes que concordaram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Questionários

Para a avaliação da qualidade de vida, foram aplicados os questionários *European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire* (EORTC QLQ-C30 - Anexo 1) e *European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Colorectal Cancer* (EORTC QLQ-CR29 - Anexo 2). Este questionário traz as orientações de aplicação e interpretação dos dados em seu manual⁽⁶⁾.

O questionário EORTC QLQ-C30 possui 30 perguntas, as quais são divididas em três grandes grupos: Estado de Saúde Global e Qualidade de Vida Global (ESG), Escala Funcional (EF) e Escala de Sintomas (ES).

Em QV, tem-se duas perguntas (29 e 30). Para EF, subdivide-se a escala em 5 grupos: Função Física (FF) (questões 1 a 5), Desempenho Funcional (DF) (questões 6 e 7), Função Emocional (FE) (questões 21 a 24), Função Cognitiva (FC) (questões 20 e 25), Função Social (FS) (questões 26 e 27). Para ES, as subdivisões são: Fadiga (FAD) (questões 10, 12 e 18), Náusea e Vômito (NEV) (questões 14 e 15), Dor (DOR) (questões 9 e 19), Dispneia (DIS) (questão 8), Insônia (INS) (questão 11), Perda de Apetite (PAP) (questão 13), Constipação (CNS) (questão 16) e Diarreia (DIA) (questão 17).

Cada uma das respostas das perguntas de 1 a 27 tem uma resposta que leva em consideração a intensidade relatada pelo participante (“não”, “pouco”, “moderadamente”, e “muito”) recebendo uma pontuação que vai de 1 a 4 de acordo com essa intensidade. Para as questões 29 e 30, as opções de resposta variam de péssima (1 ponto) a ótima (7 pontos).

Ainda, o questionário EORTC QLQ-C30 dispõe de valores de referência (constantes na Tabela 1) elaborados após uma série de estudos de validação, realizados ao longo dos anos desde o desenvolvimento do módulo.

Tabela 1 - Valores de referência do manual EORTC QLQ-C30 por escala analisada.

Valores de referência do manual EORTC QLQ-C30 por escala analisada			
Escala	Referência geral	Referência feminina	Referência masculina
Escala funcional	75,94 ±6,64	73,76 ±7,04	77,9 ±6,83
Função física	79,2 ±21,1	75,2 ±23,1	83,0 ±18,4
Desempenho funcional	70,4 ±32,8	68,4 ±33,2	72,3 ±32,2
Função emocional	68,9 ±24,5	65,7 ±24,5	70,8 ±24,1
Função cognitiva	85,2 ±20,4	83,7 ±21,4	86,7 ±19,4
Função social	76,0 ±28,6	75,8 ±29	76,7 ±28,2
Escala de sintomas	20,67 ±8,75	23,27 ±9,67	18,63 ±8,13
Fadiga	34,7 ±28,4	39,1 ±29,5	30,9 ±26,7
Náusea e vômito	7,3 ±17,2	9,6 ±19,6	5,4 ±15
Dor	24,0 ±29,6	25,8 ±30,5	22,3 ±28,4
Dispneia	17,4 ±26,3	18,5 ±27,3	16,1 ±25,2
Insônia	30,5 ±32,6	34,5 ±33,1	27,9 ±31,7
Perda de apetite	19,1 ±30,2	23,2 ±32,6	16,4 ±28,2
Constipação	15,8 ±27,9	18,8 ±30,4	14,3 ±26,4
Diarreia	16,6 ±27,6	16,7 ±27,8	15,8 ±27

Escala de saúde global	60,7 ±23,4	58,8 ±23,6	62,1 ±23
------------------------	------------	------------	----------

Os valores de referência estão apresentados como média e desvio padrão e foram construídos a partir de uma amostragem de 1710 pacientes, sendo 1023 homens e 687 mulheres. Fonte: adaptado de Scott et al., 2008.

O módulo QLQ-CR29, apesar de não ter valores de referência estabelecidos, serve de complemento ao QLQ-C30 e utiliza a mesma metodologia de pontuação para as perguntas, que são divididas em duas escalas: Escala Funcional (EF) e Escala de Sintomas (ES).

A EF subdivide-se em preocupação com o peso (questão 14), preocupação com a saúde no futuro (questão 13), imagem corporal (questões 15 a 17) e função sexual (questões 26 e 18). A ES subdivide-se em frequência urinária (questões 1 e 2), incontinência urinária (questão 3), disúria (questão 4), dor abdominal (questão 5), dor nas nádegas (questão 6), Inchaço abdominal (questão 7), sangue/muco nas fezes (questões 8 e 9), boca seca (questão 10), perda de cabelo (questão 11), dificuldade para perceber sabor (questão 12), flatulência (questão 19), incontinência fecal (questão 20), ferida na pele (questão 21), movimentos intestinais (questões 22 e 23), vergonha pelo trânsito intestinal (questão 24), problemas para cuidar da colostomia (questão 25), impotência (questão 27) e dispareunia (questão 29).

O questionário também faz uma diferenciação entre pacientes que possuem colostomia e pacientes que não possuem, através de uma questão específica para esse item. As demais questões são pontuadas utilizando as mesmas fórmulas do questionário QLQ-C30, com um intervalo de respostas que varia de 1 (não) a 4 (muito).

Análise das respostas obtidas nos questionários

As médias dos escores foram transformadas em uma escala de 0 a 100 pontos de acordo com a orientação do manual.

Inicialmente gerou-se o escore bruto (EB):

$EB = q_1 + q_2 + q_3 + \dots + q_n / n$, onde q é a pontuação de cada questão e n é a quantidade total de itens que compõem a escala.

Em seguida, para as escalas funcionais: $EF = [1 - (EB - 1) / \text{variação}] * 100$.

Para a escala de qualidade global: $QVG = [(EB - 1) / \text{variação}] * 100$.

E para as escalas de sintomas: $ES = [(EB-1)/\text{variação}] * 100$.

O escore de qualidade de vida é calculado pelo *software Microsoft Excel 2010* e fórmulas próprias dos questionários presentes no manual de referência.

A análise estatística foi realizada por meio do teste t de *Student*, utilizando o programa *GraphPad Prism* versão 8.0, com o objetivo de comparar as médias obtidas neste estudo com os valores de referência (Tabela 1) e também as possíveis diferenças entre homens e mulheres participantes deste estudo. A diferença entre as médias foi considerada significativa quando o valor de *p* foi menor que 0,05 e altamente significativa quando o valor de *p* foi menor que 0,005.

RESULTADOS

Participaram da pesquisa 14 pessoas, 7 homens e 7 mulheres. A média de idade foi de $59 \pm 11,57$ anos, sendo o limite inferior de idade de 37 anos e o limite superior de 74 anos. A escolaridade predominante é ensino fundamental incompleto, com 50%, seguida de ensino médio completo, com 28,57%. O estágio clínico mais frequente foi o IIA (35,71%), seguido pelo IIIB (28,57%) e pelos estádios I, IIIA e IVA (todos com 7,14%), conforme Tabela 2.

Tabela 2 - Caracterização da amostra com porcentagem por sexo, idade e estágio clínico da neoplasia de pacientes com CCR incluídos no estudo (n=14).

Caracterização da Amostra	
Variável	(%)
Porcentagem por Sexo	Feminino: 50% Masculino: 50%
Idade	Limite inferior: 37 anos Limite superior: 74 anos Média: $59 \pm 11,57$ anos

Estágio clínico	I: 7,14% IIA: 35,71% IIIA: 7,14% IIIB: 28,57% IVA: 7,14%
Escolaridade	Ensino fundamental incompleto: 50% Ensino fundamental completo: 7,14% Ensino médio completo: 28,57% Ensino superior incompleto: 7,14% Ensino superior completo: 7,14%

Para o questionário QLQ-C30 (Tabela 3), a média geral da escala funcional foi de 69,83, sendo a média feminina 68,24 e a média masculina 71,42. Nessa escala, obtivemos valores menores em relação aos referenciais nos seguintes itens: EF geral (69,83 contra 75,94); EF feminina (68,24 contra 73,76); EF masculina (71,42 contra 77,9); FC geral (67,85 contra 85,2); FC feminina (57,13 contra 83,7) e FE masculina (47,6 contra 70,8).

Na escala de sintomas, a média geral foi de 32,73, enquanto a média masculina foi 35,71 e a feminina foi 29,75. Para a escala de sintomas, obtivemos valores superiores aos referenciais nos seguintes itens: ES geral (32,63 contra 20,67); ES masculina (35,71 contra 18,63); CON geral (47,61 contra 15,8); CON masculina (57,14 contra 14,3); DOR geral (44,04 contra 24,0); DOR masculina (47,61 contra 22,3); INS geral (49,99 contra 30,5); PAP geral (35,71 contra 19,1); PAP masculina (42,85 contra 16,4) e DIA masculina (38,09 contra 15,8).

Não foi obtida diferença estatisticamente significativa entre os valores de referência e os valores da escala de saúde global obtidos em nossa pesquisa, bem como entre os sexos em nenhuma escala avaliada do questionário QLQ-C30.

Tabela 3 - Média e desvio padrão de todos pacientes com CCR e de acordo com e sexo - escalas do instrumento QLQ-C30.

Média e desvio padrão gerais e por sexo das escalas do instrumento QLQ-C30						
Escala	Referência geral	Média obtida geral	Referência feminina	Média feminina	Referência masculina	Média masculina

EF	75,94 ±6,64	69,83 ±19,36**	73,76 ±7,04	68,24* ±17,43	77,9 ±6,83	71,42* ±22,42
FF	79,2 ±21,1	79,04 ±23,65	75,2 ±23,1	74,28 ±27,05	83,0 ±18,4	83,80 ±20,67
DF	70,4 ±32,8	71,42 ±35,46	68,4 ±33,2	73,80 ±35,82	72,3 ±32,2	69,04 ±37,79
FE	68,9 ±24,5	57,14 ±30,63	65,7 ±24,5	66,66 ±17,34	70,8 ±24,1	47,6 ±39,00*
FC	85,2 ±20,4	67,85 ±31,66**	83,7 ±21,4	57,13 ±28,63**	86,7 ±19,4	78,57 ±32,93
FS	76,0 ±28,6	72,61 ±33,08	75,8 ±29	61,90 ±26,72	76,7 ±28,2	83,33 ±37,26
ES	20,67 ±8,75	32,73 ±22,43**	23,27 ±9,67	29,75 ±18,68	18,63 ±8,13	35,71 ±26,85**
FAD	34,7 ±28,4	36,50 ±29,69	39,1 ±29,5	34,91 ±30,38	30,9 ±26,7	38,09 ±31,33
NEV	7,3 ±17,2	13,09 ±18,69	9,6 ±19,6	14,28 ±17,81	5,4 ±15	11,90 ±20,89
DOR	24,0 ±29,6	44,04 ±36,75*	25,8 ±30,5	40,47 ±34,50	22,3 ±28,4	47,61 ±41,30*
DIS	17,4 ±26,3	4,76 ±12,10	18,5 ±27,3	0	16,1 ±25,2	9,52 ±16,26
INS	30,5 ±32,6	49,99 ±42,86*	34,5 ±33,1	52,38 ±50,39	27,9 ±31,7	47,61 ±37,79
PAP	19,1 ±30,2	35,71 ±49,72*	23,2 ±32,6	28,57 ±48,79	16,4 ±28,2	42,85 ±53,45*

CON	15,8 ±27,9	47,61 ±42,79**	18,8 ±30,4	38,09 ±40,49	14,3 ±26,4	57,14 ±46**
DIA	16,6 ±27,6	30,95 ±42,29	16,7 ±27,8	23,80 ±41,78	15,8 ±27	38,09 ±44,83*
ESG	60,7 ±23,4	61,90 ±25,88	58,8 ±23,6	67,85 ±21,74	62,1 ±23	55,94 ±29,93

EF: escala funcional; FF: função física; DF: desempenho funcional; FE: função emocional; FC: função cognitiva; FS: função social; ES: escala de sintomas; FAD: fadiga; NEV: náusea e vômitos; DOR: dor; DIS: dispneia; INS: insônia; PAP: perda de apetite; CON: constipação; DIA: diarreia; ESG: escala de saúde global.

*: houve diferença entre o valor da amostra coletada e o valor de referência ($p < 0,05$).

** : houve diferença entre o valor da amostra coletada e o valor de referência ($p < 0,005$).

No questionário QLQ-CR29 (Tabela 4), para a escala funcional, a média geral obtida foi de 55,76, enquanto a feminina foi de 59,94 e a masculina foi 51,59. Para a escala de sintomas, a média geral foi 26,94, enquanto a feminina foi 20,41 e a masculina foi 33,48. Em dois itens da escala de sintomas houve diferença estatisticamente significativa entre os sexos. Os homens relataram mais problemas relacionados à frequência urinária (61,9 contra 28,57) e aos movimentos intestinais (54,76 contra 19,04).

Tabela 4 - Média e desvio padrão de todos pacientes com CCR e de acordo com e sexo - escalas do instrumento QLQ-CR29.

Média por escalas do questionário QLQ-CR29 – geral, sexo feminino e sexo masculino			
Escala	Média geral	Média feminina	Média masculina
Escala funcional	55,76 ±17,67	59,94 ±6,21	51,59 ±17,49
Preocupação com a saúde no futuro	47,61 ±46,62	61,9 ±44,84	33,33 ±47,14
Preocupação com peso	59,52 ±41,71	71,42 ±40,5	47,61 ±42,41

Imagem corporal	80,2 ±26,21	87,38 ±16,21	73,03 ±33,25
Função sexual	31,74 ±40,82	11,11 ±27,21	52,37 ±42,41
Escala de sintomas	26,94 ±11,66	20,41 ±14,39	33,48 ±7,91
Frequência urinária	45,23 ±30,96	28,57 ±36,91#	61,9 ±8,13#
Incontinência urinária	2,38 ±8,91	4,76 ±12,59	0
Disúria	21,43 ±28,06	9,52 ±16,26	33,33 ±33,33
Dor abdominal	54,76 ±46,42	47,61 ±50,39	61,9 ±44,84
Dor nas nádegas	40,47 ±39,61	42,85 ±41,78	38,09 ±40,49
Inchaço abdominal	30,95 ±38,03	33,33 ±43,03	28,56 ±35,63
Sangue/muco nas fezes	38,09 ±32,96	33,33 ±36,01	42,85 ±31,71
Boca seca	45,24 ±44,54	38,09 ±40,49	52,38 ±50,39
Perda de cabelo	14,28 ±31,25	23,81 ±41,78	4,76 ±12,59
Dificuldade em perceber sabor	9,52 ±27,51	4,76 ±12,59	14,28 ±37,79
Flatulência	38,09 ±43,08	28,57 ±40,49	47,61 ±46,57
Incontinência fecal	16,66 ±31,35	4,76 ±12,59	28,57 ±40,49
Ferida na pele	2,38 ±8,91	0	4,76 ±12,59
Movimentos	36,9 ±34,08	19,04 ±24,39#	54,76 ±34,31#

intestinais			
Vergonha pelo trânsito intestinal	11,9 ±30,96	0	23,81 ±41,78
Problemas para cuidar da colostomia	0	0	-
Impotência	38,09 ±48,79	-	38,09 ±48,79
Dispareunia	11,11 ±17,21	11,11 ±17,21	-
Colostomia	1 paciente	1 paciente	-

#: houve diferença entre homens e mulheres incluídos no estudo ($p < 0,05$).

DISCUSSÃO

A avaliação da qualidade de vida através dos questionários EORTC prévia a intervenções terapêuticas é pioneira. A literatura traz estudos onde a aplicação dos módulos QLQ-C30 e QLQ-CR29 se deu após a instituição de tratamentos, sejam eles cirúrgicos ou farmacológicos.

No presente estudo se observou, com relação à caracterização dos participantes, uma média de idade de 59 anos, o mesmo número de participantes homens e mulheres, predomínio no estadiamento IIA e IIIB e em baixa escolaridade. Para o sexo, é observado⁽²⁾ para a América do Sul uma incidência próxima de CCR para homens e mulheres, com um leve predomínio para o sexo masculino.

Com relação à idade, o CCR acomete mais idosos. Estudos demonstram que os casos ocorrem principalmente a partir dos 60 anos, sendo que a maioria se situa na faixa entre os 60 e os 79 anos^(9,10).

Os resultados obtidos pela população feminina e pela população masculina foram comparados entre si, pelo fato de indivíduos do sexo feminino terem uma percepção de qualidade de vida em geral menor do que aquela da população masculina⁽¹¹⁾.

A EF é composta por cinco itens: função física, desempenho funcional, função emocional, função cognitiva e função social. (FF, DF, FE, FC e FS). Dessa forma, ao se observar diferença estatística (tabela 2) se tem um panorama geral da doença na qualidade de vida dos participantes com base em todas as subdivisões, não se restringindo a apenas um domínio. Assim, podemos dizer que nossos pacientes têm um impacto significativo mesmo quando separados por sexo.

Ao mesmo tempo, observa-se que a EF geral, FC geral e FC feminina foram menores do que os valores referenciais, da mesma forma que foi observado em uma população em terapia adjuvante⁽¹²⁾. Ou seja, para a função cognitiva, tanto pacientes avaliados previamente ao tratamento quanto pacientes tratados obtiveram valores inferiores aos referenciais.

Um dos principais achados é a FE masculina, a qual foi menor do que o valor referencial. Quando comparada com a tabela de referências, se observa que nossos participantes se dizem mais afetados emocionalmente pela doença. Um estudo sueco com pacientes já tratados observou valores mais altos para a FE geral e por sexo, sendo seus pacientes menos afetados⁽¹³⁾. Comparando os estudos, percebe-se que o tratamento pode ter uma importância para a melhora da autopercepção emocional dos pacientes oncológicos, pois ao diagnóstico o doente e seus familiares experienciam momentos de grande sofrimento, angústia, tristeza e ansiedade⁽¹⁴⁾.

Em uma população em acompanhamento um ano após diagnóstico e tratamento de CCR⁽¹⁵⁾, observa-se grande diferença na FE e FC. Os participantes tratados há um ano tinham menos prejuízo na função emocional e função cognitiva. Observa-se que os pacientes do nosso estudo sentiam-se mais irritados, tensos, deprimidos e preocupados, bem como maior dificuldade em concentração e registro de informações.

A EF é composta por cinco itens: função física, desempenho funcional, função emocional, função cognitiva e função social (FF, DF, FE, FC e FS). Dessa forma, ao se observar significância estatística se tem um panorama geral da doença na qualidade de vida dos participantes com base em todas as subdivisões, não se restringindo a apenas um domínio. Assim, podemos dizer que nossos pacientes têm um impacto significativo mesmo quando estratificados por sexo.

A escala de sintomas avalia fadiga, náuseas e vômitos, dor, dispneia, insônia, perda de apetite, constipação e diarreia. Quando observada a ES, se nota que os pacientes referem mais sintomas que os valores presentes no manual (Tabela 1).

Tal diferença é altamente significativa considerando a escala de sintomas geral e a escala de sintomas masculina. Nas mulheres não se observa significância.

Destaca-se que nossos participantes foram mais sintomáticos considerando a presença de dor, insônia e perda de apetite, em comparação à população constante no manual. A dispneia (DIS) é o único valor menor que o trazido pelo manual da EORTC para os sintomas. Em um estudo epidemiológico com 490 pacientes, a dispneia não é tida como um dos principais sintomas, sugerindo que sintomas menos comuns podem estar associados com doença avançada⁽¹⁶⁾. Tal achado foi semelhante ao encontrado em nosso estudo, o qual apresenta apenas um paciente (7,14%) com doença metastática.

Dentre os sintomas, foi observado que, de forma global e para os pacientes masculinos, a constipação foi a queixa mais referida. Sabe-se que mudança nos hábitos intestinais é o sintoma mais comum no CCR, sendo que por vezes a manifestação inicial da neoplasia consiste na constipação⁽¹⁷⁾. A constipação normalmente ocorre por conta de uma massa tumoral grande o suficiente para ocluir a luz intestinal⁽¹⁸⁾. Observou-se significância também na presença de diarreia. Em um estudo sueco com pacientes já operados há alguns anos, os quais fizeram ou não radioterapia neoadjuvante, não se observou significância no relato de constipação, porém diarreia também teve significância⁽¹³⁾. O principal fator que difere as duas populações destes dois estudos é o tratamento, o que pode ter diminuído os relatos de constipação.

Outros sintomas referidos pelos pacientes do sexo masculino foram dor e a perda de apetite, em comparação a escala referencial. Pollack encontrou valores menores, porém sem significância e sem separar por sexo⁽¹³⁾. A população estudada por Nicolussi demonstrou menor incidência de dor e perda de apetite, quando comparada aos valores referenciais e aos nossos participantes⁽¹²⁾.

Quando analisada a Escala de Saúde Global, não foi observada diferença estatística. Porém, foi observado que os pacientes estudados tinham percepções de qualidade de vida maiores que a média do manual (Tabela 2). As mulheres destacaram positivamente a qualidade de vida, alcançando uma pontuação cerca de nove pontos maior que a referência feminina. Os homens, por sua vez, referiram uma qualidade de vida menor que a referência masculina. Outros estudos apresentam valores maiores de ESG em relação aos valores de referência, porém tais estudos trazem pacientes já tratados ou em tratamento para a neoplasia, o que

aparenta conferir maiores valores para a escala^(12,13,19).

Para o questionário QLQ-CR29, até o momento não existe uma tabela referencial desenvolvida pela EORTC, tendo em vista que é um questionário mais recente. Apesar disso, estudos de validação já foram realizados em diversos países, permitindo a comparação com esses dados.

Sendo um questionário específico para neoplasias colorretais, aborda-se a utilização ou não de bolsa de colostomia, que pode influenciar fortemente nas rotinas diárias dos pacientes e, conseqüentemente, em sua qualidade de vida. Na população estudada, apenas um indivíduo do sexo feminino relatou utilizar bolsa de colostomia, que foi colocada antes do tratamento da neoplasia, o que não caracterizou critério de exclusão. Essa paciente não relatou quaisquer problemas relacionados aos cuidados necessários para a manutenção da bolsa de colostomia.

De modo geral, as mulheres obtiveram pontuações menores na escala de sintomas, demonstrando que a neoplasia impactou mais intensamente na qualidade de vida da população masculina estudada. Observou-se que os indivíduos do sexo masculino queixaram-se mais sobre a frequência urinária e a presença de movimentos intestinais incômodos.

Ao comparar os resultados obtidos nesta pesquisa com os resultados de Arraras et al.⁽²⁰⁾, onde os pacientes responderam os questionários após realizarem a excisão cirúrgica do tumor, percebem-se diferenças principalmente em sintomas que podem ser causados diretamente pela ação da doença. Nossos pacientes demonstraram-se mais sintomáticos considerando as queixas de dor abdominal, disúria e presença de sangue/muco nas fezes.

Outro estudo, também considerando pacientes que já tivessem sido submetidos a cirurgia, demonstrou diferenças importantes no desempenho funcional⁽²¹⁾. Os participantes de nosso estudo apresentaram-se mais afetados funcionalmente pelo adenocarcinoma. Além disso, pelo fato dos pacientes estudados por Peng et al.⁽²¹⁾ já terem sido submetidos ao tratamento, também obtiveram menor incidência de sintomas.

Com relação ao estadiamento, destaca-se que 35,71% possui estadiamento tumoral IIA e 28,57% IIIB. Isso aponta para, quando somadas as porcentagens, aproximadamente 63% dos participantes com invasão de tecidos adjacentes. Esta invasão pode tornar os pacientes mais sintomáticos, referindo mais danos e comprometendo a percepção de qualidade de vida. Também destaca-se o

comprometimento de mais de 4 linfonodos no estágio IIIB, o que se traduz em um pior prognóstico⁽²²⁾.

CONCLUSÃO

Este estudo permitiu uma análise da qualidade de vida de pacientes com câncer colorretal sem tratamento prévio no momento da aplicação dos questionários, sendo um trabalho pioneiro. A população aqui estudada apresenta mais danos na escala funcional feminina, principalmente considerando a cognição, e na escala sintomática masculina, destacando-se a constipação, dor, diarreia e perda de apetite. Entre os sexos, os homens apresentaram mais sintomas de aumento da frequência urinária e percepção de movimentos intestinais incômodos.—Contudo, mais estudos de qualidade de vida prévios ao tratamento do adenocarcinoma colorretal são necessários para uma melhor compreensão desse fenômeno.

EVALUATION OF SELF-REFERRED QUALITY OF LIFE BEFORE THE TREATMENT IN PATIENTS WITH COLORECTAL ADENOCARCINOMA IN A CITY FROM WESTERN SANTA CATARINA

ABSTRACT

This article aims to evaluate the self-referred quality of life previously to the treatment in patients with colorectal adenocarcinoma at Chapecó, Santa Catarina, Brazil. Therefore, 14 patients were selected, 7 men and 7 women, aging between 37 and 74 years old, which were not submitted to any therapeutic strategies until the moment of the data collect. Two quality of life questionnaires formulated by the European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) were applied, being the EORTC QLQ-C30 module general for all types of cancer and the EORTC QLQ-CR29 module specific to colorectal cancer. Both questionnaires are divided in functional scale and symptoms scale, while the QLQ-C30 module still has an additional scale of global health status. The answers for the questionnaires were scored according to specific manuals from the questionnaires and posteriorly compared to other studies and to reference values for the QLQ-C30 module. Highly statistic difference was found in the general functional scale, general and female cognitive function, general and male symptoms scale and general and male constipation, in which our patients were more symptomatic. On the QLQ-CR29 questionnaire, men showed a significant increase in urinary and intestinal symptoms when compared to women. In general, male population related a higher incidence of symptoms and was possible to perceive, sometimes, a mismatch between the disease staging and the incidence of symptoms, highlighting the subjectivity for the self-perception of quality of life and the cancer peculiarities for each individual.

Keywords: colorectal neoplasms; quality of life; self-concept.

REFERÊNCIAS

- (1) Øines M, Helsingen LM, Bretthauer M, Emilsson L. Epidemiology and risk factors of colorectal polyps. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*. 2017;31(4):419–24.

- (2) Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. 2018; 68(6):394–424.
- (3) Ministério da Saúde. Estimativa 2018: Incidência de Câncer no Brasil. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/estimativa/2018/>>
- (4) Simon K. Colorectal cancer development and advances in screening. *Clin Interv Aging*. 2016;11:967–76.
- (5) The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995;41(10):1403–9.
- (6) Fayers P, Bottomley A, EORTC Quality of Life Group, Quality of Life Unit. Quality of Life Research within the EORTC-THE EORTC QLQ-C30. European organisation for research and treatment of cancer. *Eur J Cancer*. 2002;38 Suppl 4:S125-133.
- (7) Cella DF, Tulsky DS. Measuring quality of life today: methodological aspects. *Oncology (Williston Park, NY)*. 1990;4(5):29–38; discussion 69.
- (8) Scott N, Fayers P, Aaronson N, Bottomley A, de Graeff A, Groenvold M et al. EORTC QLQ-C30. Reference values. Brussels: EORTC, 2008..
- (9) Menezes C, Ferreira D, Faro F, Bomfim M, Trindade L. Câncer colorretal na população brasileira: taxa de mortalidade no período de 2005-2015. *Rev Bras Promoc Saúde*. 2016;29(2):172–9.
- (10) Kune GA. The Melbourne Colorectal Cancer Study: reflections on a 30-year experience. *Med J Aust*. 2010;193(11–12):648–52.
- (11) Linzer M, Spitzer R, Kroenke K, Williams JB, Hahn S, Brody D, et al. Gender, quality of life, and mental disorders in primary care: results from the PRIME-MD 1000 study. *Am J Med*. 1996;101(5):526–33.

- (12) Nicolussi AC, Sawada NO. Qualidade de vida de pacientes com câncer colorretal em terapia adjuvante. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2009;22(2):155–61.
- (13) Pollack J, Holm T, Cedermark B, Altman D, Holmström B, Glimelius B, et al. Late adverse effects of short-course preoperative radiotherapy in rectal cancer. *Br J Surg*. 2006;93(12):1519–25.
- (14) Paredes T, Simões MR, Canavarro MC, Serra AV, Pereira M, Quartilho MJ et al. Impacto da doença crónica na qualidade de vida: comparação entre indivíduos da população geral e doentes com tumor do aparelho locomotor. *Psic., Saúde & Doenças*. 2008; 9(1): 73-87
- (15) Arndt V, Merx H, Stegmaier C, Ziegler H, Brenner H. Quality of life in patients with colorectal cancer 1 year after diagnosis compared with the general population: a population-based study. *J Clin Oncol*. 2004;22(23):4829–36.
- (16) Cruz GMG da, Santana JL, Santana SKA de A, Constantino JRM, Chamone BC, Ferreira RMRS, et al. Câncer colônico - epidemiologia, diagnóstico, estadiamento e gradação tumoral de 490 pacientes. *Revista Brasileira de Coloproctologia*. 2007;27(2):139–53.
- (17) Carneiro Neto JD, Barreto JBP, Freitas NS, Queiroz MA. Câncer colorretal: características clínicas e anatomopatológicas em pacientes com idade inferior a 40 anos. *Revista Brasileira de Coloproctologia*. 2006;26(4):430–5.
- (18) Simon K. Colorectal cancer development and advances in screening. *Clin Interv Aging*. 2016;11:967–76.
- (19) Schmidt C, Bestmann B, Kuchler, T, Longo WE, Kremer B. Ten-Year Historic Cohort of Quality of Life and Sexuality in Patients With Rectal Cancer. *Dis Colon Rectum*. 2005; 48: 483
- (20) Arraras JI, Suárez J, Arias-de-la-Vega F, Vera R, Ibáñez B, Asin G, et al. Quality of life assessment by applying EORTC questionnaires to rectal cancer patients after

surgery and neoadjuvant and adjuvant treatment. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*. 2013;105(5):255–61.

(21) Peng J, Shi D, Goodman KA, Goldstein D, Xiao C, Guan Z, et al. Early results of quality of life for curatively treated rectal cancers in Chinese patients with EORTC QLQ-CR29. *Radiat Oncol*. 2011;6:93.

(22) Amin MB, Greene FL, Edge SB, Compton CC, Gershewald JE, Brookland RK, et al. The Eighth Edition AJCC Cancer Staging Manual: Continuing to build a bridge from a population-based to a more “personalized” approach to cancer staging. *CA Cancer J Clin*. 2017;67(2):93–9.

ANEXO 2 - QUESTIONÁRIO EORTC QLQ-CR29

PORTUGUESE (BRAZIL)



EORTC QLQ – CR29

Às vezes os pacientes relatam que têm os seguintes sintomas ou problemas. Por favor, indique em que medida sentiu estes sintomas ou problemas durante a última semana. Por favor faça um círculo no número que melhor se aplica ao seu caso.

Durante a última semana:	Não	Pouco	Moderada- Muito mente	Muito
31. Você urinou muitas vezes durante o dia?	1	2	3	4
32. Você urinou muitas vezes durante a noite?	1	2	3	4
33. Já teve vazamentos involuntários de urina?	1	2	3	4
34. Você teve dores ao urinar?	1	2	3	4
35. Você teve dor na barriga?	1	2	3	4
36. Você teve dor em suas nádegas/região anal/reto?	1	2	3	4
37. Você teve a sensação de barriga inchada?	1	2	3	4
38. Você teve sangue nas fezes?	1	2	3	4
39. Você teve muco em suas fezes?	1	2	3	4

Durante a última semana:	Não	Pouco	Moderada- Muito mente	Muito
40. Você Sentiu a boca seca?	1	2	3	4
41. Você perdeu o cabelo como resultado do seu tratamento?	1	2	3	4
42. Você teve dificuldades em sentir o sabor dos alimentos?	1	2	3	4
43. Você se sentiu preocupado(a) com sua saúde no futuro?	1	2	3	4
44. Você se preocupou com seu peso?	1	2	3	4
45. Você se sentiu menos atraente fisicamente como resultado da doença ou tratamento?	1	2	3	4
46. Você tem se sentido menos feminina (mulher)/masculino (homem), como resultado da sua doença ou tratamento?	1	2	3	4
47. Você se sentiu insatisfeito(a) com seu corpo?	1	2	3	4
48. Você tem uma bolsa de colostomia/ileostomia? Por favor circule a resposta correta	Sim	Não		

Por favor, passe à página seguinte

(PORTUGUESE BRAZIL)

Durante a última semana:

Não Pouco Moderada- Muito
mente

Responda a estas questões APENAS SE VOCÊ TEM UMA BOLSA DE COLOSTOMIA/ILEOSTOMIA, se não tem, continue abaixo:				
49. Você teve perda sem querer de gases (flatos) pela bolsa de colostomia/ileostomia?	1	2	3	4
50. Você teve vazamento de fezes na sua bolsa de colostomia/ileostomia?	1	2	3	4
51. Você teve a pele ferida em torno da sua colostomia/ileostomia?	1	2	3	4
52. Você teve que trocar a bolsa de colostomia várias vezes durante o dia?	1	2	3	4
53. Você teve que trocar a bolsa de colostomia várias vezes durante a noite?	1	2	3	4
54. Você se sentiu envergonhado/a por causa da sua colostomia/ileostomia?	1	2	3	4
55. Você teve problemas para cuidar da sua colostomia/ileostomia?	1	2	3	4

Responda estas questões APENAS SE VOCÊ NÃO TEM UMA BOLSA DE COLOSTOMIA/ILEOSTOMIA:				
49. Você teve perda sem querer de gases/flatos do seu ânus?	1	2	3	4
50. Você teve vazamento de fezes pelo ânus?	1	2	3	4
51. Você teve a pele ferida em volta da região anal?	1	2	3	4
52. Ocorreram movimentos intestinais frequentes durante o dia?	1	2	3	4
53. Ocorreram movimentos intestinais frequentes durante a noite?	1	2	3	4
54. Você se sentiu envergonhado/a por causa de seu movimento intestinal?	1	2	3	4

Durante as últimas quatro semanas:

Não Pouco Moderada- Muito
mente

Só para homens:				
56. Até que ponto esteve interessado/a em sexo?	1	2	3	4
57. Você teve alguma dificuldade em ter ou manter uma ereção?	1	2	3	4

Só para mulheres:				
58. Até que ponto esteve interessado/a em sexo?	1	2	3	4
59. Você teve dor ou desconforto durante a relação sexual?	1	2	3	4